

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Feusi et Gabellon, assesseures
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Luisa Bottarelli,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 8 al. 1, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4, 17 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'installateur sanitaire, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 octobre 2006, en faisant état de séquelles d'une maladie de Scheuermann et d'une hernie discale L4-L5 et D12-L1.

Par avis du 9 novembre 2006, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de lombalgies et dorsalgies sur discopathie sévère multi-étagée et a indiqué, au vu des lésions révélées par l'imagerie radiologique, qu'un reclassement professionnel s'imposait dans une activité excluant le port de charges et les positions stationnaires prolongées. Ce médecin a joint un rapport d'IRM (imagerie par résonance médicale) lombaire du 29 août 2006, dans lequel le Dr M._____, spécialiste en radiologie, concluait comme suit :

« Séquelles d'une maladie de Scheuermann.
Effet de masse intra-canaire à la hauteur de D12-L1 de localisation paramédiane gauche appuyant fortement sur la partie antérieure gauche [du] fourreau dural et entrant en conflit avec la racine L1 gauche.
Ceci peut évoquer une composante herniaire avec œdème et un CT focalisé a été pratiqué par la suite.
Protrusion discale circonférentielle en L2-L3 sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines.
Hernie discale sous-ligamentaire en L4-L5 appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural, sans répercussion sur les racines.
Anomalie de fusion de la vertèbre L4 expliquant son aspect cunéiforme et déformé dans sa partie médiane.
Pas d'argument pour un canal lombaire étroit. »

Dans un rapport du 5 décembre 2006, le Dr B._____, médecin généraliste traitant de l'assuré depuis 2005, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans la profession d'installateur sanitaire exercée par son patient. Une autre activité était cependant exigible, sans diminution de rendement ni restriction d'horaire. Les limitations fonctionnelles consistaient dans l'impossibilité de rester plus de trente minutes d'affilée dans une même position, l'alternance des positions assis/debout et assis/debout/marche, pas de position à genoux ou accroupie, pas d'inclinaison du buste et pas d'environnement froid.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu un avis le 25 janvier 2007, dans lequel il a relevé que les avis du neurochirurgien et du médecin traitant convergeaient et admettaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail complète depuis le 12 septembre 2006 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position en porte-à-faux et oblique du tronc, possibilité de changer de position chaque heure, pas de travail en position à genou et pas de long déplacements.

Le 30 janvier 2007, un mandat de réadaptation a été établi, visant à déterminer si un poste adapté aux limitations fonctionnelles déterminées par le SMR pouvait être envisagé par des mesures d'ordres professionnelles. Dans le cadre de ce mandat, l'assuré a participé à l'atelier [...] proposé par le Y. _____ du 19 novembre 2007 au 24 février 2008. A l'issue de ce stage, le Y. _____ a indiqué que les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient compatibles avec une formation pratique comportant des modules de théorie. Il avait les aptitudes pour travailler sur ordinateur et apprendre à utiliser un logiciel de dessin assisté par ordinateur (cf. synthèse du rapport d'évaluation du 21 février 2008). Il a alors bénéficié d'une mesure de reclassement du 3 mars au 23 juillet 2008, prolongée ensuite jusqu'au 26 novembre 2008, afin de participer à une formation à l'utilisation des applications AutoCAD 2D et AutoCAD 3D puis bénéficier d'une aide à la recherche d'un emploi comprenant un stage en entreprise. L'assuré a ainsi obtenu le 16 avril 2008 le « Certificate of Completion » pour la formation de base et avancée AutoCAD 2D et le 27 août 2008 celui de la formation AutoCAD 3D.

Selon le rapport de réadaptation professionnelle établi le 28 novembre 2008, la formation s'était terminée avec succès. Considérant qu'elle permettrait à l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail dans une activité, le mandat de réadaptation était clos. Le taux d'invalidité à l'issue des mesures professionnelles était de 1 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. Les limitations fonctionnelles retenues étaient celles

déterminées le 25 janvier 2007 par le SMR, à savoir pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position en porte-à-faux et oblique du tronc, possibilité de changer de position toutes les demi-heures.

Par décision du 20 janvier 2009, confirmant un projet du 2 décembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] a constaté la réussite des mesures professionnelles, lesquelles permettaient à l'assuré de réaliser un revenu excluant le droit à la rente. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

B. Le 18 juillet 2011, l'assuré qui avait entretemps déménagé dans le canton de Vaud, s'est adressé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] en expliquant qu'il n'avait pas trouvé d'emploi dans le secteur de sa formation, qu'il avait par conséquent repris une activité d'installateur sanitaire et qu'il avait dû quitter celle-ci parce qu'elle n'était pas favorable à son état de santé. Il a réécrit le 18 août 2011 en s'adressant cette fois également à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 1^{er} septembre 2011, l'OAI l'a invité à rendre plausible une aggravation de son état dans un délai de trente jours. L'assuré n'ayant pas réagi, l'OAI lui a adressé un projet de décision de refus d'entrer en matière le 8 novembre 2011.

Par courrier du 24 novembre 2011, l'assuré a résumé sa situation et demandé s'il pouvait être reçu pour examiner les possibilités d'obtenir une formation complémentaire.

Par décision du 9 janvier 2012, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'assuré n'a pas contesté cette décision.

C. Le 15 juin 2020, l'assuré s'est à nouveau adressé à l'OAI, en expliquant s'être blessé à l'épaule droite. Il a joint à son envoi, en particulier, les rapports suivants :

- Un rapport d'IRM de la colonne lombaire/bassin établi le 20 juin 2019, dans lequel le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a conclu comme suit :

« Hernie discale extraforaminale gauche L1-L2, avec réaction inflammatoire de voisinage, troubles dégénératifs Modic inflammatoire L1-L2 avec empreinte sur la gaine radiculaire de L1 gauche.

Discopathies pluriétagées.

Arthrose avec synovite des articulaires postérieures L4-L5 et L5-S1. »

- Un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 12 mai 2020, dans lequel le Dr T._____, spécialiste en radiologie, faisait état de la conclusion suivante :

« Déchirure subtotale du supra-épineux sans répercussion musculaire. Os acromial avec une arthropathie d'allure dégénérative acromio-claviculaire. Importante bursite sous-acromio-deltaïdienne. Rupture du tendon du long chef du biceps rétracté distalement. »

Le 13 juillet 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en indiquant quant au genre d'atteinte : « problèmes de dos AI [...] ».

Par courrier du 15 juillet 2020, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité dans un délai de trente jours.

Dans un rapport daté du 31 juillet 2020, le Dr H._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a exposé ce qui suit :

« Diagnostics :

- 1) Lombalgie chronique-récidivante sur hernie discale L1-L2 gauche, extraforaminale, avec empreinte sur la racine L1 gauche ; lombarthrose et discopathies étagées ;
- 2) Avril 2020 : rupture spontanée du long chef du biceps D, avec déchirure subtotale du sus-épineux, du sous-scapulaire et du sous-épineux D ; arthropathie dégénérative de l'acromio-claviculaire droit ; bursite sous acromio-claviculaire D.

Anamnèse :

La lombalgie chronique-récurrente sur hernie discale L1-L2 (connue depuis une douzaine d'années) devient progressivement invalidante, avec en moyenne un épisode mensuel de blocage du dos nécessitant une semaine de repos avec AINS-Tramadol en guise d'antalgie. Une cure chirurgicale n'est pas indiquée du fait de l'absence de troubles moteurs aux deux membres inférieurs. On note par ailleurs depuis avril 2020 une pathologie nouvelle de l'épaule D (cf. diagnostic n° 2), elle-aussi fortement handicapante. L'orthopédiste consulté (Dr. R. _____ à [...]) a prescrit dans un premier temps de la physio de tonification des sous-épineux qui a eu un effet très modeste sur la gêne.

Degré d'incapacité actuel :

Il est pour moi de 90 % au vu de la double-gêne susmentionnée (colonne lombaire et épaule D). En particulier, la station debout ou assise ou accroupie prolongée (au-delà d'une heure) est contre-indiquée chez ce patient, de même que le soulèvement de charge excédant 5 kg.

Pronostic :

Réservé au vu de l'âge du patient et de sa formation initiale d'installateur sanitaire. Une restitutio ad integrum est pour moi hautement improbable. »

Répondant le 14 août 2020 à un formulaire de l'OAI, le Dr H. _____ a maintenu que la capacité de travail de son patient était de 10 %, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a joint diverses pièces d'ores et déjà produites, ainsi qu'un rapport du 18 mai 2020 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel le patient présentait « une déchirure complète du long chef du biceps (LCB), mais que cela ne pose aucun problème fonctionnel, car le court chef du biceps reprend la fonction ». Le Dr R. _____ a relevé qu'il y avait une indication opératoire, mais qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir pour le moment puisque le patient était peu gêné. Il était ainsi convenu que le patient le recontacte si la gêne augmentait.

Selon un compte-rendu daté du 1^{er} septembre 2020 non signé, la situation de l'assuré avait été soumise à la permanence SMR du 7 septembre 2020 pour répondre à la question suivante : « Nous vous remercions de nous faire part de votre avis sur cette situation ». Les conclusions de la permanence ont été les suivantes : « Une expertise

orthopédique est nécessaire afin de clarifier les limitations fonctionnelles et la [capacité de travail dans l'activité habituelle] et [capacité de travail dans l'activité adaptée] exigible », et les suites à donner décrites en ces termes : « Faire un mandat au SMR afin de mettre sur pied une expertise orthopédique ». L'OAI a ainsi établi un mandat le même jour, demandant au SMR de mettre en place une expertise orthopédique.

Dans un avis médical du 4 janvier 2021, le Dr S._____, du SMR, a conclu comme suit :

« Du point de vue bio-médical, les discopathies rachidiennes sont stationnaires à l'imagerie. Les lésions de l'épaule D sont compatibles avec l'activité dans laquelle l'assuré a été reclassé. Le Dr R._____ relève que l'assuré est peu gêné par cette lésion à l'épaule. Pour cette raison, l'appréciation du médecin traitant concernant la [capacité de travail] dans une [activité adaptée] ne peut être suivie puisque le Dr R._____, orthopédiste, ne retient pas de limitations claires concernant le bras D. »

Par décision du 15 mars 2021 confirmant un projet du 11 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il rejetait sa demande de prestations, faute de modification de son état de santé depuis la décision de refus de rente rendue le 20 janvier 2009.

D. Par acte du 22 mars 2021, W._____, alors non assisté, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Il a expliqué qu'après une période de chômage, il était désormais bénéficiaire des prestations de l'aide sociale. Il rencontrait des problèmes de santé récurrents et se retrouvait plusieurs fois par année « bloqué » par des lumbagos très douloureux. Il a ajouté avoir subi en 2019 une rupture du biceps droit et des tendons de l'épaule droite. Il a joint à son écriture un lot de pièces déjà au dossier.

Désormais représenté par Me Luisa Bottarelli, le recourant a complété son recours le 29 avril 2021, en précisant qu'il concluait, principalement, à la réforme de la décision du 15 mars 2021 dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 7 juillet 2020, subsidiairement à son

annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que son cas n'avait pas été valablement instruit, l'expertise orthopédique proposée par le SMR par avis du 1^{er} septembre 2020 n'ayant en particulier pas été mise en œuvre. En outre, les avis médicaux étaient selon lui contradictoires, son état de santé ayant évolué depuis 2006, si bien que l'intimé ne pouvait se fonder que sur l'avis du SMR [réd. : du 4 janvier 2021] pour rendre sa décision. Le recourant a plaidé à cet égard que l'avis en question n'était basé que sur une synthèse du dossier, que les constatations du SMR n'étaient ni fiables, ni pertinentes, tandis qu'une pleine valeur probante devait être accordé à l'avis du Dr H._____. Subsidiairement, il y avait lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise. Dans un autre moyen, il a plaidé que les mesures de reclassement n'avaient pas donné satisfaction et ne lui avaient pas permis de réintégrer le marché du travail car la formation n'avait été que théorique. Cette formation avait eu lieu douze ans auparavant et le recourant, désormais âgé de 56 ans, manquait d'expérience. A ses yeux, il fallait constater que plus aucune activité adaptée n'était possible, sa capacité de travail étant nulle. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le recourant a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant des pièces extraites du dossier de l'OAI.

L'assistance judiciaire a été accordée au recourant par décision du 12 avril 2021.

Par réponse du 26 mai 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 16 août 2021, le recourant a maintenu sa position. Il a en outre produit un lot de certificats médicaux établis par le Dr H._____, un bilan de prise en charge de physiothérapie ambulatoire du 15 septembre 2020, selon lequel un traitement de durée moyenne était envisagé vu le caractère chronique de l'affection du patient, ainsi qu'un rapport de physiothérapie du 17 février 2021 faisant état de douleurs et raideurs persistantes.

Par duplique du 7 septembre 2021, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours. Il s'est référé à un avis du 26 août 2021, dans lequel le Dr S. _____, du SMR, a relevé que les pièces produites ne permettaient pas de modifier l'avis précédent, la capacité de travail demeurant nulle dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir le port de charges inférieures à 5 kg, pas de porte-à-faux, changer de position après une heure, pas de position à genoux et pas de longs déplacements.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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 (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 13 juillet 2020, sur laquelle l'intimé est entré en matière.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

et 8 al. 1 LPGA). 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.

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

c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

d) Aux termes 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux ainsi que, 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 mesure 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.2).

5. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant a connu une modification substantielle et durable, au sens requis par l'art. 17 LPGA, depuis la précédente décision rendue sur le fond le 20 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...],

étant constant que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'installateur sanitaire.

Le recourant se prévaut en particulier du rapport du Dr H._____ du 31 juillet 2020, selon lequel il ne présente qu'une capacité de travail de 10%. L'OAI, quant à lui, se réfère aux avis du Dr S._____, du SMR, des 8 janvier et 26 août 2021.

Il est établi que le recourant présente de longue date des atteintes au niveau du dos, avec un diagnostic de lombalgies et dorsalgies sur discopathie sévère multi-étagée posé par le Dr V._____ en novembre 2006 déjà. Ce médecin se fondait alors notamment sur une IRM effectuée en août 2006 par le Dr M._____, qui évoquait des séquelles d'une maladie de Scheuermann et observait en particulier des atteintes sur plusieurs vertèbres lombaires. Dans un rapport du 5 décembre 2006, le Dr B._____ en déduisait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire, mais complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consistant dans l'impossibilité de rester plus de 30 minutes d'affilée dans une même position, l'alternance des positions assis/debout et assis/debout/marche, pas de position à genoux ou accroupie, pas d'inclinaison du buste et pas d'environnement froid. Ces atteintes ont du reste conduit au dépôt de la première demande de prestations du recourant, dans le cadre de laquelle l'OAI a mis en œuvre des mesures de réadaptation.

Cependant, alors que la première demande n'était motivée que par les atteintes précitées, la nouvelle demande l'a été, également, par une atteinte au niveau de l'épaule droite, dont il n'avait jusqu'alors pas été question. Certes, le Dr R._____ a noté que la déchirure complète du long chef du biceps présentée par le recourant ne posait aucun problème fonctionnel, observant que l'intéressé était peu gêné. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit-là d'une atteinte nouvelle. Par ailleurs, le Dr H._____ a allégué une péjoration de la lombalgie chronique sur hernie discale L1-L2. S'ajoute à cela qu'effectivement, selon le compte rendu de la permanence SMR du 7 septembre 2020, le SMR a estimé, à

tout le moins dans un premier temps, qu'il y avait lieu de mettre sur pied une expertise orthopédique.

Il s'agit à n'en point douter d'un cas-limite. Il reste qu'en présence d'un compte rendu de permanence faisant état de la nécessité d'un complément d'instruction, resté sans suite, et d'éléments – bien que ténus – de péjoration allégués par le médecin traitant, l'intimé ne pouvait, sans autre mesure d'instruction, retenir que l'état de santé du recourant n'avait connu aucune modification depuis la décision du 20 janvier 2009.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en complète connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Dans la mesure où le recourant présente uniquement des atteintes au niveau somatique, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre un examen orthopédique, auprès du SMR ou d'un expert, afin de

déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ainsi que ses limitations fonctionnelles.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) 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 des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'600 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe, cette indemnité couvrant celle qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 15 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W._____ une indemnité de 3'600 fr. (trois mille six cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Luisa Bottarelli (pour W._____),
- 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 :