

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Métral, juge, et Monod, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

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

Art. 17 et 42 LPGA ; 87 RAI ; 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958 en Tunisie, est entré en Suisse en 1989 et y a notamment travaillé en tant que cuisinier de 1990 à 1992.

Le 5 mai 1994, il a déposé une première demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel et de moyens auxiliaires. Il a indiqué souffrir des suites d'une fracture du calcanéum et du cinquième tarse du pied gauche qu'il avait subie lors d'un accident de voiture survenu le 29 mai 1993.

Sa demande a été rejetée par décision du 12 août 1994, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance.

B. Le 1^{er} novembre 1996, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Une reconstruction-arthrodèse du calcanéum gauche pour fracture comminutive avait été effectuée le 23 juin 1993. Ses médecins estimaient que sa profession de cuisinier était contre-indiquée, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectivement depuis le 30 juin 1994 (cf. rapport du Dr J. _____ du 23 mai 1997) ou le 18 février 1997 (cf. rapport du Dr E. _____ du 11 juin 1997), et recommandaient la mise en œuvre de mesures professionnelles. Courant 1993, l'assuré avait par ailleurs présenté une incontinence urinaire sur hyperesthésie vésicale.

Le 16 janvier 1999, l'assuré a fait une glissade au cours de laquelle il a forcé et heurté son genou gauche, ce qui a entraîné une déchirure du ligament croisé antérieur ainsi qu'une contusion du plateau tibial dans la région postérieure. En raison de lâchages du genou à plusieurs reprises, une intervention chirurgicale avec plastie du ligament

croisé antérieur a été réalisée le 6 octobre 1999 par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a indiqué, le 5 juillet 2000, que l'assuré était apte à travailler à 100 % dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire depuis le 1^{er} mai 2000.

Selon une note interne de l'OAI du 26 juin 2000, l'assuré a suivi un traitement à la M._____. (ci-après : M._____) à partir du 29 mai 2000 pendant une durée de quatre semaines. Durant ce traitement, une algoneurodystrophie (maladie de Südeck) a été diagnostiquée.

Une pleine capacité de travail avec un rendement pouvant aller jusqu'à 100 % a été reconnue à l'assuré dans le rapport établi le 17 novembre 2000 à l'issue d'un stage en atelier qu'il a effectué à l'ORIPH.

Le 8 février 2001, l'OAI a rendu une décision niant le droit à l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, son taux d'invalidité n'étant que de 6 %. Cette décision a été confirmée par jugement du 5 février 2002 du Tribunal des assurances (AI 99/01 - 120/2002).

C. Le 16 mai 2003, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente.

Le 3 juillet 2003, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un courrier à l'OAI mentionnant que l'affection au genou gauche était restée sans changement significatif et que l'assuré était en traitement pour une arthrite aiguë à son genou droit, dont l'origine n'était pas déterminée.

Par décision du 1^{er} mars 2004, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, en l'absence d'aggravation de son état de santé. L'opposition formée tardivement par l'assuré contre cette décision a été déclarée irrecevable par décision de l'OAI du 21 octobre

2004, confirmée sur recours par jugement du Tribunal des assurances du 18 juillet 2005 (AI 175/04 - 104/2005).

D. Le 18 novembre 2004, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical établi le 27 octobre 2004 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et précisé qu'il y avait lieu de considérer son courrier et ce rapport médical comme une nouvelle demande de prestations.

Le Dr S._____ indiquait que l'assuré souffrait d'une ankylose post-opératoire totale de son arrière pied gauche - le résultat de l'intervention chirurgicale étant cependant excellent, d'une chondropathie de stade II à III de la trochlée fémorale du genou gauche, de troubles dégénératifs de type arthrosique du genou droit et de lombalgies basses, précisant qu'il n'avait pas investigué ces dernières lui-même. L'assuré avait également présenté un ulcère chondritique du condyle interne du genou gauche, qui avait été traité. Il pouvait exercer une activité sédentaire légère effectuée essentiellement en position assise mais permettant occasionnellement de courtes déambulations (travail assis à l'établi par exemple).

Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif qu'une aggravation de l'état de santé de nature à modifier le droit aux prestations AI n'avait pas été rendue plausible.

Le 30 mai 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision, concluant à l'annulation de celle-ci. A l'appui de son acte, il a produit un certificat médical établi le 11 mai 2006 par le Dr W._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, qui critiquait l'interprétation faite par l'OAI du rapport du Dr S._____, soulignant notamment que ce dernier se prononçait en rapport avec la problématique des genoux et non celle des rachialgies, et qu'il était inexact, comme le faisait l'OAI, d'estimer que l'activité sédentaire légère préconisée par le Dr S._____ était également valable en cas de problème du dos.

Par décision sur opposition du 13 décembre 2007, l'OAI a admis l'opposition de l'assuré et a prononcé la reprise de l'instruction de la nouvelle demande de prestations AI.

Le 19 février 2008, le Dr T. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a établi un rapport faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 4 février 2008, dont la teneur était notamment la suivante :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail

- GONARTHROSE BILATÉRALE AVEC FOYER OSTÉOCHONDRIQUE DU CONDYLE FÉMORAL INTERNE DDC [réd. : des deux côtés]. M 17
- ARTHROSE TIBIO-ASTRAGALIENNE ET MÉDIO-TARSIENNE G [réd. : gauche] AVEC STATUS APRÈS ARTHRODÈSE ASTRAGALO-CALCANÉENNE CONSOLIDÉE EN BONNE POSITION. M 19.1
- LOMBOSCIATALGIES G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DE DISCRETS TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS. M 54.4.

[...]

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres inférieurs : pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout de plus de 15 minutes. Pas de marche supérieure à 15 minutes. Pas de marche en terrain irrégulier.

[...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0% COMME CUISINIER.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%. DEPUIS : LE 23 NOVEMBRE 1993, SOIT 6 MOIS APRÈS L'ACCIDENT. »

Dans un avis du 29 février 2008, le Dr Z. _____, médecin du SMR, a repris les limitations fonctionnelles du rapport ci-dessus et

confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %.

Le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical le 5 novembre 2008, dans lequel il indiquait ce qui suit :

« Discussion : la situation de Monsieur G._____ me paraît complexe et compliquée. Je ne m'attarde pas sur les aspects somatiques et je renvoie aux rapports existants, et notamment au rapport de Dr W._____ du 25 septembre 2008 du service de rhumatologie du H._____. Indépendamment des problèmes physiques et douloureux M. G._____ est actuellement également incapable de travailler pour des raisons psychiatriques. Je l'ai vu une première fois à ma consultation le 17 septembre 2008. A ce moment-là, j'ai rencontré un homme qui était à bout, suite à un long parcours de combattant, où il m'est difficile de faire la part des choses entre des éléments de revendication et de « névrose de rente éventuelle », une évolution pernicieuse de deux accidents et une surenchère iatrogène qui ont engendré un cercle vicieux. Je crains fort qu'on soit arrivé à un stade difficilement réversible.

Pour moi, M. G._____ présente certes des traits narcissiques et caractériels (manque de reconnaissance depuis toujours ; reviviscence d'un traumatisme de perte ; perspective que l'épouse parte avec la famille en [...], ravive le décès de son père, le divorce avec la deuxième épouse et éloignement de la fille issue de ce mariage, perte de son intégrité physique, etc.). Je pense que cette ronde d'évaluations médicales, dont certaines ont manqué d'empathie et de jugements sur plusieurs années ont enfoncé M. G._____ dans un état dépressif et d'aggravation des symptômes douloureux avec en plus une attitude de revendication, dont je ne le vois que difficilement ressortir. A mes yeux il faut arrêter cette surenchère et lui reconnaître le droit à une rente.

M. G._____ s'est adressé à moi pour sa détresse psychique réelle. Je me trouve de devoir répondre à une problématique fort complexe. Si mon argumentation ne devait pas suffire, il serait à mes yeux urgent de procéder rapidement à une expertise psychiatrique pour arriver enfin à une conclusion acceptable. »

Le 24 novembre 2008, le Dr R._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré. Les signes psychotiques présentés par ce dernier étaient devenus beaucoup plus évidents ; il présentait également une fatigue extrême. Il ne parlait plus spontanément et son discours était délirant. Il faisait en outre mention d'hallucinations visuelles et auditives. Le Dr R._____ a posé comme diagnostic un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et

comme diagnostic différentiel une évolution schizophrénique et un état dissociatif.

A l'initiative du SMR, un examen clinique psychiatrique de l'assuré a été réalisé le 23 février 2009 par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du SMR. Son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbations de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Le Dr P._____ a considéré que l'épisode dépressif moyen était en rémission, que les productions hypnagogiques anamnestiques ne participaient pas d'une symptomatologie floride psychotique avec, de plus, une amélioration de la symptomatologie fin 2008 d'après l'assuré. Au final, il n'a retenu aucun diagnostic incapacitant dans son rapport du 25 février 2009, mais seulement un épisode dépressif moyen en rémission (F32.1), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis décembre 2008.

Dans un avis SMR du 12 mars 2009, le Dr Z._____ a retenu sur la base de cet examen qu'il y avait eu une incapacité de travail totale pour un épisode dépressif de septembre à novembre 2008 et que dès décembre 2008, la capacité de travail exigible était celle définie dans l'avis médical du 29 février 2008.

Le 8 juin 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision négative, contre lequel celui-ci a présenté des objections le 8 juillet 2009.

Dans un avis SMR du 30 juillet 2009, le Dr Z._____ a notamment rappelé que seuls les facteurs bio-médicaux, à l'exclusion des facteurs psycho-sociaux, étaient pris en compte pour définir la capacité de

travail, ce qui expliquait pourquoi le SMR – dont la neutralité n'avait pas à être mise en doute – s'était écarté de l'avis des médecins traitants.

Par décision du 21 août 2009, l'OAI a refusé d'allouer une rente à l'assuré, celui-ci présentant un degré d'invalidité de 9,89 %, insuffisant à cette fin.

Le recours interjeté par l'assuré contre cette décision le 22 septembre 2009 a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du 6 avril 2011 (AI 450/09 – 168/2011), le recourant n'ayant pas démontré l'existence d'une aggravation de son état de santé. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral le 26 mars 2012 (TF 9C_500/2011).

E. Le 17 février 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, faisant valoir qu'il souffrait d'un canal lombaire étroit depuis 2009.

En date des 9 et 10 avril 2014, il a transmis à l'OAI plusieurs pièces médicales, à savoir :

- Un rapport établi par le Dr U. _____ au Maroc le 22 août 2012 dont il ressort que l'assuré a été opéré d'une hernie ombilicale le 13 juillet 2012.
- Un rapport du 11 mars 2014 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du psychologue L. _____, qui ont posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (F33.2) et de troubles de la personnalité sans précision (F60.9). Ils ont évalué l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % et envisagé un pronostic défavorable.
- Un rapport du Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, du 26 mars 2014. Celui-ci a retenu les diagnostics de lombosciatalgie violente réfractaire au traitement habituel, qui allait en s'aggravant, et d'état anxio-dépressif nécessitant un traitement psychiatrique. Il a estimé

que l'assuré était en entière incapacité de travailler, probablement pour une durée indéterminée. Deux IRM avaient été réalisées ; celle de janvier 2013 avait montré un rétrécissement du canal spinal en L4-L5 et un phénomène dégénératif important au niveau de L3-L4-L5.

- Un rapport établi suite à une consultation du 14 mars 2014 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé les diagnostics de status post-reconstruction et arthrodèse pour fracture du calcanéum gauche, de status post-plastie ligament croisé antérieur du genou gauche, de gonarthrose tricompartmentale, de lombalgies chroniques sur spondylarthrose, de dépression sévère, de diabète type II, d'adénome de la prostate, de hernie ombilicale et de status post-entorse du genou droit. Selon ce médecin, ces pathologies n'étaient plus compatibles avec l'activité professionnelle de cuisinier et l'assuré devait bénéficier d'une reconversion professionnelle ou d'une retraite anticipée vu son âge et le manque de formations particulières.

- Des documents de la Clinique [...], indiquant que l'assuré y avait subi une cure de hernie épigastrique le 22 octobre 2013.

Par décision du 7 avril 2015, confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 4 janvier 2016 (AI 133/15 - 1/2016), l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique déposée par l'assuré.

A l'initiative du SMR, une expertise psychiatrique de l'assuré a été réalisée par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 novembre 2015, celui-ci a conclu à l'absence de maladie psychiatrique invalidante et a retenu, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1) existant depuis 1999 et une accentuation de traits de personnalité

narcissique et quérulente (Z73.1) existant probablement depuis l'adolescence :

« En conclusion, les symptômes anxieux et dépressifs légers de la dysthymie de M. G. _____ font suite à un trouble de l'adaptation survenu en réaction à la séparation conflictuelle d'avec son épouse en 1999. Persistant dans le contexte d'une accentuation de traits de personnalité narcissiques et quérulente, ces symptômes affectifs restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, le refus de M. G. _____ de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations somatiques s'explique par l'adoption d'un rôle d'invalidé face aux difficultés sociales sortant du champ médical d'un expertisé mettant en avant un cortège de plaintes incohérentes. En faisant abstraction de ces plaintes, la capacité de travail exigible reste entière au plan psychique chez un expertisé faisant preuve de ressources personnelles compatibles avec la reprise d'une activité adaptée aux limitations physiques décrites par les spécialistes de ce domaine. »

Dans un avis médical du 30 novembre 2015, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 15 mars 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de refuser sa nouvelle demande de prestations.

Dans un courrier du 14 avril 2016, l'assuré a fait valoir que le rapport d'expertise était incomplet et comportait des contradictions, et que l'OAI avait omis d'investiguer l'aggravation de son état de santé somatique. Il a transmis un rapport médical du Dr Q. _____ du 1^{er} février 2016, qui attestait qu'il présentait, d'une part, un trouble dépressif chronique, épisode actuel sévère (F33.2), avec les symptômes de tristesse, d'angoisse et de phobie de la foule, de mélancolie, de perte de motivation avec un discours auto-dévalorisant, un état général morose et, d'autre part, des troubles de la personnalité qui le fragilisaient psychologiquement et nécessitaient une médication. Le Dr Q. _____ retenait en outre les diagnostics d'agoraphobie avec trouble panique (F40.1) et de trouble somatoforme, sans précision (F45.9).

Dans un rapport médical du 23 mai 2016, le Dr K. _____ a repris les termes de son précédent rapport, rédigé le 26 mars 2014.

Par courrier du 29 septembre 2016, l'assuré a produit plusieurs rapports médicaux, dont la plupart dataient de 2006 ou avaient déjà été produits. Parmi les pièces nouvelles figuraient le rapport de l'IRM du genou droit du 24 janvier 2011 et celui établi le 8 février 2011 par le Dr V._____ qui concluaient à une suspicion de déchirure méniscale interne et externe du genou droit.

Dans un avis SMR du 14 octobre 2016, le Dr D._____, médecin au SMR, a relevé que sur le plan somatique, les diagnostics retenus existaient déjà lors de l'examen du Dr T._____ en 2008, à l'exception de la méniscopathie droite qui serait nouvelle, mais qu'en l'absence de déficit moteur ou sphinctérien qui aurait justifié une intervention neurochirurgicale en urgence, on ne pouvait parler d'une situation grave comme l'affirmait le Dr K._____. Dans la mesure où une aggravation des lombalgies était probable, il a proposé un complément d'examen.

Dans un rapport médical du 20 octobre 2016, le Dr C._____ a conseillé de procéder à une arthroplastie totale du genou des deux côtés en raison de la gonarthrose bilatérale symptomatique. Il a indiqué qu'une reconversion professionnelle ou une rente d'invalidité devaient être envisagées.

Une expertise rhumatologique a été effectuée par la Dresse A._____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, qui a rendu son rapport d'expertise le 19 décembre 2016, après avoir fait réaliser une IRM lombaire, des radiographies de la colonne lombaire ainsi qu'une échographie de l'épaule gauche. La Dresse A._____ a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :

- 29.05.1993 : fracture comminutive du calcanéum gauche, fractures des métatarsiens 3, 4, 5. Ostéosynthèse par embrochage transversal des métatarsiens consolidée en bonne position. Status après arthrodèse sous-astragalienne et reconstitution du calcanéum, en bonne position
- 19.01.1999 : entorse du genou gauche : contusion osseuse du plateau tibial interne. Déchirure subtotalaire du LCA [réf. : ligament croisé antérieur], suspicion non confirmée de lésion méniscale

- 06.10.1999 : plastie du ligament croisé antérieur par arthroscopie
- 16.12.1999 : arthroscopie diagnostique du genou gauche : libération des adhérences cicatricielles, mobilisation sous narcose du genou ; chondropathie stade II-III de la trochlée fémorale
- Mai 2000 : algoneurodystrophie avec enraidissement progressif du genou
- 25.10.2001 : arthroscopie du genou gauche : ulcère chondritique du condyle interne traité selon la technique de L. Johnson
- gonalgies droites sur gonarthrose : chondropathie fémoro-tibiale prédominant sur le compartiment interne, chondropathie fémoro-patellaire. Souris articulaire faisant suspecter une chondromatose synoviale. Lésion de grade I de la corne postérieure du ménisque interne et grade II de la corne postérieure du ménisque externe

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- 2003 : arthrite du genou droit sans séquelles.
- Canal lombaire modérément étroit en L4-L5, selon la classification de Lausanne. Pas de contrainte radiculaire.
- Lombalgies avec irradiation sur la face latérale des cuisses
- Dorsalgies anamnestiques
- Arthrose débutante du Chopart et du Lisfranc
- Probable tendinite du tendon du sus-épineux gauche et discrète bursite sous acromio deltoïdienne.
- Douleurs testiculaires d'origine inconnue (DD sur canal lombaire rétréci et étroit peu probable)

Autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie (à vérifier prochainement)
- Adénome de la prostate, vessie hyperactive. »

La Dresse A. _____ a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail dans la profession de cuisinier, mais à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis fin 1993, à l'exception des périodes d'incapacité dues à l'entorse du genou gauche en janvier 1999, pendant quelques semaines, à la plastie du ligament croisé antérieur en octobre 1999, pendant six mois, et à l'arthroscopie du genou gauche en octobre 2001, pendant trois mois. Elle estimait ainsi que depuis le 25 janvier 2001 [recte : 2002], l'assuré pouvait travailler à 100 % avec un plein rendement à un poste qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : station debout limitée à deux heures (l'assuré devant ensuite pouvoir s'asseoir), marche possible pendant une à deux heures, station assise non limitée, éviter la marche sur terrain instable ainsi que le travail en hauteur, pas de travail accroupi ou à genoux, port de charges de 5 à 8 kg plusieurs fois et occasionnellement jusqu'à 15 kg.

Dans un avis médical SMR du 17 mars 2017, le Dr D._____ a estimé, sur la base de cette expertise, que les limitations fonctionnelles fixées par le Dr T._____ étaient toujours valables depuis 2008 et qu'il n'existait pas de raisons valables justifiant une incapacité de travail prolongée dans une activité adaptée.

Par décision du 21 mars 2017, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité, en l'absence d'aggravation de son état de santé. Il a retenu que du point de vue somatique, son atteinte à la santé permettait toujours l'exercice d'une activité adaptée à 100 % et qu'il n'existait aucune atteinte invalidante d'ordre psychiatrique.

F. Par acte du 24 avril 2017, G._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations et à l'octroi d'une rente « complète » pour une durée illimitée, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a fait valoir que le rapport d'expertise psychiatrique était en totale contradiction avec les rapports médicaux versés au dossier, de sorte qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise notamment pour lever ces contradictions. Il a allégué que ses limitations fonctionnelles étaient telles qu'il n'était plus en mesure de travailler et que contrairement à ce qu'indiquait le rapport d'expertise rhumatologique, il allait régulièrement chercher les médicaments qui lui étaient prescrits. Il a par ailleurs invoqué une violation de son droit d'être entendu puisque l'OAI avait rendu sa décision sans lui soumettre préalablement ce rapport d'expertise rhumatologique. Ce rapport comportait selon lui des oublis et des lacunes, puisque la Dresse A._____ ne se déterminait pas sur les graves complications qu'il avait connues récemment en lien avec son diabète, à savoir en particulier des soudaines cataractes qu'il avait dû faire opérer en urgence. Il a soutenu que son état de santé s'était amélioré à l'époque de la précédente décision de l'OAI en 2009, mais s'était ensuite fortement dégradé depuis 2013, au point qu'il ne pouvait plus exercer d'activité,

même adaptée, mentionnant en outre que l'OAI n'avait donné aucun exemple d'une telle activité.

Dans sa réponse du 16 juin 2017, l'OAI s'en est tenu à sa décision et a proposé le rejet du recours.

Dans le cadre de sa réplique du 13 juillet 2017, le recourant a versé en cause un rapport médical établi le 28 juin 2017 par le Dr C._____, reprenant exactement les termes de son rapport du 14 mars 2014.

L'OAI a maintenu sa position dans sa duplique du 15 août 2017.

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 des dérogations expressees prévues (art. 1 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 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à

cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité suite à la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 17 février 2014.

A noter que la conclusion du recourant tendant à ce qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations est sans objet puisque l'OAI est entré en matière sur cette demande.

3. Il y a lieu d'examiner dans un premier temps le grief de violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant, au motif que l'OAI a statué sur sa demande de prestations sans lui avoir préalablement transmis le rapport d'expertise rhumatologique de la Dresse A._____.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] et également art. 42 LPGA), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218

consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) En l'occurrence, il apparaît en effet que l'OAI n'a pas communiqué au recourant le rapport d'expertise de la Dresse A. _____ avant de rendre sa décision. Cette expertise a été mise en œuvre suite aux objections formulées par le recourant à l'encontre du projet de décision négative de l'OAI du 15 mars 2016, dans lesquelles il reprochait entre autres à l'OAI de ne pas avoir investigué l'évolution de sa problématique sur le plan somatique. L'organisation de cette expertise a respecté la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, à savoir que le recourant a été invité à se prononcer sur l'experte mandatée et les questions qui lui étaient posées. A réception du rapport d'expertise du 19 décembre 2016, l'OAI a requis l'avis du SMR et a ensuite rendu sa décision, le 21 mars 2017, sans préalablement transmettre ce rapport au recourant, ni lui donner l'occasion de se déterminer à son sujet. Ce faisant, l'OAI a violé le droit d'être entendu du recourant, qui comprend non seulement le droit de prendre connaissance de son dossier, mais également celui de s'exprimer sur les éléments pertinents y figurant, avant qu'une décision ne soit prise. Il faut de plus relever qu'il s'agissait d'une pièce essentielle du dossier, sur laquelle notamment l'OAI s'est basé pour rendre sa décision.

Le rapport d'expertise a finalement été envoyé le 28 mars 2017 au mandataire du recourant, qui en avait demandé la consultation sitôt après avoir reçu la décision du 21 mars 2017. Le recourant a ainsi pu prendre connaissance de ce document avant l'échéance du délai de recours et a eu la possibilité d'exposer ses griefs à son encontre dans le

cadre du recours qu'il a formé auprès de la Cour de céans, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen. Le recourant a par ailleurs eu l'occasion de prendre position sur les arguments soulevés par l'intimé dans sa réponse et sa duplique. Il se justifie dès lors de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée compte tenu de la présente procédure de recours. Il y a par conséquent lieu d'examiner l'affaire au fond.

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de

l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3).

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

De manière générale, 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 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision de l'OAI du 21 août 2009 - confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 6 avril 2011 puis par arrêt du Tribunal fédéral du 26 mars 2012 - et la décision attaquée au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité.

Dans la décision litigieuse, l'OAI estime que tel n'est pas le cas. Il retient, sur la base des expertises psychiatriques et rhumatologiques réalisées respectivement en 2015 et 2016, que le recourant peut exercer une activité adaptée à 100 % du point de vue somatique et qu'il n'existe aucune atteinte invalidante d'ordre psychiatrique.

b) Dans son recours, le recourant conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique au motif qu'elle contredit les rapports de ses psychiatres traitants et estime nécessaire de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique pour lever ces contradictions.

Le Dr Q._____ considère en effet, dans ses rapports médicaux des 11 mars 2014 et 1^{er} février 2016, que le recourant est en totale incapacité de travail en raison d'un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), de troubles de la personnalité sans précision (F60.9), d'une agoraphobie avec trouble panique (F40.1) et d'un trouble somatoforme sans précision (F45.9). Or, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr X._____ tient compte des diagnostics posés par le Dr Q._____ et explique de manière motivée pourquoi il ne les retient pas.

Ainsi, l'expert reconnaît que les plaintes de l'assuré peuvent laisser penser à un épisode dépressif sévère comme retenu par le psychiatre traitant, mais expose ensuite (cf. rapport d'expertise p. 19 et 20) qu'il ne constate pas d'abaissement important de l'humeur persistant, de signes de fatigue après des efforts minimales, de diminution majeure de la concentration ou de l'attention, ni d'idée de dévalorisation, d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir ou encore de signe objectivable d'une diminution de l'appétit. Il relève que l'assuré participe activement à l'examen durant plus de trois heures, qu'il donne une description positive de sa personnalité, qu'il relativise les idées de culpabilité concernant son divorce et garde l'espoir de sortir de la précarité sociale. De plus, le recourant nie toute idée ou acte suicidaire, décrit une diminution de la libido depuis seulement dix mois contrastant avec sa plainte concernant la persistance d'une importante souffrance psychique depuis des années et se plaint de difficultés de sommeil sans réveil matinal précoce. Le Dr X. _____ estime que l'ensemble de ces éléments ne permet pas de confirmer le diagnostic d'épisode dépressif majeur. Il mentionne en outre que le rythme des consultations et la dose des médicaments prescrits contrastent avec le diagnostic posé par le Dr Q. _____.

Concernant les angoisses et l'agoraphobie dont se plaint le recourant, l'expert note que celui-ci relativise ses propos à l'exploration et qu'il utilise le terme d'angoisse surtout pour exprimer son sentiment de rancune, de déception et d'insatisfaction concernant des événements qu'il considère comme injustes (séparation avec sa deuxième épouse, refus de rente d'invalidité). L'expert ne constate aucune manifestation anxieuse chez l'assuré ni trouble panique ou phobique.

Il exclut également la présence d'un trouble de la personnalité compte tenu de l'anamnèse, qui ne montre pas de déviations sévères sur plusieurs niveaux de fonctionnement persistant depuis l'adolescence (cf. rapport d'expertise p. 20).

Il conclut en revanche à la présence d'une accentuation de traits de personnalité narcissique et quérulant, n'ayant pas valeur de

maladie, et se fonde notamment sur ce diagnostic pour expliquer les discordances relevées par les médecins entre les résultats objectifs et les plaintes subjectives du recourant. Il estime que les éléments évoquant une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques restent insuffisants pour retenir un diagnostic de trouble somatoforme, en l'absence de signes clairs d'amplifications observés récemment par les différents spécialistes du domaine somatique. En outre, il relève que la plainte principale de l'assuré ne concerne pas les douleurs.

Finalement, le Dr X. _____ expose les raisons qui l'incitent à poser le diagnostic de dysthymie en relation avec la dépression chronique et fluctuante du recourant, persistant depuis sa séparation d'avec sa deuxième épouse en 1999 (cf. rapport d'expertise p. 20).

Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du Dr X. _____, auquel il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'expert s'est prononcé en connaissance du dossier et de l'anamnèse du recourant, a tenu compte de ses plaintes et expliqué de manière détaillée et motivée pourquoi il ne retenait pas les diagnostics posés par le Dr Q. _____ et concluait à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'instruire plus avant la question de savoir si, comme il l'affirme dans son recours, le recourant va régulièrement chercher les médicaments qui lui sont prescrits, contrairement à ce que la Dresse A. _____ mentionne dans son rapport d'expertise. S'il n'a pour finir produit aucune pièce attestant ses déclarations comme il l'avait annoncé dans son recours, cet élément n'est dans tous les cas pas déterminant. Non seulement le retrait des médicaments en pharmacie ne permet pas d'établir que le recourant les prend effectivement, étant rappelé que la prise de sang effectuée lors de l'expertise a infirmé la prise régulière d'un antidépresseur. Mais surtout, comme déjà mentionné, le Dr X. _____ relève que la prescription d'un somnifère léger et d'un antidépresseur à une dose efficace minimale contrastent avec le diagnostic retenu par le Dr Q. _____. Dès lors, la

preuve de la prise effective des médicaments prescrits ne permettrait pas de remettre en cause les conclusions du Dr X._____.

Au final, il y a lieu de retenir que le recourant ne souffre actuellement pas d'une maladie psychiatrique incapacitante. Son état de santé psychique ne s'est par conséquent pas modifié de manière substantielle depuis l'examen du Dr P._____ en février 2009, qui arrivait à la même conclusion et retenait, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen en rémission.

c) Sur le plan somatique, le recourant invoque que l'OAI n'a pas pris en compte son état de santé actuel, soulignant que celui-ci se serait fortement dégradé depuis la dernière décision de l'OAI, au point qu'il ne peut plus exercer d'activité, même adaptée.

On peut tout d'abord particulièrement s'étonner des propos du recourant dans la mesure où il affirme à plusieurs reprises que son état de santé s'était amélioré entre les années 2008 et 2013 - parlant même d'une période de rémission - alors qu'il a contesté la décision négative de l'OAI du 21 août 2009 par deux recours successifs, auprès de la Cour de céans puis du Tribunal fédéral, concluant à chaque fois à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Quoi qu'il en soit, il faut constater que dans la décision attaquée, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse A._____ établi en décembre 2016, qui se prononce sur la situation actuelle du recourant.

Dans ce rapport, la Dresse A._____ expose de manière détaillée et motivée qu'il n'y a pas eu d'aggravation des problématiques liées au talon gauche et au genou gauche. En ce qui concerne les lombosciatalgies présentes dans le contexte d'un canal lombaire étroit et rétréci, l'experte ne note pas de signe physique d'atteinte radiculaire ou de diminution de mobilité qui puisse induire des limitations fonctionnelle justifiant une incapacité de travail prolongée. Elle reconnaît que la

probable tendinite du tendon du sus-épineux gauche et la discrète bursite sous acromio deltoïdienne motivent effectivement une infiltration de dérivés cortisonés, mais précise que ces atteintes n'engendrent en aucun cas des répercussions fonctionnelles à long terme. La Dresse A. _____ estime au final que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : station debout limitée à deux heures, marche possible pendant une à deux heures, station assise non limitée, éviter la marche sur terrain instable ainsi que le travail en hauteur, pas de travail accroupi ou à genoux, port de charges de 5 à 8 kg plusieurs fois et occasionnellement jusqu'à 15 kg. Son rapport d'expertise comporte un résumé de l'ensemble du dossier de l'assuré sur près de vingt pages, une analyse de toutes les imageries à disposition, auxquelles s'ajoutent celles qu'elle a ordonnées et une anamnèse complète (familiale, personnelle, sociale, professionnelle, médicamenteuse et par système). Elle a pris en compte les plaintes du recourant, classées par ordre d'importance décroissante, et a effectué un examen clinique avant de se prononcer en motivant ses conclusions. Son rapport d'expertise peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant des médecins traitants du recourant, il y a lieu de souligner que le Dr C. _____ conclut, dans ses rapports des 14 mars 2014, 20 octobre 2016 et 28 juin 2017, à l'existence d'une totale incapacité de travail dans la profession de cuisinier et à la nécessité d'une reconversion professionnelle, voire d'une retraite anticipée ou une rente d'invalidité. Ce faisant, il admet que le recourant bénéficie d'une capacité de travail qu'il pourrait mettre en valeur dans un emploi adapté.

Seul le Dr K. _____ estime que le recourant est totalement incapable d'exercer une activité lucrative, même adaptée. La formulation de ses rapports médicaux des 26 mars 2014 et 23 mai 2016 laisse toutefois à penser que cette incapacité de travail est due à ses problèmes somatiques conjugués à un état anxio-dépressif. Or, l'expertise du Dr X. _____ a permis d'exclure la présence d'une maladie psychiatrique incapacitante. Toujours est-il que les rapports médicaux du Dr K. _____

sont succincts, comportent une anamnèse très brève, ne font pas état d'un examen clinique détaillé et ne contiennent pas de conclusions motivées. Ils ne sont dès lors pas propres à remettre en cause le rapport d'expertise de la Dresse A._____.

En outre, les problèmes de hernies ombilicales et épigastriques présentés par le recourant et pour lesquels il a produit différents rapports médicaux n'ont pas conduit à une incapacité de travail de longue durée, ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas (cf. également rapport d'expertise p. 28). Il en va de même de l'éventuelle déchirure méniscale du genou droit évoquée par le Dr V._____, pour laquelle la Dresse A._____ n'a pas trouvé d'argument (cf. rapport d'expertise p. 34-35).

Dans son recours, le recourant allègue avoir dû être opéré d'urgence en raison de problèmes de cataracte liés à son diabète. Non seulement, il ne produit aucune pièce médicale à ce sujet, mais de plus, contrairement à ce qu'il soutient, il faut constater que la Dresse A._____ a tenu compte du fait qu'il présente un diabète de type 2 et précisé que ce diagnostic était sans répercussion sur sa capacité de travail.

Au final, il apparaît que le recourant bénéficie, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme cela était déjà le cas en 2009. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse A._____ sont par ailleurs similaires à celles qu'avait posées le Dr T._____ à l'issue de son rapport d'examen du 19 février 2018, ce que constate également le Dr D._____ dans son avis médical SMR du 17 mars 2017.

d) Dans la mesure où les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit, il apparaît que les réquisitions faites par le recourant ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Ces réquisitions peuvent donc être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées).

e) En l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 21 août 2009, c'est à juste titre que l'OAI a écarté la nouvelle demande de prestations déposée par celui-ci le 17 février 2014.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent en principe être mis à la charge du recourant, qui succombe. Cependant, il y a lieu de tenir compte, pour la fixation de ces frais, du fait que la présente procédure de recours était nécessaire pour garantir le respect du droit d'être entendu du recourant et réparer un vice de procédure (TF 9C_670/2013 du 4 février 2014 consid. 3.3.1). Par conséquent, les frais de justice, arrêtés à 400 fr., doivent être supportés à raison de 200 fr. par le recourant et de 200 fr. par l'intimé.

Dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, le montant des frais mis à sa charge est provisoirement supporté par l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Compte tenu de la violation du droit d'être entendu, réparée dans le cadre de la procédure de recours, il y a également lieu d'allouer des dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA ; TF 9C_670/2013 précité), qu'il convient d'arrêter à 752 fr. 30.

d) Par décision du juge instructeur du 22 mai 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 avril 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la

personne de Me François Gillard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 24 novembre 2017, faisant état de 7 heures et 30 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 43 fr. 20. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Gillard est arrêtée à 1'504 fr. 65 (débours et TVA compris) compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs.

Cette indemnité est partiellement couverte par les dépens à hauteur de 752 fr. 30, de sorte que le solde de 752 fr. 35 est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC et 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 21 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à hauteur de 200 fr. (deux cents francs) à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et laissés pour 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Etat.
- IV. L'intimé versera au recourant la somme de 752 fr. 30 (sept cent cinquante-deux francs et trente centimes) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à

752 fr. 35 (sept cent cinquante-deux francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour le recourant),
- 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 :