

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mai 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Gutmann et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse Service juridique,
à Bienne,

et

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

**Art. 6 ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI ; 49 al. 3 et
87 al. 2 - 3 RAI**

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], boucher de formation (sans CFC), a exercé, en dernier lieu, soit dès le 1^{er} mars 2008, la profession de sertisseur, à 100%, auprès de la société Z._____ SA, à [...] ([...]).

Le 5 août 2010, il a déposé une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité en raison de douleurs articulaires des membres supérieurs (épaules, coudes, bras et poignets). L'assuré était en incapacité de travailler à 100%, dès le 9 janvier 2009.

Sur la sollicitation de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), l'assuré a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, le 6 octobre 2011. Cette démarche l'était au vu de la persistance de ses maux (douleurs aux bras et aux mains) malgré des opérations des tunnels carpiens (à deux reprises en 2011) et compte tenu d'un accident au genou gauche (en décembre 2010).

Dans un rapport du 10 novembre 2011 à l'intention de l'Office AI, les Drs C._____ et X._____, tous deux spécialistes en médecine interne, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la consultation générale de la [...] ([...]) du CHUV à [...], ont posé les diagnostics suivants :

“Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Syndrome du tunnel carpien G et D.

S/p neuropathie péronière G traumatique avec légère parésie du pied G (Nov. 2008).

Douleurs multiples à caractère neurogène d'étiologie indéterminée (Nov. 2008).

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Syndrome métabolique avec (2009) :
Hypertension artérielle essentielle avec hypertrophie du ventricule G.
Dyslipidémie non traitée.
Surcharge pondérale avec un BMI [Body Mass Index] à 26,8 kg/m².
Tabagisme chronique.
Kyste de Rathke hypophysaire.
Pseudo-cushing.
Gonaliges G en cours d'investigation dans un contexte de status post cure arthroscopique d'une déchirure méniscale (Déc. 2010)."

Il ressort également ce qui suit de la rubrique « 1.4 Anamnèse » de ce rapport :

"M. F. _____ présente depuis fin novembre 2008 des douleurs au niveau de son membre inférieur G et des fourmillements continus au niveau des doigts de la main G, aggravés par des mouvements répétitifs du poignet ainsi que des douleurs de type brûlures et sensation de courbatures au niveau des avant-bras avec une certaine sensation de raideur des 2 mains. Il se plaint également d'une fatigabilité musculaire généralisée, d'un tremblement fin des membres supérieurs, notamment lors de manipulation fine, ainsi qu'une sensation de tension dans la région du tendon d'Achille à G. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale, du bassin et de la colonne lombaire ne peut expliquer cette symptomatologie. Dans ce contexte, le patient a bénéficié de 4 avis neurologiques concluant à un syndrome du tunnel carpien à D et à G nécessitant une cure chirurgicale de même qu'un status après neuropathie péronière G traumatique. De plus, en décembre 2010, suite à une entorse du genou G sur un faux mouvement, le patient présente une gonalgie G dont une IRM montre une lésion méniscale pour laquelle il a bénéficié en février 2011 d'une cure arthroscopique.

Pour le syndrome des tunnels carpiens, le patient a bénéficié d'une cure chirurgicale respectivement en avril, puis en août 2011. Actuellement, le patient se plaint de la persistance de paresthésies dans les mains, une diminution de la force et des tremblements à l'effort.

Au niveau du membre inférieur G, malgré la cure arthroscopique, le patient présente une persistance des douleurs, notamment lors de port de charges. C'est pourquoi une prise en charge orthopédique est actuellement en cours."

Mentionnaient un pronostic favorable sur le long terme au niveau des deux membres supérieurs et stable concernant le membre inférieur gauche, les médecins de la [...] ont constaté une totale incapacité de travail de l'assuré dans l'activité de sertisseur depuis le 21 juillet 2009. Une activité adaptée était par contre exigible, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux avec les bras au-dessus de la

tête / à genoux, pas de soulèvements / ports de charges de plus de cinq kilos et pas de montées d'échelle / d'échafaudage. Il n'était pas observé chez l'assuré de limitation des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que de la résistance. En annexe à ce rapport, les Drs C._____ et X._____ ont joint les pièces suivantes :

- un rapport du 21 avril 2009 relatif à des radiographies des mains, des coudes et des genoux de l'assuré effectuées le jour précédent. Le Dr R._____, radiologue à l'Hôpital de Zone de [...], a constaté des radiographies des deux mains et des deux coudes dans la limite de la norme et une gonarthrose débutante fémorotibiale externe des deux côtés ;

- un courrier du 5 juillet 2009 au médecin traitant de l'assuré, dans lequel le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a exclu une origine myopathique aux plaintes de l'intéressé, après deux évaluations neurologiques. Au vu du bilan radiographique demandé, les douleurs articulaires s'expliquaient en partie par des troubles dégénératifs débutants. Ce praticien ne trouvait par contre pas d'étiologie aux douleurs musculaires de l'assuré. Il s'agissait toutefois d'investiguer ce dernier point par une IRM musculaire ou une évaluation en milieu universitaire, avant de conclure à une origine fonctionnelle ;

- un rapport du 19 novembre 2009, des Drs W._____, responsable, et G._____, médecin-assistant, de la consultation spécialisée de l'unité nerf-muscle du service de neurologie au CHUV. Ces spécialistes ont posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien gauche, affection qui justifiait une approche conservatrice (par le port d'une attelle protectrice) avec, en cas de persistance des symptômes, une neurolyse chirurgicale du nerf médian gauche au poignet à rediscuter ;

- un rapport du 17 janvier 2011 des neurologues de l'unité nerf-muscle au CHUV, pour second avis concernant des douleurs d'allure neurogène des membres supérieurs. Les Drs W._____, A._____ et V._____, médecins-assistants pour les deux derniers, ont posé les diagnostics de

syndrome du tunnel carpien à droite, de syndrome du tunnel carpien à gauche (diagnostiqué le 17 septembre 2009) et de status après neuropathie péronière gauche traumatique. Depuis sa consultation à l'automne 2009, l'assuré n'avait pas suivi l'approche conservatrice recommandée. Il suivait un traitement de Lyrica® à 2 x 300 mg/j., de Rivotril® 1 cp/j. le soir et prenait un antidépresseur à raison d'un comprimé par jour. En raison de la neuropathie bilatérale du nerf médian, une approche chirurgicale par neurolyse de ce nerf était indiquée.

Selon un rapport initial du 29 novembre 2011, l'assuré a déclaré au spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI qu'il rencontrait des problèmes physiques qui l'empêchaient de reprendre son activité de sertisseur. Sur le plan psychique, il avait des pertes de mémoire importantes et ne parvenait plus à gérer ses affaires courantes (gestion dont il avait entièrement délégué la charge à son assistante sociale au Centre Social Régional [CSR] de [...]). En raison de ses atteintes à la santé (tunnels carpiens [deux mains], d'épicondylite [deux coudes], ménisque genou gauche, psychisme [pertes de mémoire et de concentration] et tension haute), les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : pas de mouvements « pinces », pas de force avec les mains, difficultés de concentration, pas de bras au-dessus de l'horizontale, pas d'escalier et pas de terrain accidenté.

Par communication du 30 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce (MIP) sous la forme d'un coaching effectué auprès de Q._____ à [...], du 12 décembre 2011 au 30 janvier 2012. Il a encore pris en charge, sous la forme d'une orientation professionnelle, une mesure « [...] » auprès de Q._____, du 31 janvier au 31 mars 2012.

Le 20 janvier 2012, l'assistante sociale de l'assuré a informé l'OAI de l'hospitalisation de ce dernier au CHUV, du 20 au 23 janvier 2012. Elle a joint un certificat du 28 décembre 2011 de la Dresse N._____, médecin-assistante à la consultation générale de la [...], attestant une

incapacité de travail de l'intéressé à 100%, du 1^{er} janvier au 29 février 2012.

Le 27 juin 2012, en l'absence de réponse de l'assuré à ses convocations et appels téléphoniques ainsi qu'à sa sommation du 12 juin 2012, le conseiller en réadaptation à l'OAI a finalement clôturé son mandat.

Par projet de décision du même jour, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande. Ce refus de prestations était rendu conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) compte tenu d'un manque de collaboration de l'intéressé, à savoir sa non-présentation à une convocation ainsi que l'impossibilité de réunir les documents demandés malgré de nombreux rappels. Par communication, l'assuré a été informé que selon les investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel (MOP) n'était envisageable en raison de son manque de collaboration aux mesures proposées.

Par décision du 10 septembre 2012, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son préavis rejetant en conséquence la demande de l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée.

Au terme d'un nouveau rapport du 25 septembre 2012 depuis celui adressé le 10 novembre 2011, les Dresses H._____ et J._____, toutes deux spécialistes en médecine interne, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistante à la consultation générale de la [...], ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de fibrose rétropéritonéale inflammatoire (février 2012), d'aortite d'origine indéterminée (août 2012), de neuropathie ulnaire bilatérale aux coudes (novembre 2008) et de status post neuropathie péronière gauche traumatique avec légère parésie du pied gauche. Mentionnant un pronostic bon à long terme au plan neurologique (traitement conservateur avec ports d'attelles de protection durant la nuit), les médecins de la [...] s'en référaient par contre à leurs collègues, spécialistes en immunologie

au CHUV, concernant la fibrose rétropéritonéale inflammatoire diagnostiquée. Si l'activité antérieure de sertisseur n'était plus exigible de la part de l'assuré en raison de ses symptômes aux membres supérieurs (tremblements, imprécisions et lâchages de charges lourdes) et d'une fatigabilité importante, une activité adaptée restait recommandée. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles déjà retenues à l'automne 2011. S'y ajoutait uniquement une capacité de concentration limitée en raison de la fatigabilité de l'assuré.

B. Le 26 février 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de détection précoce de l'assurance-invalidité, en lien avec la persistance de son incapacité de travail totale depuis janvier 2009. Il faisait état d'une fibrose rétropéritonéale (ou maladie d'Ormond), de diabète (de type II) et d'artériopathie. Il a joint en annexe à son formulaire, deux certificats des 6 septembre 2013 et 14 février 2014 de la Dresse B._____, médecin-assistante à la consultation générale de la [...], attestant un arrêt de travail à 100%, du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014.

A teneur d'une note d'un entretien téléphonique du 10 mars 2014 avec l'assuré, ce dernier a informé le gestionnaire en charge de son dossier auprès de l'OAI, suivre un traitement médical lourd (chimiothérapie, hospitalisations fréquentes, etc.). Il ne s'estimait pas capable de suivre des mesures professionnelles, éprouvant des difficultés à se concentrer et étant très fatigué par son traitement. Il était dès lors invité, par l'Office AI, à déposer une demande de rente.

Le 16 mai 2014, l'assuré a procédé au dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant les mêmes atteintes à la santé qu'à l'appui de son formulaire de détection précoce.

Dans un rapport du 28 juillet 2014, les Drs P._____, chef de clinique, et S._____, médecin-assistante, du service d'immunologie et allergie - IAL au CHUV, ont posé les diagnostics suivants :

“Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
[...]

- Fibrose rétropéritonéale avec manchon périaortique infrarénal, diagnostiquée en décembre 2011
 - angio-CT aortique 12/2013 : Diminution du volume de la fibrose rétropéritonéale, sans dilatation urétéro-pyélo-calicielle d'amont.
 - traitement : Corticothérapie 02/2012 - 10/2012, Tamoxifène 20 mg 2x/j depuis 04/2012, Méthotrexate 12,5 mg 1x/semaine depuis 03/2013.
- Artériopathie AOMI [artériopathie oblitérante des membres inférieurs] actuellement de stade IIa
 - angioplastie et stenting de l'artère fémorale superficielle droite le 25 [recte : 27].01.2014.
 - sténose environ 70% de l'artère fémorale superficielle gauche interne.
 - sténose de 50% de l'artère iliaque externe gauche (CT décembre 2013)
- Diabète insulino-requérant.
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral traité chirurgicalement (été 2011).
- Status post neuropathie péronière gauche post traumatique.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

- Facteurs de risques cardiovasculaires multiples :
 - hypertension artérielle
 - hypercholestérolémie
 - surcharge pondérale
 - tabagisme chronique actif
- Status post insuffisance rénale aiguë transitoire entre mars et juillet 2012, d'origine indéterminée.
- Lésion hypophysaire de 3 mm compatible avec un kyste de Rathke.
- Status post traitement par arthroscopie pour une déchirure du ménisque du genou gauche."

Ces spécialistes mentionnaient, à titre de pronostic, une stabilisation de la maladie (à savoir, la fibrose rétropéritonéale diagnostiquée en décembre 2011) possible avec un traitement immunosuppresseur par Methotrexate® et Tamoxifen®. Ils constataient que d'un point de vue immunologique, l'activité de sertisseur restait exigible. Ils ajoutaient que « le degré d'invalidité est surtout déterminé par les comorbidités du patient, pour lesquelles nous vous proposons de vous référer aux collègues généralistes, angiologues et diabétologues ».

Il résulte d'un rapport du 12 octobre 2014 de la Dresse T._____, médecin-assistante du service d'angiologie au CHUV, le diagnostic invalidant d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Renvoyant l'Office AI auprès du médecin traitant s'agissant de

l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, la Dresse T. _____ retenait néanmoins, sur le plan vasculaire, les limitations fonctionnelles suivantes : périmètre de marche limité à 250 mètres et 30 minutes ainsi que la montée des escaliers limitée également à 30 minutes. En annexe à son rapport, elle a joint :

- un consilium du 27 janvier 2014 des médecins du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle au CHUV, relatif à une angioplastie et stenting de l'artère fémorale superficielle droite avec une angiographie finale montrant un très bon résultat ;

- des rapports de consultations des 10 février, 21 mars, 6 mai et 7 juillet 2014. Le dernier, adressé à la Dresse S. _____ par les Drs M. _____, cheffe de service, et T. _____, se termine comme il suit :

“Conclusions :

Lors du contrôle angiologique de ce jour, à 6 mois d'une revascularisation du MID [membre inférieur droit] ainsi que de la sortie du programme de réadaptation à la marche, l'évolution reste favorable au niveau du MID, sans sténose intrastent avec des valeurs d'ABI [Ankle-Brachial-Index] dans la norme, chez un patient asymptomatique au niveau du MID.

Cependant l'amélioration au niveau du MID a démasqué des douleurs au niveau du MIG [membre inférieur gauche] en rapport avec une sténose significative au niveau du Hunter, entraînant une baisse significative des ABI après l'effort (> 50%). Dans ce contexte, et au vu des comorbidités de fibrose péritonéale, nous proposons au patient une attitude conservatrice dans un premier temps avec un réentraînement personnalisé à la marche à domicile et l'encourageons à majorer ses efforts quotidiens.

Nous l'encourageons également à stopper à nouveau le tabagisme et nous vous conseillons une prise en charge optimale des facteurs de risque CV [cardiovasculaires].

Nous proposons donc un prochain contrôle dans 6 mois, soit à 1 an du geste de revascularisation et de la sortie du programme de marche.”

Dans son rapport du 11 février 2015, la Dresse L. _____, spécialiste en endocrinologie - diabétologie, cheffe de clinique de la consultation de diabétologie de la [...], a posé les diagnostics suivants :

“Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
[...]

- Syndrome métabolique avec :
 - Hypertension artérielle et hypertrophie du ventricule gauche.
 - Hypercholestérolémie.
 - Diabète de type 2 insulino-requérant compliqué d'une AOMI stade IV avec angioplastie et stenting de l'artère fémorale superficielle droite le 25 [recte : 27].01.2014.
 - Sténose environ 70 % de l'artère fémorale interne.
 - Sténose 50 % de l'artère iliaque extérieure externe gauche.
- Fibrose rétropéritonéale avec manchon périaortique infrarénal diagnostiquée en décembre 2011, actuellement sous corticothérapie, Tamoxifène, Méthotrexate.
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral traité chirurgicalement.
- Status post neuropathie péronière gauche post traumatique sans effet sur la capacité de travail.
- Status post insuffisance rénale aiguë, transitoire entre mars et juillet 2012 d'origine indéterminée.
- Lésion hypophysaire de 3 mm compatible avec un kyste de Rathke.
- Status post traitement par arthroscopie pour une déchirure de ménisque du genou gauche.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Indiquant un pronostic réservé en raison de complications liées au diabète et de multiples facteurs de risques cardiovasculaires non contrôlés, la Dresse L._____ décrivait en ces termes les limitations fonctionnelles : « Altération de son périmètre de marche dans le cadre de son artériopathie, apparition de crampes nocturnes et diminution de la sensibilité dans le cadre de sa neuropathie diabétique. Les douleurs abdominales chroniques nécessitent un traitement par opiacés. Asthénie importante du fait de ses hyperglycémies ». Elle a constaté que l'activité habituelle n'était plus exigible de la part de l'assuré avec la précision que son rendement était réduit à cause de symptômes aggravés et l'apparition de complications liées au diabète. Cette spécialiste estimait en outre que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées, sans reprise de l'activité professionnelle ni amélioration de la capacité de travail à attendre.

Le 21 avril 2015, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, s'est adressé en ces termes à sa consœur diabétologue :

“Pour nous permettre de poursuivre l'instruction du dossier de la personne susmentionnée, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

L'activité de boucher n'est plus exigible, mais dans une activité adaptée, activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'usage d'une selle ergonomique, sans port de charges lourdes supérieures à 5/7 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans conduite de véhicule, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables pour quelles raisons la capacité de travail ne serait-elle pas entière.”

A teneur d'un courrier du 30 juin 2015, la Dresse L._____ a renvoyé le Dr K._____ à son rapport complété en février 2015. Dans un rapport du même jour, relatif au suivi de l'assuré du 7 mai 2014 au 5 mai 2015, la Dresse L._____ a posé le diagnostic de diabète de type 2 (diagnostiqué depuis 2009), avec des complications macro-vasculaires (AOMI stade IIA avec angioplastie/AFS droite le 27 janvier 2014) et micro-vasculaires (polyneuropathie des membres inférieurs). Mentionnant un traitement par insuline avec un assuré attentif ponctuellement à sa glycémie, la diabétologue du CHUV terminait son rapport par l'établissement d'une liste des complications, comorbidités et facteurs de risque associés au diabète de l'intéressé. Elle ne se prononçait toutefois pas sur sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, telle que décrite par son confrère du SMR dans ses lignes du 21 avril 2015.

Dans un rapport du 8 juillet 2015, établi sur dossier, le Dr K._____ a retenu l'atteinte principale à la santé d'artériopathie oblitérante stade IIA au membre inférieur gauche avec, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, une fibrose rétropéritonéale, une parésie du nerf péronier gauche, un status post cure de canal carpien des deux côtés, un diabète insulino-traité, une polyneuropathie diabétique prédominant aux membres inférieurs et des gonalgies gauches. Les limitations fonctionnelles consistaient, selon le médecin du SMR, en une activité semi-sédentaire, permettant l'alternance des positions, sans ports de charges lourdes supérieures à cinq kilos, sans

déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur cinq jours ouvrables. Il mentionnait une incapacité de travail totale de l'assuré, dès le 21 juillet 2009, dans l'activité habituelle et une capacité de travail à 100%, depuis décembre 2011, dans une activité adaptée, sous réserve de courtes périodes de traitement chirurgicaux et/ou interventionnels vasculaires. Le Dr K._____ a estimé en particulier que le diabète traité n'était pas la source d'une incapacité de travail durable dans une activité adaptée. Quant aux empêchements secondaires à l'artériopathie des membres inférieurs prédominant à gauche, efficacement traitée par stent, ils se recoupaient d'un point de vue médico-théorique avec ceux secondaires à la polynévrite des membres inférieurs, d'origine diabétique durable.

Le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI s'est entretenu, le 1^{er} octobre 2015, avec l'assuré à son domicile. Il ressort en particulier ce qui suit du rapport « REA » établi le même jour :

“6. Observations (point de vue du conseiller)

Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à l'état de santé

Malgré toutes nos tentatives d'encourager cet assuré à entreprendre des démarches, nous ne pouvons que constater que Monsieur F._____ ne souhaite effectuer aucune mesure. Il ne sert à rien de le sommer, celui-ci ne répondra pas à nos conseils.

Nous rendons notre rapport final - approche théorique - le préjudice étant très faible, l'assuré n'ayant aucune formation certifiante (n'a pas obtenu son CFC de sertisseur ou de boucher), nous pouvons toujours essayer de lui offrir la possibilité de venir à la séance de placement. [...]"

Lors d'un entretien téléphonique du 25 novembre 2015 avec le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, l'assistante sociale du recourant a déclaré ne pas comprendre les médecins, en apprenant l'exigibilité retenue. Selon ses propres constatations, l'intéressé était très

malade et il ne pouvait pas retrouver une nouvelle situation professionnelle, surtout sur le plan psychique.

Dans son rapport final du 22 avril 2016, le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a indiqué que l'assuré n'avait pas l'envie de se réinsérer dans le monde professionnel. Il s'interrogeait sur une atteinte psychique chez celui-ci, relevant cependant que les médecins du SMR n'en mentionnaient pas. La suspicion de l'assistante sociale était contredite par l'absence de suivi psychiatrique de l'assuré. Il était dès lors mis un terme au mandat de réadaptation professionnelle.

Par projet du 4 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente sur la base d'un degré d'invalidité de 10%, précisant également que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à portée de l'intéressé sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Le droit au reclassement professionnel, présupposant une perte de gain durable due à l'invalidité de 20% environ, n'était pas ouvert. Les observations de l'Office AI étaient notamment les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis juillet 2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

Dans votre situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} novembre 2014, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI.

A cette date et après consultation de votre dossier par notre Service Médical Régional, force est de constater que vous présentez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (activité semi-sédentaire, permettant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes supérieures à 5kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de

1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables) et ceci, depuis décembre 2011.

[...]

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 tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2011, CHF 4'949.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1).

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 2011 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'159.33 (CHF 4'949.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'911.99.

[...]

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 55'720.79.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu précité avec celui que vous auriez pu réaliser en bonne santé.

En l'occurrence, sans activité lucrative depuis plusieurs années au moment du début de l'incapacité de travail, le revenu sans invalidité est également déterminé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

En effet, en bonne santé vous auriez selon toute vraisemblance exercé une activité non-qualifiée et auriez pu prétendre à un tel revenu.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'991.99		
avec invalidité	CHF	55'720.79		
La perte de gain s'élève à	CHF	6'191.20	=	un degré d'invalidité de 10%

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

[...]

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée.”

Le 1^{er} juin 2016, l'assuré a fait part à l'OAI de sa contestation sur le projet de refus de prestations précité. Rappelant souffrir de douleurs permanentes, avec des difficultés à dormir, il disait ne pas pouvoir rester concentré en journée. Son traitement lourd le fatiguait physiquement et moralement.

Par décision du 21 juin 2016, l'OAI a maintenu sa position. Il estimait que son projet du 4 mai 2016 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. Par acte du 23 août 2016, F._____, dès lors assisté par Procap Suisse Service juridique, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens et principalement à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision sur son droit aux prestations. Subsidiairement, il conclut à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations litigieuses, après « toute mesure d'instruction, notamment sur le plan médical » devant être ordonnée par le tribunal. Il se plaint dans un premier temps d'une divergence entre le rapport du 8 juillet 2015 du SMR, sur lequel l'OAI fonde sa décision, et l'appréciation de ses médecins traitants. Dans son rapport du 11 février 2015, la Dresse L._____ retiendrait ainsi une totale incapacité de travail, même dans une activité adaptée. Or l'avis du SMR, isolé et dépourvu d'un examen clinique, constitue une synthèse des documents recueillis mais n'a pas de portée propre et n'est donc pas déterminant. Au vu des conclusions du SMR et celles « diamétralement opposées » des médecins consultés, l'OAI était tenu, à tout le moins, de poursuivre son instruction avant d'écarter, sans autre explication, l'appréciation de la Dresse L._____. Le recourant indique ensuite présenter des troubles psychiques, justifiant la consultation d'un psychiatre depuis plusieurs mois sur l'impulsion de son médecin traitant. Il dit ignorer l'étendue en termes de limitations mais selon lui, ces atteintes à la santé entraveraient

fortement sa capacité de travail. Il se réserve la faculté de produire des pièces demandées auprès de différents praticiens. En l'absence d'évaluation de son état de santé psychiatrique, il soutient qu'il se justifie de renvoyer le dossier de la cause à l'intimé pour complément d'instruction sur ce plan, en sus de l'instruction viciée s'agissant du volet somatique. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, comprenant la dispense de la fourniture d'une avance de frais.

Par décision du 9 septembre 2016, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 août 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 10 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Sur le versant somatique, il maintient que le rapport du 8 juillet 2015 établi par le SMR a valeur probante et ne requiert pas de complément. Concernant l'aspect psychiatrique, il note l'absence d'une atteinte de ce type dans les divers rapports au dossier. Seule l'assistante sociale déclare, à la fin 2015, que le recourant lui semble très malade surtout sur le plan psychique. Cette remarque isolée et sans fondement médical est mise à mal par le fait que, dans ses objections du 1^{er} juin 2016, l'assuré ne mentionne pas de suivi psychiatrique.

En réplique, le 3 novembre 2016, le recourant a maintenu les conclusions prises à l'appui de son acte du 23 août 2016. Il répète que dans sa décision du 21 juin 2016, l'intimé n'a pas pris en compte sa problématique psychiatrique et renvoie pour le surplus à ses précédents arguments pour les aspects somatiques. En annexe, le recourant produit un rapport (lettre de sortie) du 22 juin 2016 du Dr C.C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique à la consultation de psychiatrie de liaison de la [...], consécutif à un séjour, du 30 mars au 15 juin 2016, à la demande de son médecin traitant, en raison de la présence de symptômes dépressifs avec des difficultés pour l'instauration d'un

cadre thérapeutique bénéfique. Ce document a notamment la teneur suivante :

“[...]”

Diagnosics retenus :

- F32.2 Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques.
- F60.3 Personnalité émotionnellement labile.

Evolution et discussion :

Il s'agit d'un patient qui présente des symptômes dépressifs liés à l'apparition d'une fibrose rétropéritonéale, d'où la présence d'une perte de ses capacités somatiques. Il connaît également une dégradation de son statut socio-financier. Au vu de la présence d'une difficulté de l'organisation de la prise en charge et à la détérioration de son état psychique, une évaluation psychiatrique est demandée. Le patient accepte cette intervention, malgré sa réticence.

Lors de notre intervention, comme relaté dans nos consultations communes, nous constatons que le patient souffre d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Aussi, nous remarquons que la présence des symptômes dépressifs a augmenté progressivement ces derniers six mois. Toutefois, selon les éléments anamnestiques, le patient n'avait pas présenté un autre épisode dépressif auparavant. Un trouble de la personnalité de type borderline est également constaté. Monsieur F. _____ met en avant un mode défensif solide, mais par moments rigide, pour pouvoir se protéger depuis sa petite enfance, du fait de l'absence de ses parents (père décédé et mère peu investie, ayant effectué plusieurs mariages). Les mécanismes inconscients de défense, de clivage, de projection, d'identification projective, de déplacement et de déni sont reconnus.

Notre hypothèse de crise se construit autour des difficultés du patient à faire les deuils des pertes répétitives, débutant par la perte de la santé physique qui est vécue comme une perte de contrôle essentielle et ainsi qu'une forme de blessure narcissique, insurmontables pour le patient. Devant la perte de contrôle de sa santé, le patient lutte contre ce système, en essayant de contrôler ses soins physiques, générant un sentiment important de frustration du moment qu'il n'y arrive pas, ayant tendance à réagir avec de l'agressivité et la fuite, réactions peu bénéfiques pour le suivi à long terme nécessaire. C'est dans ce contexte qu'un sentiment de solitude et d'abandon est vécu par lui, un rejet par les soignants étant provoqué et une répétition avec son vécu infantile étant effectuée. Ces éléments sont renforcés par la décision négative de l'AI, un sentiment de non reconnaissance et de rejet étant accentué, qui met encore plus le patient en crise durant notre suivi.

Nous restituons nos hypothèses et nos observations au patient, en essayant de les travailler lors de notre intervention. Une proposition, tant sur le plan biologique, psychologique et social, a été effectuée, toujours en acceptant nos limites thérapeutiques, en même temps

que nous pointons les différentes possibilités et les nécessités des soins d'engagement propres aux propositions effectuées.

Du point de vue biologique, nous suggérons l'introduction d'un traitement antidépresseur qui pourrait, d'une part, aider la diminution des symptômes dépressifs, et d'autre part, permettre un meilleur contrôle des douleurs ressenties (le Saroten®, pour l'amélioration des troubles du sommeil, ou le Cymbalta®, pour la diminution de la fatigue). En outre, pour le traitement des douleurs, le traitement de Lyrica® pourra être envisagé. Le patient est peu preneur, au premier abord, de l'introduction d'un traitement psychotrope, mais se montre ensuite ouvert à la négociation à ce sujet avec vous-même. En parallèle, nous lui proposons un suivi psychothérapeutique, en mettant en avant le besoin d'un accompagnement de sa souffrance et de l'importance d'un partage avec un professionnel de la santé autour de son vécu et de ses besoins, liés entre autres, à ses limitations physiques. Le patient est bien preneur de ces démarches, des adresses de thérapeutes installés dans sa région lui ont été fournies.

L'importance d'effectuer un réseau entre les différents soignants qui s'occupent de la prise en charge complexe du patient est mise en avant dans le but d'une meilleure coordination entre les soignants et de montrer la présence d'un réseau de soins consistant autour lui (étayage physique et psychique nécessaire) le patient étant bien preneur d'une telle démarche. En parallèle, après le rendez-vous avec l'assistant social de notre service, qui a été effectué en urgence, un recours à la décision de l'AI a été effectué et des adresses d'avocats qui pourraient l'aider à ce recours, lui ont été données. En même temps, il a été invité à demander son dossier AI pour qu'il puisse voir avec les soignants quel type d'aide pourrait-il bénéficier de l'AI.

Par suite d'un manque de risque d'auto- et d'hétéro-agressivité, et d'un commun accord avec la patient et vous-même, nous terminons le suivi le 15 juin 2016.

Traitement à la sortie :
Sur le plan psychiatrique, nihil.”

Le 21 novembre 2016, le recourant produit un rapport du 10 novembre 2016 rédigé à l'intention de son conseil par la Dresse X.X._____, spécialiste en médecine interne, cheffe de clinique à la consultation générale de la [...]. Il en ressort les éléments suivants :

“1. Vos diagnostics :

- Fibrose rétropéritonéale, avec manchon péri-aortique infrarénal, diagnostiquée en décembre 2011, avec :
 - Dernier scanner abdominal du 30.12.2015 : discrète infiltration péri-aortique en antérolatéral, de 4 mm de plus grande épaisseur, stable en comparaison du dernier scanner, datant du 19.12.2014, sans complications, ni sténose aortique, ni pyélo-urétérale.

- Traitement antérieur : corticothérapie, tamoxifène, méthotrexate, actuellement non traité.
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, actuellement, de stade IIa, au niveau du membre inférieur gauche, avec :
 - Membre inférieur droit : status post-angioplastie de l'artère fémorale superficielle et de l'artère tibiale externe, le 29.08.2016.
 - Membre inférieur gauche : status post angioplastie de l'artère fémorale superficielle, le 19.02.2015.
- Anévrisme de l'aorte abdominale infrarénale, de 30 mm, stable.
- Douleurs multiples, à caractère neurogène, d'origine indéterminée.
- F32.2 Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques.
- F60.3 Personnalité émotionnellement labile.
- Neuropathie péronière gauche, d'origine traumatique.
- Cure du tunnel carpien gauche et droit, en 2011.
- Kyste de Rathke.
- Cure arthroscopique pour déchirure du ménisque du genou gauche, en 2011.

2. Les répercussions des problèmes de santé de Monsieur F. _____ sur sa capacité de travail et votre estimation du pourcentage de travail encore raisonnable dans son activité habituelle :

Le patient est sertisseur. Il travaille donc la majorité du temps assis. La capacité de travail n'est pas limitée par la fibrose rétro-péritonéale, ni par le syndrome métabolique, ni par l'artériopathie des membres inférieurs, mais limitée principalement par les douleurs, surtout lombaires, à caractère plutôt neurogène, et qui reste à ce jour indéterminé.

La capacité de travail est également limitée par le trouble dépressif. Dans le poste qu'exerçait Monsieur F. _____, la limitation est due à la durée du travail dans la même position et sur sa capacité de concentration.

Dans ce contexte, la capacité de travail est estimée à 50%.

3. Votre appréciation quant à de possibles activités mieux adaptées, et le cas échéant, les indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter :

Une activité mieux adaptée serait un poste permettant l'alternance des positions, à savoir debout/assis, pas de port de charges supérieures à 2 kg, pas de travail accroupi, pas de flexion/rotation du tronc, pas de travail demandant les bras au-dessus de la tête, pas de travail de nuit.

Dans cet idéal, il me semble pourtant difficile que Monsieur F. _____ reprenne une activité à 100%, du fait de la limitation de concentration. Le travail exigible serait de 50%.

4. Votre pronostic :

L'évolution du syndrome métabolique va être plutôt lentement progressive, au vu du tabagisme encore actif.

L'évolution de l'artériopathie des membres inférieurs est plutôt bonne, le patient a été stenté à plusieurs reprises.

Quant à l'évolution des douleurs, d'origine indéterminée, l'évolution est chronique. Au vu de l'absence d'amélioration sur quatre ans, il semble peu probable que l'évolution soit favorable.

En ce qui concerne l'évolution du trouble dépressif [et] du trouble de la personnalité, ils ont eux aussi une évolution plutôt chronique.

En conclusions, j'ai pris connaissance du rapport du SMR du 8 juillet 2015, je partage les conclusions des médecins. Ceci dit, il n'est pas fait mention du trouble psychiatrique et des douleurs neuropathiques, d'origine indéterminée, qui sont à mon sens, responsables de l'incapacité de travail."

Au terme de sa duplique du 28 novembre 2016, complétée le 5 décembre 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours et de la confirmation de la décision litigieuse. Il observe que les derniers rapports produits ne sont pas de nature à rediscuter le bien-fondé de sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la

procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent compte tenu des fériés estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des 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; 125 V 413 consid. 2c, et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement de la capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée et partant son droit à la rente et, le cas échéant, à d'éventuelles mesures professionnelles.

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'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

b) L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

d) 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 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.

Ces dispositions 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi 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 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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; 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2,

9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Les rapports du SMR ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Dans le cas particulier, il s'agit d'un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Cela implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre d'entre elles ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

6. En l'espèce, l'OAI a rendu sa décision de refus de prestations sur la base du rapport SMR de synthèse du 8 juillet 2015. Faisant siennes les constatations du Dr K._____, l'intimé considère au terme de son instruction, qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de sa demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1^{er}

novembre 2014, l'assuré dispose notamment d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ceci depuis décembre 2011. Le médecin du SMR retient à cet égard exclusivement des diagnostics invalidants de la sphère somatique, à savoir l'atteinte principale à la santé d'artériopathie oblitérante stade IIA au membre inférieur gauche avec, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, une fibrose rétropéritonéale, une parésie du nerf péronier gauche, un status post cure de canal carpien des deux côtés, un diabète insulino-traité, une polyneuropathie diabétique prédominant aux membres inférieurs et des gonalgies gauches.

Le recourant estime pour sa part qu'il a droit aux prestations litigieuses. Il soutient que dans son évaluation, l'intimé n'a pas pris en compte sa problématique psychiatrique. Il affirme présenter des troubles psychiques justifiant la consultation d'un psychiatre depuis plusieurs mois, et dont il ignore les limitations mais qui selon lui, impactent fortement sa capacité de travail. Il se plaint, à titre subsidiaire et sur le plan somatique, d'une contradiction entre les conclusions du rapport SMR de synthèse du 8 juillet 2015 et celui du 11 février 2015 de la Dresse L._____ qui retiendrait une totale incapacité de travail, même dans une activité adaptée.

A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 22 juin 2016 du Dr C.C._____, chef de clinique à la consultation de psychiatrie de liaison de la [...]. Au terme du séjour de l'intéressé, ce psychiatre a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité émotionnellement labile (F60.3). Notant une augmentation progressive des symptômes dépressifs depuis le début 2016, un trouble de la personnalité de type borderline est également relevé durant le séjour. Le Dr C.C._____ suggère dès lors l'introduction d'un traitement antidépresseur (le Saroten®, pour améliorer le sommeil ou le Cymbalta®, destiné à diminuer la fatigue) avec en parallèle, la proposition d'un suivi psychothérapeutique. L'intéressé se dit quant à lui preneur de ces démarches (cf. rapport du 22 juin 2016 du Dr C.C._____ p. 3).

Le recourant produit également un rapport du 10 novembre 2016 de la Dresse X.X. _____, qui estime que sa capacité de travail, notamment limitée par les troubles dépressifs et de la personnalité chroniques (limitation de la concentration), est de 50% dans une activité adaptée. Cette praticienne précise en outre avoir pris connaissance du rapport SMR du 8 juillet 2015, lequel ne fait pas mention du trouble psychiatrique et des douleurs neuropathiques qui, selon elle, influencent pourtant l'incapacité de travail de l'assuré (cf. rapport du 10 novembre 2016 de la Dresse X.X. _____ p. 2).

A l'examen des deux rapports précités, on relèvera que le fait que le recourant n'a bénéficié que d'un suivi psychiatrique bref du 30 mars 2016 au 15 juin 2016 ne signifie pas qu'il ne présente pas d'atteintes psychiatriques. Il s'agissait d'une consultation à la [...] instaurée à la demande du médecin traitant, en raison de la présence de symptômes dépressifs et de difficultés d'instaurer un cadre thérapeutique bénéfique au patient. La lettre de sortie du 22 juin 2016 mentionne que le suivi est terminé dans la mesure où il n'avait pas de risque d'auto- et d'hétéro-agressivité. L'assuré se voit conseiller, en sus de l'introduction d'un traitement psychotrope, de s'adresser à un psychiatre et/ou un psychologue avec une liste d'adresses de thérapeutes de sa région. En tout état de cause, les diagnostics posés d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile sont graves. S'ajoute un trouble de la personnalité de type borderline observé durant le séjour consécutif à une augmentation progressive des symptômes dépressifs de l'assuré depuis les six mois précédents.

Outre les rapports précités, on ne peut pas suivre l'intimé lorsqu'il affirme qu'aucun élément au dossier ne fait part d'une éventuelle atteinte à la santé d'ordre psychique chez le recourant.

Il est en effet mentionné, le 17 janvier 2011 déjà, la prise d'un antidépresseur à raison d'un comprimé par jour couplé avec un traitement

de Lyrica® d'effet médiocre sur la symptomatologie douloureuse (cf. rapport du 17 janvier 2011 des Drs W._____, A._____ et V._____ p. 1). Le 29 novembre 2011, l'assuré a fait part au spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, sur le plan psychique, de difficultés de concentration avec des pertes de mémoire importantes qui ne lui permettaient plus de gérer lui-même ses affaires courantes. Il avait ainsi entièrement délégué la charge de sa gestion administrative à l'assistante sociale du CSR de [...]. Partant, tant cette dernière (cf. note d'entretien téléphonique rédigée le 25 novembre 2015) que le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI (cf. rapport final du 22 avril 2016 p. 2) s'interrogeaient sur une atteinte psychique chez le recourant. Son assistante sociale soupçonnant à cet égard que l'intéressé était très malade sans pouvoir retrouver une nouvelle situation professionnelle, surtout sur le plan psychiatrique. Cela dit, même si l'intéressé n'a pas mentionné expressément qu'il consultait un psychiatre dans ses objections du 1^{er} juin 2016, il demeure toutefois une série d'indices au dossier quant à une éventuelle atteinte à la santé d'ordre psychique.

Il ressort donc également des pièces déjà en mains de l'OAI, l'impossibilité d'exclure d'éventuels troubles psychiques avec une incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, dès lors qu'il se concentre exclusivement sur le diabète traité et les empêchements secondaires à l'artériopathie des membres inférieurs prédominant à gauche et ceux secondaires à la polynévrite des membres inférieurs, d'origine diabétique durable, qu'il ne considère pas être la source d'une incapacité de travail durable dans une activité adaptée, le médecin-conseil du SMR ne peut être suivi dans son appréciation du 8 juillet 2015. N'intégrant pas la totalité des opinions susmentionnées, les informations de ce rapport de synthèse, sont incomplètes sur le plan psychique. Par suite, dans sa décision, l'intimé élude une série d'appréciations médicales divergentes, lesquelles laissent présager d'une situation potentiellement incapacitante sur le plan psychiatrique en lien avec l'exercice d'une activité adaptée aux

restrictions strictement somatiques (notamment au vu d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile diagnostiqués par un psychiatre [cf. rapport du 22 juin 2016 du Dr C.C._____ p. 2]).

En définitive, l'OAI, dans sa décision du 21 juin 2016, n'était pas fondé à fixer la capacité de travail résiduelle du recourant à 100%, depuis décembre 2011, dans toute activité adaptée à son état de santé somatique en se basant exclusivement sur le rapport SMR de synthèse du 8 juillet 2015 à l'exclusion, entre autres, des appréciations postérieures des Drs C.C._____ et X.X._____. Comme on l'a vu ci-avant, les constatations et les conclusions de ces praticiens, comme les autres éléments d'ordre psychiatrique figurant déjà au dossier, n'ont pas été intégrés par l'OAI durant son instruction du cas. Une évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à son état de santé pris dans sa globalité, et psychiatrique en particulier, fait défaut en l'état du dossier.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. 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).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction au plan psychiatrique, il s'avère qu'en ne tenant pas compte de la problématique psychique présentée par le recourant, alors même qu'il apparaissait dans le dossier que celle-ci était présente, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre à tout le moins une expertise psychiatrique, voire une expertise en médecine interne, neurologique ou rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA, pour examiner l'influence de l'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et du trouble de la personnalité émotionnellement labile sur la capacité de travail du recourant. Il lui appartiendra également de tenir compte des douleurs neuropathiques, d'origine indéterminée, sur la capacité de travail du recourant. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

Sur le plan somatique, on observera néanmoins que si dans son rapport du 11 février 2015 la diabétologue du CHUV mentionne certes un pronostic réservé en raison de complications liées au diabète et de multiples facteurs de risques cardiovasculaires non contrôlés et constate que l'activité habituelle n'est plus exigible du patient, sans reprise de l'activité professionnelle ni amélioration de la capacité de travail à

attendre, elle ne se prononce pas pour autant expressément sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

8. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 fr. et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr. TVA incluse, compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 21 juin 2016 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 dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais de justice, 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 F._____ le montant de 1'000 fr. (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 :

- Procap Suisse Service juridique (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :