

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Gabellon, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. **a)** X._____, né en [...], travaillait depuis le 5 décembre 2005 en qualité d'aide-étancheur auprès de l'entreprise E._____. Le 3 novembre 2006, alors qu'il montait sur une échelle en portant une soudeuse, cette dernière a glissé. Déséquilibré, l'assuré a été entraîné en arrière pour finalement heurter le sol avec la tête de son épaule droite (cf. procès-verbal d'entretien du 28 février 2007 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]). Ce n'est que quelques jours plus tard qu'il a consulté le F._____ en raison de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite à l'effort, qui ont été soignées par un traitement conservateur, une incapacité totale de travail ayant au surplus été attestée. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule et de l'humérus droits pratiquée le 5 octobre 2007 a révélé une rupture complète avec rétraction de la longue portion bicipitale, une déchirure d'accompagnement du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur, ainsi qu'une tendinopathie du sous-scapulaire et du sus-épineux avec de fines déchirures, sans rupture. La CNA a pris le cas en charge.

Le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de tendinopathie rompue du sus-épineux, partiellement du sous-scapulaire et rompue du long chef du biceps droit (cf. rapport du 11 décembre 2007). Une infiltration cortisonique sous-acromiale effectuée le 16 octobre 2007 n'ayant eu aucun effet, il a pratiqué le 23 janvier 2008 une acromioplastie par arthrotomie de l'épaule droite, une révision de la coiffe des rotateurs droits, ainsi qu'une excision du restant du long chef du biceps droit (cf. rapport et protocole opératoire du 29 janvier 2008).

Le 18 avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon le questionnaire complété le 30 avril 2008 par l'employeur, l'assuré aurait touché dès le 1^{er} février 2008 un salaire mensuel de 4'957 fr. 85, servi 13 fois l'an.

Dans un rapport du 8 mai 2008 à l'OAI, le Dr L._____ a retenu les diagnostics de tendinopathie non rompue du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire droit, ainsi que d'ancienne rupture du long chef du biceps droit. Il a émis un pronostic favorable, précisant toutefois que l'assuré ne pourrait pas reprendre sa profession d'étancheur, celle-ci étant incompatible avec sa lésion de l'épaule droite.

Dans un rapport du 17 juin 2008 à l'OAI, le Dr S._____, alors médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité totale de travail dès le 2 octobre 2007 et mentionné qu'il pouvait probablement travailler à 100 % dans un travail adapté.

Par rapport du 6 août 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics de rupture de la coiffe des rotateurs avec lésion du bourrelet glénoïdien et tendinopathie sous-scapulaire et sus-épineuse, de déchirure du long chef du biceps, ainsi que de conflit sous-acromial. Il a notamment constaté une limitation modérée de la mobilité, des douleurs à la palpation de la région de la coracoïde à droite et une diminution de la force à droite. D'un point de vue assécurologique, le Dr M._____ a conclu à une situation pratiquement stabilisée, tout en considérant qu'il se justifiait de prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie pendant deux ans sur prescription médicale. La capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle. Une activité adaptée, soit se faisant sans effort particulier ou répétitif des membres supérieurs, avec un port de charges limité à 10 kg, exceptionnellement à 15 kg, dans un secteur en dessous de l'horizontale, pourrait être réalisée sans limitation ni de temps ni de rentabilité.

Par avis médical du 3 septembre 2008, le Dr TT._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est référé au rapport du Dr M._____, et a retenu comme atteinte principale des séquelles fonctionnelles sur status après rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes :

« Port de charges > 10 kg répété, activités de force MS [membres supérieurs], travaux au-dessus de l'horizontal MS, mouvements répétés de rotation interne/externe MSD [membre supérieur droit], travaux en flexion/extension maximal de la tête. »

Dans un rapport du 7 octobre 2008 à la CNA, le Dr L._____ a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était totale.

Le 12 décembre 2008, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2009, tout en continuant à prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie.

Le 17 décembre 2008, le Dr L._____ a communiqué à la CNA qu'il n'avait plus de traitement à proposer et que le cas devait être considéré comme stabilisé.

Par décision sur opposition du 8 juillet 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % dès le 1^{er} février 2009, en considérant qu'il était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée, dont le revenu, comparé au gain de valide, mettait en évidence une perte économique de l'ordre de 16 %.

Par décision du 10 novembre 2009, confirmant un projet du 14 juillet 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en appliquant un taux d'abattement de 10 %, il a retenu que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'250 fr. 50. Il ressortait de la comparaison avec le revenu que l'intéressé aurait pu obtenir sans invalidité, soit 64'452 fr. 05, une perte de gain correspondant

à un taux d'invalidité de 14.3 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Du 29 novembre au 23 décembre 2010, l'assuré a effectué un stage auprès de la Fondation I._____. Les responsables ont relevé que malgré la motivation de l'intéressé, l'activité avait accentué ses douleurs et affaibli son moral. Il avait notamment dû diminuer son temps de travail à 50 %, avec un rendement diminué de moitié. Une activité professionnelle dans l'économie réelle semblait comporter trop de difficultés physiques. Au vu du problème de santé non réglé de l'assuré, il avait été mis fin au projet de réinsertion professionnelle (cf. rapport final du 23 décembre 2010).

b) L'assuré, désormais représenté par Me Laurent Damond, a recouru contre la décision du 10 novembre 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le recours a été rejeté par arrêt du 27 décembre 2011 (cause AI 585/09 - 4/2012). La Cour a en particulier retenu que l'appréciation du Dr M._____ - sur laquelle l'intimé s'était pour l'essentiel fondé pour considérer que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée - était convaincante et qu'aucun motif ne permettait de la remettre en cause (cf. consid. 3 de l'arrêt). Cet arrêt est entré en force.

B. Dans l'intervalle, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 1^{er} mars 2011. Dans ce cadre, il a produit un rapport du 23 avril 2011 que lui avait adressé le Dr V._____, nouveau médecin généraliste traitant, retenant les diagnostics suivants :

« Ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire) avec rupture long chef biceps droite suite à chute 11.2006 puis un écrasement en 9.2007 ; status après acromioplastie avec révision tendineuse le 23.1.2008 (Dr L._____) et arthropathie acromio-claviculaire droite résiduelle
Arthropathie acromio-claviculaire gauche
Discopathie D9-D10 avec irritation racine D9 gauche et dysesthésie épigastrique douloureuse (IRM 1.4.2010)
Lombo-sciatalgie chronique récidivante sur spondylarthrose L3-S1 avec irritation racine L5-S1 gauche (IRM 1.4.2011)

Cervicarthrose C5-C6
Trouble anxieux avec attaque de panique
Trouble dépressif d'intensité modérée à sévère

Sans répercussion sur la capacité de travail :

Syndrome métabolique avec obésité de stade 1, HTA [hypertension artérielle], dyslipidémie
Goutte avec 3 crises au niveau 1^{er} orteil pied gauche en été-automne 2009
Dyspepsie multifactorielle
Colopathie fonctionnelle
Oppression thoracique récidivante. »

Le Dr V._____ a fait état de douleurs cervicales et lombaires pour lesquelles le patient allait être dirigé vers une prise en charge multidisciplinaire dans le Centre d'antalgie du F._____. Il présentait également des douleurs abdominales récidivantes. Une symptomatologie anxieuse et dépressive s'était en outre progressivement développée. Le Dr V._____ a estimé que l'incapacité de travail était totale, ce qui semblait être étayé par les mesures de réinsertion auxquelles le patient avait participé. Le pronostic était fort réservé.

Le 30 juin 2011, la Dresse G._____, rhumatologue, a transmis à l'OAI le rapport du 18 février 2011 qu'elle avait adressé au Dr V._____, dans lequel elle retenait des douleurs chroniques aux épaules, des dysesthésies dorsales en hémi-ceinture à gauche possiblement secondaires à une discopathie D9-D10 avec irritation de la racine D9 gauche, des lombalgies chroniques non spécifiques et une goutte traitée. Elle relevait que sur le plan professionnel, l'assuré ne pouvait pas lever les bras au-delà de 90° en raison de la problématique des épaules. En rapport avec les lombalgies chroniques, il ne pouvait pas effectuer des travaux en flexion-extension, en rotation ou inclinaison du tronc, ni porter des charges lourdes, ni légères de manière répétée. Une alternation des positions assise et debout était recommandée.

Dans un rapport du 26 août 2011 à l'OAI, le Prof. P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au F._____, a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe gauche et arthropathie acromio-claviculaire, ainsi que de status après acromioplastie droite et résection de la portion intra-articulaire du

long biceps en 2008. L'assuré avait consulté en mai 2011 en raison de douleurs à l'épaule gauche survenues à la suite d'une chute, et avait bénéficié d'une infiltration sélective en juillet 2011. Le Prof. P._____ a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé.

Dans un rapport du 22 septembre 2011 à l'OAI, le Dr C._____, psychiatre, et la psychologue Q._____, du D._____, ont indiqué suivre l'assuré depuis le 27 avril 2011. Ils ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis 2009, lequel entraînait une incapacité totale de travail. Les restrictions psychiques consistaient en des symptômes dépressifs (tristesse, fatigabilité, retrait social, irritabilité, difficulté de concentration, idées suicidaires) et des attaques de panique avec symptômes neurovégétatifs. Une discrète amélioration pouvait être espérée grâce aux traitements médicamenteux et psychothérapeutique, dans un délai de six mois à une année, avec une reprise d'une activité entre 20 % et 50 %. Une véritable stabilisation et une capacité de travail globale semblait difficile à atteindre étant donné que la symptomatologie psychique dépendait des problèmes physiques, pour lesquels le pronostic était réservé.

Le 22 novembre 2011, le Dr P._____ a informé l'OAI que l'infiltration sélective réalisée à l'épaule gauche en juillet 2011 avait entraîné un soulagement significatif et qu'il n'y avait pas de traitement en cours.

A la suite de l'avis médical du 13 décembre 2011 du Dr H._____ du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire avec volets psychiatrique et rhumatologique.

Le Dr Z._____, psychiatre, s'est ainsi entretenu avec l'assuré le 13 mars 2012. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2012, il a posé le diagnostic de dysthymie et retenu une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitations fonctionnelles. Il a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Assuré de [...] ans, sans antécédents médicaux significatifs antérieurement à 2008, en Suisse depuis 2003, ayant travaillé d'octobre 2003 à janvier 2008 comme maçon, au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 23 janvier 2008, ayant déposé une première demande de prestations AI en date du 18 avril 2008, aboutissant à un refus de prestations confirmé par un arrêt du Tribunal des Assurances sociales en date du 27 décembre 2011, ayant émargé au chômage de l'automne 2010 à mars 2011, bénéficiaire des subsides de l'aide sociale depuis mars 2011, ayant déposé une seconde demande de prestations AI pour aggravation et apparitions de cervicalgies et dorsalgies.

L'examen psychiatrique du 13 mars 2012 met en évidence :

- les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnétique, sans troubles de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte de l'estime de lui-même, sommeil globalement médiocre, perturbé par des retards d'endormissement et des réveils itératifs, appétit conservé.

Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 70 % du temps, des moments où il s'isole, à raison de 30 % du temps, des moments où il sort se promener et va rencontrer ses amis.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré ;

- une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic incapacitant ;
- une absence de signe Doride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité ;
- l'existence d'un tableau algique, sans grande intensité et détresse.

L'existence d'un tableau algique pourrait faire évoquer un hypothétique trouble somatoforme mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité psychiatrique et de repli social, ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Nous avons pris bonne note du rapport médical, en date du 22 septembre 2011, sous la signature du Dr C._____, psychiatre à [...], qui propose un diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11. Ce rapport motive nos réflexions suivantes :

- l'assuré précise ne jamais avoir rencontré le Dr C._____ et n'être en relation qu'exclusivement avec la psychologue

- déléguée, ce qui ne rend pas tout à fait crédible la mise en place d'un traitement psychiatrique intégré,
- l'existence d'une symptomatologie anxio-dépressive semble essentiellement réactionnelle à la fin des droits au chômage, sans valeur incapacitante de longue durée. L'assuré précise une amélioration de la symptomatologie initiale, plus perceptible à l'automne 2011,
 - pour ce qui concerne les attaques de panique, malgré un interrogatoire précis dans ce sens, nous n'avons pas retrouvé les critères-symptômes CIM-10 permettant d'envisager ce diagnostic et surtout, nous n'avons pas d'élément pour qualifier la fréquence des hypothétiques attaques, ni dans notre anamnèse, ni dans le rapport médical du psychiatre traitant, afin de permettre, selon les critères CIM-10, d'envisager l'intensité de ce tableau symptomatique.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 13 mars 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

Le Dr N._____, rhumatologue, a quant à lui examiné l'assuré le 9 mai 2012. Dans son rapport d'expertise du même jour, il a posé les diagnostics suivants :

- « Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :
- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent
 - o diminution du seuil de tolérance à la douleur
 - Lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - o discopathie L4-S1 stable
 - o péri-arthropathie de hanche d'accompagnement
 - Cervico-brachialgies récurrentes
 - o discopathie C5-C6 et C6-C7 mineures
 - Omalgies bilatérales récurrentes
 - o status post acromioplastie par arthrotomie et résection de la portion intra-articulaire du long chef du biceps le 23.01.2008
 - o status post rupture complète du long chef du biceps
 - o omalgies D [droites] post traumatiques en novembre 2006
 - o status post omalgies G [gauche] post traumatisme en novembre 2010
 - o arthropathie acromio-claviculaire au décours

- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :
- Goutte non tophacée et stable sous traitement depuis 2009
 - HTA et hypercholestérolémie stabilisées sous traitement

- Status post opération du genou D en 1997 (rupture du LCA [ligament croisé antérieur]?)
- Opération œil D (synéchie?) en 2012

Le Dr N. _____ a notamment relevé ce qui suit :

« Nous sommes confrontés à un assuré de [...] ans, d'origine [...], veuf depuis 1991, en Suisse depuis 2003, ayant travaillé en Suisse comme viticulteur, puis comme maçon, puis comme étancheur depuis 2005. Cette activité est stoppée en novembre 2006 suite à un traumatisme ayant engendré une incapacité de travail de longue durée.

Du point de vue médical, il est connu pour une HTA, une hypercholestérolémie et une goutte non tophacée, actuellement stable sous traitement. Il signale depuis 2006, suite à une chute, des omalgies D pour lesquelles il bénéficie d'une acromioplastie et d'une résection de la portion intra-articulaire du long chef du biceps le 23.01.2008. L'évolution est caractérisée par une amélioration de la symptomatologie douloureuse à D mais exacerbation d'omalgies G suite à une chute en novembre 2010 et exacerbation de lombalgies basses. Elles ne répondent que partiellement à un traitement physiothérapeutique et antalgique. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'une dysthymie nécessitant une prise en charge psychothérapeutique depuis avril 2011.

Le status de ce jour met en évidence un syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des omalgies bilatérales, surtout à la palpation de la région antérieure et de moindre degré au niveau de l'acromio-claviculaire. Il n'y a, à mon avis, pas de signe parlant en faveur d'une tendinopathie ou d'une arthropathie acromio-claviculaire. La symptomatologie s'inscrit en effet en avant-plan d'un syndrome polyinsertionnel douloureux avec douleurs aux insertions tendineuses, tant au niveau cervical que lombaire et que des épaules. Il n'y a, à mon avis, pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, on note certes [des] discopathie[s] L5-S1, C5-C6 et C6-C7 qui restaient pour le moment mineures et peu significatives et compatibles avec l'évolution due à son âge, elles n'expliquent pas de loin l'ampleur de la symptomatologie douloureuse rachidienne. L'ultrasonographie des épaules est rassurante, il n'y a pas de signe de tendinopathie, de collection liquidienne intra-articulaire au niveau de la bourse. A noter que l'IRM ne mettait pas en évidence de conflit radiculaire tant au niveau dorsal que lombaire.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait bénéficier de la poursuite de la prise en charge physiothérapeutique et à sec, voire en piscine, avec mobilisation douce progressive et applications de jet-massages.

Du point de vue médicamenteux, la poursuite de la médication antalgique et anti-inflammatoire (qu'il prend cependant seulement en réserve) et myorelaxante est de mise. L'utilisation d'une ceinture lombaire lors de sursollicitations physiques ou lors de ports de charges ou de longs déplacements est également à conseiller.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son ancienne activité d'étancheur, sa capacité de travail est estimée à 50 % avec diminution de son rendement de 30 %.

Dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux, des ports de charge de plus de 5 à 10 kg, les longs trajets en véhicule et les mouvements au-dessus de l'horizontale répétitifs, ainsi que des mouvements d'extension de la nuque, sa capacité de travail est à mon avis totale.

Cette appréciation s'apparente à celle de la Dresse [...], elle se différencie de celle du Dr V._____, qui estime que l'incapacité de travail est totale.

D'un point de vue interdisciplinaire après discussion avec le Dr Z._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est de 50 % avec diminution de rendement de 30 % et dans une activité adaptée, totale.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

A notre avis, force est de constater, tel que discuté ci-dessus, la discordance entre l'impotence fonctionnelle, l'examen clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour et les plaintes de l'assuré.

A notre avis, le status post opératoire en août 2008 est excellent, il n'y a pas de signe d'arthropathie acromio-claviculaire actuellement, il n'y a pas de signe de tendinopathie, de rupture, même partielle. Les douleurs des épaules, des péri-hanches et des genoux ainsi que de la région cervico-brachiale sont à notre avis, imputables à des douleurs insertionnelles, à insérer dans le contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, le tout à insérer dans un contexte socio-professionnel et familiale chargé. Le bilan radiologique est rassurant, les lésions dégénératives sont compatibles avec l'évolution due à son âge. L'assuré est capable de monter et descendre deux étages d'escaliers, il ne présente pas d'amyotrophie, la trophicité musculaire est, au contraire, au-delà de la norme, il n'y a pas de signe d'atteinte inflammatoire, les amplitudes articulaires sont conservées. Il se meut et s'habille de manière fluide. »

A la suite de cette expertise, l'OAI a adressé le 27 septembre 2012 une décision à l'assuré, confirmant un projet du 3 août 2012, lui refusant le droit à une rente au motif que sa capacité de travail était toujours totale dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité était ainsi maintenu à 14.3 %.

C. Le 1^{er} mai 2014, par son conseil, l'assuré a annoncé déposer une troisième demande de prestations. Il a produit dans ce cadre les pièces suivantes :

- un certificat médical du 15 avril 2014 établi par le Dr V._____, attestant que son patient présentait une péjoration d'une

arthropathie acromio-claviculaire gauche malgré une intervention chirurgicale en mai 2013, ainsi qu'une nouvelle gonalgie droite à la suite d'une chute avec déchirure partielle du ligament latéral interne [en août 2013] ;

- un rapport du 17 juin 2014 du Dr V._____, retenant, outre les diagnostics déjà posés dans son rapport du 23 avril 2011, ceux d'arthropathie acromio-claviculaire gauche avec douleur persistante malgré une cure arthroscopique le 22 mai 2013 avec résection arthroscopique acromio-claviculaire et ténotomie du long biceps, ainsi que de gonalgie droite persistante sur déchirure partielle du ligament latéral médial après entorse accidentelle le 25 août 2013. Ces deux nouvelles problématiques péjoraient la mobilité de l'assuré dans son quotidien et dans toute activité professionnelle. La Fondation I._____ avait déjà conclu en 2010 que les ressources physiques étaient insuffisantes pour l'exercice d'une quelconque activité professionnelle. En outre, le patient présentait actuellement un état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère avec idéation suicidaire, aboulie, anhédonie, tristesse et recrudescence de symptômes anxieux ayant nécessité la reprise d'un traitement anti-dépresseur. Cette péjoration intervenait entre autres dans les suites du retour dans son pays d'origine de son amie avec qui il vivait en concubinage depuis plusieurs années. Au vu de la multiplicité des problèmes, l'incapacité de travail était totale dans toute activité et le pronostic était sombre.
- un rapport du 23 juin 2014 du Dr J._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant que le patient avait subi le 22 mai 2013 une résection partielle arthroscopique de clavicule gauche, une acromioplastie gauche et une ténotomie du long chef du biceps gauche (cf. protocole opératoire du 27 mai 2013), dont les suites n'avaient pas apporté le résultat escompté, le patient présentant toujours d'importantes douleurs et une impotence fonctionnelle à l'épaule gauche.

A la demande de l'OAI, l'assuré lui a formellement adressé le formulaire de demande de prestations le 14 janvier 2015.

Dans son rapport à l'OAI du 8 mars 2015, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'entorse du genou droit en août 2013 avec arthroscopie et méniscectomie le 30 octobre 2014, de gonalgies du genou gauche avec méniscopathie des cornes postérieures interne et externe, de status post-plastie du ligament croisé antérieur, de tendinopathie de la coiffe à droite, de lombosciatalgies chroniques, de cervicarthrose C5-C7, de syndrome d'apnée du sommeil non appareillée, ainsi que de goutte. Il a constaté qu'au niveau du genou droit, l'évolution était tout à fait favorable avec une diminution des douleurs. S'agissant du genou gauche, le traitement était conservateur avec physiothérapie, traitement antalgique et infiltration, l'évolution étant stationnaire. Le Dr K._____ a indiqué ne pas avoir délivré d'arrêt de travail.

Dans un rapport du 12 mars 2015 à l'OAI, le Dr V._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'omalgies bilatérales depuis 2006 à droite et 2011 à gauche, de gonalgies persistante à droite depuis août 2013, de cervico-dorso-lombalgies d'origine dégénérative, ainsi que de trouble anxio-dépressif. Au vu de l'évolution ces dernières années avec apparition de nouvelles complications rhumatologiques et dégradation globale, le pronostic était sombre et la capacité de travail nulle dans toute activité.

L'assuré a séjourné au Service [...] du F._____ du 22 juin au 10 juillet 2015. Dans un rapport du 20 juillet 2015 au Dr V._____, la Dresse BB._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics principaux de lombosciatalgies chroniques bilatérales dans le cadre de discopathies lombaires L3 à S1 avec irritation des racines L5-S1 gauches et discopathie D9-D10, de cervicalgies et omalgies bilatérales, de décompensation physique et focale globale, ainsi

que de troubles dysthymiques liés à la douleur chronique et la situation socio-familiale. L'évolution du patient était favorable.

Dans un rapport à l'OAI du 3 septembre 2015, le Dr U._____, psychiatre, et la psychologue Q._____, du D._____, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de modification durable de la personnalité sans précision. Ils ont constaté que la situation de l'assuré était demeurée globalement inchangée depuis le rapport du 22 septembre 2011. Ils espéraient une discrète amélioration sur le plan psychique à condition que la situation globale du patient s'améliore.

Par avis médical du 4 avril 2016, la Dresse R._____ du SMR a relevé que le patient présentait des nouvelles pathologies, soit une atteinte de l'épaule gauche et des deux genoux, qui s'ajoutaient à celles déjà connues. Son état s'était donc aggravé et n'était pas stabilisé. Sur le plan psychique, les psychiatres traitants constataient que la situation demeurait globalement inchangée depuis 2011, aspect qui avait déjà été pleinement investigué dans le cadre de l'expertise du 19 mars 2012, laquelle n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant.

Le 20 avril 2016, l'OAI a demandé un complément d'information au Dr K._____, qui y a répondu le 12 mai 2016 comme suit :

- « 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
Déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou D.
Gonalgies gauches sur probable déchirure méniscale interne.
2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?
Le dernier contrôle date du 31.08.2015 avec une évolution légèrement favorable, bien qu'il ressentait toujours des douleurs lors des mouvements de pivot et lors de la flexion des genoux en charge. On maintient une attitude conservatrice.
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?
Pas d'arrêt de travail délivré par mes soins depuis le 10 novembre 2014.
4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Cf. point 3.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Il est clair [que] les mouvements de pivot, le travail en terrain irrégulier ou la position accroupie, ainsi que la montée et descente des escaliers peuvent aggraver la symptomatologie douloureuse au niveau de ses genoux.

6. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Arrêt de travail à 100 % depuis le 30.10.2014. Reprise à 100 % le 10.11.2014.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Traitement antalgique délivré actuellement. Pas d'autres traitements pour l'instant. »

Egalement interpellés par l'OAI, le médecin et la psychologue du D. _____ ont apporté les réponses suivantes le 23 mai 2016 :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 : F33.11) ; Modification durable de la personnalité, sans précision (CIM-10 : F62.9).

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'évolution de l'état de santé du patient est stationnaire.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? La capacité de travail est nulle, depuis 2007.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Sur le plan psychique, M. X. _____ conserve actuellement une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, sa santé physique ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles évoquées dans notre précédent rapport, à savoir sur le plan psychique : symptômes dépressifs (tristesse, fatigabilité, irritabilité, ruminations anxieuses et difficulté de concentration) ainsi que des angoisses pouvant évoluer vers des attaques de panique.

6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

A 100 % depuis 2007.

Les certificats d'incapacité de travail sont établis par le Dr V. _____, médecin-traitant à [...].

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

M. X. _____ bénéficie actuellement d'un suivi de soutien psychologique auprès de notre Centre avec Mme Q. _____, psychologue-psychothérapeute FSP, à raison d'une séance de manière hebdomadaire. Il bénéficie également d'une prise en charge en ergothérapie ainsi que d'un suivi social assuré par une assistante sociale du D. _____. La médication somatique et psychiatrique est pour l'instant assurée par son médecin-traitant, le Dr V. _____, qui le suit depuis 2009. Le patient bénéficie d'un traitement antidépresseur de Venlafaxin 150 mg (1-0-0). »

Quant au Dr V._____, il a répondu à l'OAI le 9 juin 2016 ce qui suit :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Lombosciatalgies chroniques bilatérales dans le cadre d'une discopathie L3-S1 avec irritations des racines L5-S1 gauches et discopathie D9-D10, arthrose inflammatoire postérieure étagée (IRM 2.9.2015).

Cervicalgies et omalgies bilatérales sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec rupture du long chef du biceps avec status après acromioplastie et réparation du tendon en 2009, status après résection de la clavicule distale, acromioplastie et ténotomie du long chef du biceps gauche en 2013, cervicarthrose C5-C6.

Gonalgie droite persistante sur déchirure partielle du ligament latéral médial après entorse accidentelle le 25.08.13, gonalgie gauche.

Trouble anxio-dépressif réactionnel.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Depuis notre dernier rapport de mars 2015, l'évolution clinique reste peu satisfaisante et stationnaire. Il a bénéficié de 3 semaines d'hospitalisation dans le service de rhumatologie du F._____ en été 2015 et il est actuellement suivi pour la problématique lombaire par le Centre d'antalgie du F._____ où il a bénéficié de plusieurs infiltrations. Je vous laisse donc le soin de prendre contact avec ces 2 services spécialisés du F._____ qui suivent également ce patient. L'évolution algique reste globalement stationnaire malgré tous les traitements prescrits. Il est également suivi par le Dr K._____, orthopédiste à [...], pour les gonalgies bilatérales.

Sur le plan psychique, la situation reste superposable. Il est toujours suivi régulièrement au D._____ (Mme Q._____) avec également un suivi social et la mise en place d'une prise en charge ergothérapeutique. La médication psychotrope reste inchangée avec Venlafaxine 75mg 1 fois/jour.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La capacité de travail est nulle dans son activité habituelle de plafonnier et de travailleur de force comme attestée par l'expertise de la SUVA [CNA] en 2008. En lien avec les multiples problèmes rhumatologiques surajoutés et la fragilité psychique, la capacité de travail est nulle dans toute autre activité professionnelle depuis 2009.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Comme déjà précédemment cité, sa capacité de travail est également nulle dans une activité adaptée comme le confirment les différents stages qu'il a effectués, sans pouvoir les terminer, notamment à la Fondation FF._____ en 2010, via I._____ que vous aviez mandaté.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Cervico-dorso-lombalgies avec sciatalgie gauche, omalgies bilatérales et gonalgies bilatérales avec impossibilité de porter des

charges, de rester dans des positions statiques, de travailler avec les bras au-dessus de 90° d'abduction. En lien avec la problématique psychiatrique, difficultés d'adaptabilité, de concentration, d'organisation, de résistance au stress.

6. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Arrêt de travail à 100 % depuis le 1.1.2011.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Actuellement, ce patient bénéficie d'un suivi multidisciplinaire avec principalement un suivi généraliste mensuel, suivi rhumatologique/orthopédique, suivi au Centre d'antalgie du F._____, suivi psychiatrique, suivi social, suivi physiothérapeutique. [...]

Ce patient est adhérent aux différentes prises en charge et à la médication prescrite. »

Par avis du 11 juillet 2016, la Dresse R._____ du SMR a constaté que sur le plan psychiatrique, vu l'absence de modification depuis la deuxième demande de prestations, il y avait toujours lieu de suivre les conclusions de l'expertise du Dr Z._____, lequel ne retenait pas d'atteinte incapacitante. Sur le plan somatique, au vu de l'apparition de nouvelles atteintes et l'aggravation de l'atteinte rachidienne, elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Cet examen a eu lieu le 25 juillet 2016 au SMR. Dans un rapport du même jour, le Dr W._____, rhumatologue, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusions discales L4-5, L5-S1, troubles dégénératifs postérieurs étagés et troubles statiques, de douleurs des épaules dans un contexte de status post-acromioplastie, tendinopathie actuelle du supra-épineux gauche et du subscapulaire droit, ainsi que de périarthrite de la hanche gauche. Les diagnostics de cervicalgies communes non déficitaires, de goutte contrôlée sous traitement, et d'antécédents personnels de plastie du ligament croisé antérieur gauche et de déchirure partielle du ligament latéral interne du genou droit, n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-étancheur, mais entière dans une activité adaptée, depuis 2013. Le Dr W._____ a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« [...] L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle depuis son accident du 03.11.2006 [...].

M. X. _____ s'estime inchangé malgré les 2 interventions qu'il a eues, la 1^{ère} au niveau de l'épaule G en mai 2013, la 2^{ème}, une arthroscopie au niveau du genou D en octobre 2014.

M. X. _____ se plaint, en 1^{er} lieu, de rachialgies. Les douleurs sont diffuses, partent de la région lombaire basse, irradient de la jonction dorsolombaire et jusqu'au niveau cervicodorsal. Il n'y a pas de symptomatologie typique pour une sciatalgie. L'assuré explique que, s'il fait froid, il ressent une irradiation à la face postérieure du MIG [membre inférieur gauche] jusqu'au pied.

Au 2^{ème} plan, l'assuré décrit des douleurs des épaules tant antérieures que postérieures et des gonalgies internes.

Toutes les douleurs sont d'allure mécanique. L'assuré s'estime incapable de porter 9 kg (6 bouteilles d'eau), il peut monter 2 à 3 étages au maximum, il peut marcher une trentaine de minutes).

L'assuré prend quotidiennement un traitement antalgique simple à faible dose, ainsi qu'un anti-inflammatoire à dose modérée. Il garde un opiacé léger à faible dose 1 jour sur 2.

L'assuré n'a pas revu l'équipe du Prof. P. _____, qui a opéré son épaule en mai 2013. Il a vu le Dr K. _____, l'orthopédiste ayant opéré son genou D il y a 1 mois ; il n'a pas été retenu une nouvelle indication opératoire. L'assuré a encore de la physiothérapie 1 à 2 fois par semaine.

Le descriptif de la vie quotidienne montre que l'assuré conserve des ressources physiques pour des activités physiquement légères. Il n'y a pas d'isolement social.

L'examen clinique montre un homme de [...] ans, en BEG, avec un surplus pondéral ou l'équivalent d'une obésité de classe II. La TA [tension artérielle] reste élevée à 170/100 mmHg, sous traitement de Meto Zeroke. Il n'y a pas de signes d'insuffisance cardiaque. Nous avons conseillé à M. X. _____ de faire contrôler sa TA chez le Dr V. _____.

L'examen neurologique exclut une atteinte en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. L'assuré a des troubles sensitifs non systématisables au MIG. Nous n'avons pas de sciatalgies irritatives ; un doute sur une éventuelle sciatalgie irritative G, en position couchée, est levé avec l'absence de reproductibilité en station assise.

L'examen des épaules montre une légère diminution de la trophicité du supra-épineux G, les cicatrices postopératoires sont calmes, l'assuré conserve une bonne musculature au niveau des bras, nous constatons une rupture du long chef du biceps D, qui est ancienne. L'assuré est capable d'amener ses bras à 160° d'abduction ; il existe vraisemblablement une tendinopathie du supra-épineux G et du subscapulaire D (douleurs au testing musculaire et à l'insertion tendineuse sur l'humérus) ; nous n'avons pas de conflit sous-acromial ; la mise sous tension de l'articulation acromioclaviculaire est indolore. Fonctionnellement, l'assuré utilise normalement ses mains lorsqu'il transmet des documents ; nous n'avons pas été frappés par une nette limitation des amplitudes des épaules lorsqu'il se déshabille ; spontanément, lors de l'entretien, l'assuré montre qu'il est capable de monter à 90° d'abduction.

Aux MI, il existe une périarthrite de hanche à G (douleurs à la mobilisation de la hanche G, douleurs à la palpation rétrotrochantérienne et douleurs lors des rotations contrariées). L'examen de la hanche n'oriente pas vers une coxarthrose.

La mobilité des genoux est complète, déclenche une douleur lombaire, mais pas de douleur des genoux. Nous n'avons pas d'instabilité ligamentaire, la mise sous tension du ligament latéral interne est douloureuse du côté D, lieu où se situe l'ancienne entorse ; les ligaments croisés sont compétents (plastie du LCA G il y a 20 ans). Il n'y a pas de blocage aux tests méniscaux. L'assuré a une douleur à la palpation du compartiment interne D, les douleurs sont diffuses à G. Fonctionnellement, M. X. _____ marche avec une vitesse normale à plat, nous constatons une légère boiterie G, il est capable de s'accroupir à 50 %.

Au niveau du rachis, nous avons de légers troubles statiques, avec une diminution de la cyphose dorsale, une augmentation de la lordose lombaire, un relâchement de la sangle abdominale. L'assuré n'a pas d'attitude antalgique.

La mobilité cervicale est dans la limite des normes, l'assuré ressent des douleurs en fin de course en rotation G. Il a une douleur à la palpation cervicale moyenne D, sans contracture. Les mouvements automatiques de la nuque sont normaux. Nous excluons un syndrome rachidien cervical.

La mobilité lombaire est complète en flexion, elle est limitée de moitié en extension, l'assuré a davantage de douleurs en extension, faisant évoquer une surcharge des articulaires postérieures. La palpation est diffusément douloureuse sur tout le rachis dorsolombaire, sans contracture. Les transferts assis-debout sont légèrement ralentis, les transferts couché-assis sont ralentis. Globalement, nous excluons un syndrome rachidien lombaire, s'appuyant sur une mobilité complète en flexion, sur l'absence de contracture paravertébrale et sur la présence de douleurs diffuses. Le score de Waddell est positif à la recherche de signes comportementaux.

En comparant notre examen clinique avec celui du Dr N. _____ de mai 2012, nous avons une meilleure mobilité du rachis cervical et du rachis lombaire en flexion ; nous avons des signes de tendinite à l'examen des épaules, que n'avait pas le Dr N. _____, la mobilité est légèrement moins bonne ; nous avons une moins bonne mobilité au niveau des hanches, avec des signes de périarthrite à G ; nous avons une meilleure mobilité au niveau des genoux ; nous retrouvons les signes de non organicité selon Waddell ; nous n'avons pas de points de Smythe pour une fibromyalgie (16/18 en 2012).

Une IRM dorsolombaire réalisée en avril 2010 permet d'exclure des éléments de gravité, il n'y a notamment pas de hernie discale, pas de tassements vertébraux, il existe des troubles dégénératifs de degré léger au niveau discal et articulaire postérieur.

Dans son courrier du 09.06.2016, le Dr V. _____ mentionne, sur l'IRM du 02.09.2015, une discopathie L3 à S1, avec des irritations des racines L5-S1 et une discopathie D9-10, avec une arthrose inflammatoire postérieure étagée. Cette IRM n'est pas à disposition lors de l'examen de ce jour. Nous avons vu que, cliniquement, il n'y a pas de déficit ou d'irritation L5-S1 G, l'assuré n'a par ailleurs pas de douleurs d'allure inflammatoire.

Les RX [radiographies] de la nuque, effectuées en mai 2012, montrent une discopathie débutante en C5-6 et une discopathie un peu plus marquée en C6-7, avec un pincement modéré.

Nous considérons que la corrélation entre les documents radiologiques du rachis et les plaintes de l'assuré, ou encore l'examen clinique, est faible.

Une IRM du genou D, réalisée en novembre 2013, est rassurante et montre une légère inflammation au niveau du ligament latéral interne, compatible avec une entorse récente. Il n'y a pas de gonarthrose marquée et nous voyons une légère diminution de la hauteur du cartilage fémoral interne. C'est ce que montrent également les RX d'août 2013, qui montrent un léger pincement du compartiment interne parlant pour une gonarthrose débutante. Nous n'avons pas de clichés récents des épaules. Les clichés d'octobre 2007 de l'épaule D montrent une arthrose acromioclaviculaire.

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire, hanche G : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg. Pas de marche sans s'arrêter au-delà de 1 km, pas de montée-descente répétée d'escaliers.

Épaules : pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, port de charges cf. celui retenu pour le dos, pas de soulèvement de charges le bras en abduction, de plus de 3 kg.

L'examen des genoux ne justifie pas de LF [limitations fonctionnelles] durables.

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

De son côté, l'assuré annonce ne plus travailler depuis l'accident de novembre 2006.

D'un autre côté, les avis médicaux concernant l'IT [incapacité de travail] durable sont multiples. Le Dr N. _____ met en avant que l'assuré, de 2008 à 2010, a bénéficié des prestations de l'assurance chômage à 100 %, ce qui suppose une CT [capacité de travail] de 100 % jusqu'en décembre 2010. Le Dr N. _____ retient que, depuis décembre 2010, l'assuré a une recrudescence des lombalgies et d'omalgies, dans les suites d'une chute sur l'épaule. Il est d'avis qu'en mars 2011, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée. Le Dr N. _____ ne se prononce pas clairement sur la durée de l'IT durable.

Dans sa réponse du 09.06.2016, le Dr V. _____, MT [médecin traitant], retient une IT prolongée depuis le 01.01.2011.

En faisant la part des choses, étant donné que le Dr N. _____ a retenu une IT partielle dans l'activité habituelle d'aide-étancheur et qu'en octobre 2010, l'assuré était toujours pris en charge par le chômage, nous considérons qu'il existe une IT durable depuis le 01.01.2011.

Dans son expertise réalisée en mai 2012, le Dr N. _____ retient une CT de 65 % dans l'activité habituelle, il ne précise pas depuis quand. Nous ne pouvons pas, 4 ans plus tard, le préciser.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

En comparant l'expertise du Dr N. _____ avec les éléments actuels, nous concluons à une légère péjoration de l'état de santé et une IT totale dans l'activité habituelle d'aide-étancheur depuis le 25.05.2013, date de l'intervention réalisée au niveau de l'épaule G. Si l'assuré n'a plus de conflit sous-acromial, il persiste actuellement des signes pour des tendinopathies du supra-épineux, rendant

improbable la reprise d'une activité physiquement très contraignante.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire, des épaules et de la hanche G aux contraintes mécaniques.

Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité complète à distance de l'intervention de l'épaule G. En prenant large, nous retenons 3 mois postopératoires à partir de l'intervention de l'épaule, cela nous amène à début septembre 2013.

Le 25.08.2013, l'assuré a une entorse du genou D, traitée initialement de façon conservatrice. Nous retenons une IT supplémentaire de 4 semaines après l'entorse du 25.08.2013, c'est-à-dire jusqu'à début octobre 2013. A partir de début octobre, il est exigible que l'assuré reprenne une activité adaptée, si nécessaire avec le port d'une attelle au genou D ; il s'agit d'une entorse de gravité modérée, banale.

Ultérieurement IT limitée dans le temps dans toute activité du 30.10 au 10.11.2014, cf. certificat du Dr K._____.

Les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sont très faibles, étant donné la durée de non emploi, du ressenti douloureux marqué de l'assuré, du faible niveau de formation professionnelle.

Date du début de l'aptitude à suivre/à s'investir [dans] une mesure de réadaptation : octobre 2013. »

Par avis médical du 25 août 2016, la Dresse R._____ du SMR a relevé que depuis la précédente demande de prestations, l'état de santé de l'assuré s'était légèrement péjoré sur le plan rhumatologique. L'exigibilité restait entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr W._____. Sur le plan psychiatrique, la situation demeurait inchangée depuis 2011.

Par projet de décision du 3 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 100 %, de sorte que le degré d'invalidité était maintenu à 14.3 %, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente.

Le 12 mai 2017, par son conseil, l'assuré s'est opposé à ce projet, soutenant qu'il était contradictoire que son taux d'invalidité soit maintenu à 14.3 %, alors qu'il était attesté que son état s'était péjoré au plan rhumatologique. En outre, le SMR avait relevé une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par avis médical du 11 décembre 2017, la Dresse R. _____ du SMR a indiqué qu'une légère aggravation de l'état de santé avait été admise sur le plan somatique, mais qu'il n'y avait pour autant pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, c'était le psychiatre traitant qui avait conclu à une capacité de travail de 50 %, en ajoutant que la situation demeurait inchangée depuis 2011. Or, l'expertise du Dr Z. _____ du 19 mars 2012 n'avait pas retenu d'incapacité. Il n'y avait pas de nouvel élément médical propre à modifier ce constat, de sorte qu'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique n'avait pas lieu d'être.

Par décision du 29 janvier 2018, l'OAI a confirmé le refus de rente, en corrigeant toutefois le taux d'invalidité, diminué à 12.3 %. Dans un courrier du même jour, il a expliqué que l'exigibilité restait complète dans une activité adaptée, et que la situation psychiatrique était demeurée inchangée depuis 2011. Il a ajouté que sur le plan économique, il avait indexé les salaires sans et avec invalidité de 2008 à 2017, ceux-ci se montant désormais à respectivement 69'789 fr. 09 (selon le rapport de l'employeur du 30 avril 2008) et 60'890 fr. 64 (selon les données de l'ESS). Il ressortait de la comparaison de ces revenus un préjudice de 12.3 %, n'ouvrant toujours pas le droit à des prestations.

D. Par acte du 5 mars 2018, X. _____, toujours représenté par Me Damond, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que le Dr L. _____ avait fait état d'une évolution défavorable, que beaucoup de postes ne permettaient pas une activité à temps partiel et que le travail au-dessus des épaules n'avait pas été examiné. En outre, il était contradictoire que son taux d'invalidité demeure de 14.3 % [recte : 12.3 %] alors qu'il était attesté que son état s'était péjoré au plan rhumatologique. Celui-ci n'était de plus pas stabilisé. Enfin, le recourant a déploré l'absence d'expertise au plan psychiatrique, alors qu'il présentait une capacité de travail de 50 % sur ce plan selon le SMR. A titre de

mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire intégrant un volet psychiatrique.

Dans sa réponse du 3 mai 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (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 et 125 V 413 consid. 2c).

b) La question litigieuse est celle de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 14 janvier 2015.

Il convient par conséquent d'examiner si les circonstances se sont notablement modifiées entre la décision de refus de prestations du 27 septembre 2012 – savoir 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 attaquée.

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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

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

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision 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 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, 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 (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une

situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). 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).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré de janvier 2015 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 27 septembre 2012 – et la décision litigieuse du 29 janvier 2018, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

On rappellera que la décision initiale de refus de prestations du 10 novembre 2009, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 27 décembre 2011, se fondait pour l'essentiel sur les conclusions du Dr M._____, une pleine capacité de travail ayant été retenue dans une activité adaptée. A l'époque, l'assuré présentait des atteintes au niveau de l'épaule droite.

La deuxième demande de prestations a quant à elle été motivée par l'apparition de troubles au niveau de l'épaule gauche, de douleurs cervicales et lombaires, ainsi que de troubles sur le plan psychiatrique. Au vu des atteintes présentées, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès des Drs Z._____ et N._____ en 2012.

Dans le cadre de sa troisième demande, le recourant a fait valoir pour l'essentiel une aggravation de l'atteinte rachidienne et des troubles au niveau de l'épaule gauche, ainsi que l'apparition de gonalgies à droite et à gauche. En outre, il a soutenu que son état de santé au plan psychiatrique s'était péjoré, avec une capacité de travail de 50 % retenue par le SMR.

a) Sur le plan psychiatrique, le Dr Z._____ avait retenu dans son rapport d'expertise du 19 mars 2012 que le recourant présentait une dysthymie, laquelle n'avait aucun effet sur la capacité de travail, celle-ci demeurant entière dans toute activité. Cette expertise, faisant suite à un entretien avec l'assuré, et comportant notamment une anamnèse détaillée, une appréciation claire de la situation médicale et des conclusions bien motivées, remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Depuis cette expertise, l'état de santé psychique de l'assuré ne s'est pas péjoré de manière à modifier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, l'aggravation relevée par le Dr V._____ dans son rapport du 17 juin 2014 n'est pas confirmée par les spécialistes. Dans leur rapport du 3 septembre 2015, le Dr U._____ et la psychologue Q._____ du D._____ ont au contraire constaté que la situation de l'assuré était demeurée globalement inchangée depuis leur rapport du 22 septembre 2011. Par la suite, ils ont répété que l'évolution de l'état de santé du patient était stationnaire (cf. rapport du 23 mai 2016). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de remettre en question les conclusions posées par le Dr Z._____. Certes, le médecin et la psychologue du D._____ n'ont pas retenu la même capacité de travail que l'expert, estimant celle-ci à 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 mai 2016), après avoir retenu une incapacité de travail totale (cf. rapport du 22 septembre 2011). Toutefois, il s'agit là d'une appréciation différente d'une même situation, au demeurant émise par le psychiatre et la psychologue traitants. Ceux-ci n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de cette dernière. Contrairement à ce que soutient le recourant, le SMR n'a pas retenu une capacité de travail de 50 % dans son avis du 11 juillet 2016. Il a à cet égard seulement résumé le rapport du 23 mai 2016 du D._____, avant de conclure qu'il n'y avait pas de modification de l'état psychiatrique depuis la deuxième demande, de sorte que les conclusions du Dr Z._____ devaient toujours être suivies. Le recourant ne peut donc se prévaloir d'une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique. Celle-ci demeure entière au vu de l'absence de péjoration depuis le rapport d'expertise.

L'état de l'assuré étant stabilisé, l'intimé n'avait pour le surplus pas à mettre en œuvre d'autres examens sur ce plan. Un complément d'expertise en rapport avec la nouvelle jurisprudence concernant les maladies psychiatriques s'avère également superflu, dès lors que l'expertise dispose d'une pleine valeur probante et que les appréciations médicales contradictoires ont été écartées (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 143 V 418 consid. 7.1).

b) Au plan somatique, l'intimé a complété l'instruction par la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, qui a été réalisé par le Dr W._____. Dans son rapport du 25 juillet 2016, ce spécialiste a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusions discales L4-5, L5-S1, de troubles dégénératifs postérieurs étagés et troubles statiques, de douleurs des épaules dans un contexte de status post-acromioplastie, tendinopathie actuelle du supra-épineux gauche et du subscapulaire droit, ainsi que de périarthrite de la hanche gauche. Ce rapport fait suite à un examen complet de l'assuré et de son dossier, et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Le Dr W._____ a relevé les plaintes de l'intéressé et les a prises en compte. Pour le surplus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Le spécialiste a en particulier détaillé ses observations pour chacune des atteintes présentées par le recourant. Il a constaté que l'assuré présentait une légère péjoration de son état de santé par rapport à l'expertise du 9 mai 2012 du Dr N._____, en particulier s'agissant des tendinopathies du supra-épineux gauche. Ceci entraînait toujours une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-étancheur, cette capacité demeurant encore entière dans une activité adaptée. Cette appréciation s'oppose à celle du Dr V._____, lequel a attesté, déjà en 2011, une incapacité totale de travail dans toute activité. Toutefois, outre le fait que les conclusions du médecin traitant n'avaient déjà pas été retenues à l'époque par le Dr N._____, le Dr V._____ motive une telle incapacité non seulement au vu des atteintes somatiques du recourant, mais également en raison de celles présentes au plan psychique. Or, sur le

plan strictement somatique, le Dr W._____ a discuté de l'ensemble des atteintes du recourant mises en évidence par le Dr V._____ et en a même relevé une nouvelle au niveau de la hanche gauche. Pour chacun des troubles, il a pris soin de lister les limitations fonctionnelles qu'ils entraînaient, soit, concernant le rachis et la hanche gauche, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 1 km, pas de montée-descente répétée d'escaliers. S'agissant spécifiquement des épaules, le Dr W._____ a relevé que l'assuré ne pouvait en outre pas effectuer de travail prolongé au-delà de l'horizontale, ni de soulèvement de charges le bras en abduction de plus de 3 kg. Par ailleurs, concernant les nouvelles atteintes aux genoux décrites par les Drs V._____ et K._____, le Dr W._____ a expliqué qu'elles n'avaient aucun effet durable sur la capacité de travail, et mentionné uniquement des périodes d'incapacité de travail de quelques semaines dans les suites de l'entorse du genou droit en août 2013 et de la ménisectomie en octobre 2014. Cette appréciation correspond à celle du Dr K._____, lequel a indiqué ne pas avoir délivré d'arrêt de travail en dehors de la période du 30 octobre au 10 novembre 2014. En définitive, le Dr W._____ a dûment pris en considération dans son appréciation toutes les atteintes du recourant, avant de constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ses conclusions sont bien motivées. Cette expertise remplit ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La Dresse R._____ du SMR en a au demeurant confirmé les conclusions (cf. avis médicaux des 25 août 2016 et 11 décembre 2017).

Le Dr V._____ fait état du déroulement du stage effectué par l'assuré en 2010 auprès de la Fondation I._____ pour appuyer l'incapacité totale de travail dans toute activité qu'il atteste. Cependant, ceci ne démontre aucunement une péjoration de l'état de l'assuré survenue depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force, laquelle date de 2012. Au demeurant, il sied de rappeler que les données médicales permettent d'une manière générale une appréciation

objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 3.2 et 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 avec les références citées). En définitive, les conclusions du Dr V. _____ ne sont pas de nature à remettre en question l'appréciation du Dr W. _____, d'autant plus que ce dernier est un spécialiste.

Le recourant se prévaut des observations du Dr L. _____, lequel aurait fait état d'une évolution défavorable. Toutefois, même si celui-ci a indiqué que l'assuré ne pourrait pas reprendre sa profession d'étancheur (cf. rapport du 8 mai 2008), il a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée était totale (cf. rapport du 7 octobre 2008). Ses conclusions rejoignent ainsi entièrement celles du Dr W. _____, dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

L'assuré reproche encore à l'intimé de ne pas avoir examiné les limitations en relation avec le travail au-dessus des épaules. L'OAI a cependant bien pris en compte les atteintes à ce niveau, puisqu'il a retenu au titre de limitations fonctionnelles celles décrites par le Dr W. _____, soit que l'activité à exercer ne devait pas impliquer de travail prolongé avec les bras au-delà de l'horizontale, ni de soulèvement de charges le bras en abduction de plus de 3 kg, ni de port de charges répété au-delà de 5 kg et occasionnel jusqu'à 10 kg. On relèvera ici que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux pathologies du recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Quant à l'argument du recourant selon lequel beaucoup de postes de travail ne permettraient pas d'effectuer un temps partiel, il sied de relever qu'il n'y a pas d'élément propre à établir que seule une activité à temps partiel lui

serait accessible. Au contraire, les Drs Z._____ et W._____ ont retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le fait que l'état de l'assuré ne serait pas stabilisé ne constitue pas en assurance-invalidité un élément justifiant de surseoir à statuer. Quoi qu'il en soit, dans l'éventualité où l'état du recourant devait continuer à se péjorer, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

6. Enfin, le recourant voit une contradiction dans le fait que le Dr W._____ a constaté une péjoration de son état rhumatologique, alors que son degré d'invalidité était demeuré identique [recte : a diminué par rapport] à celui retenu à l'issue de l'instruction de sa deuxième demande de prestations.

a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une

telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge ou le handicap. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, l'état de santé du recourant s'est certes péjoré sur le plan somatique, mais une activité à plein temps demeure accessible. Les limitations fonctionnelles qu'il présente sont toutefois désormais plus étendues.

Dans la décision litigieuse, l'OAI a fixé le revenu que le recourant aurait pu obtenir sans invalidité sur la base des chiffres fournis par l'ancien employeur dans son rapport du 30 avril 2008, indexés à 2017, soit 69'789 fr. 09. S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est fondé sur les données de l'ESS de 2014, indexées à 2017, tout en opérant un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, et a abouti à un montant de 60'890 fr. 64. Selon l'OAI, il ressortait de la comparaison de ces revenus un préjudice de 12.3 %. Cependant, les revenus devaient être indexés jusqu'à l'année 2016 et non 2017, et ainsi être fixés à 69'303 fr. 97 pour le revenu sans invalidité et 67'185 fr. 97 pour celui avec invalidité. En outre, au vu de l'ampleur des limitations fonctionnelles désormais retenues, un abattement plus conséquent, de 15 %, aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidité, le portant à 57'108 fr. 07. Il résulte de la comparaison des revenus ainsi rectifiés un degré d'invalidité de 17.59 %, arrondi à 18 %, soit un taux toujours insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations. Ainsi, même si l'état de santé du

recourant s'est péjoré sur le plan somatique, l'intimé était fondé à lui refuser l'octroi de prestations.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

8. a) En définitive, 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 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 29 janvier 2018 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 la charge d'X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour X._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :