

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Dind et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

R. _____, à Ursins, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assuré), né en 1954, est titulaire des certificats fédéraux de capacité de fromager et d'agriculteur. Le 9 octobre 2000, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente, en raison de problèmes aux épaules. L'assuré travaillait à l'époque comme aide-charpentier et comme manœuvre dans le bâtiment, activités qu'il a dû cesser à la suite d'un accident de travail le 26 janvier 2000, qui a exacerbé les symptômes douloureux au niveau de l'épaule droite, déjà concernée il y a 22 ans.

Dans un rapport médical du 16 mars 2001, le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de rupture de la coiffe des rotateurs (sus- et sous-épineux) de l'épaule droite opérée le 14 avril 2000, existant depuis le 26 janvier 2000, et comme sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de séquelles douloureuses d'une fracture de l'extrémité distale de la clavicule gauche. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de fromager et estimé que toute activité ne surchargeant pas les épaules et ne nécessitant pas de gestes répétitifs pouvait être réalisée sur un horaire normal, telle qu'une activité de vente ou de surveillance des stocks.

L'OAI a sollicité l'avis de son service médical régional (ci-après: SMR), lequel a considéré ce qui suit, dans un rapport du 4 juillet 2001:

"Cet assuré présente une atteinte des deux épaules bien explicitée par le Dr K._____ dans son rapport du 16.03.2001 auquel est joint un rapport de consultation détaillé du 11.10.2000.

Au niveau de l'épaule droite, l'assuré présentait une ancienne luxation acromio-claviculaire opérée et - surtout - une rupture, qui s'est apparemment faite en plusieurs temps, de la coiffe des rotateurs ayant justifié une réparation chirurgicale le 14.04.2000; cette opération semble avoir permis une bonne diminution des douleurs et la récupération d'une bonne fonction; il s'agit néanmoins

d'une coiffe très fragile à laquelle doit être épargnée tout sur-sollicitation mécanique par risque de re-rupture.

Au niveau de l'épaule gauche, qui ne concerne pas la SUVA, il existe les séquelles douloureuses d'une fracture de l'extrémité distale de la clavicule - initialement méconnue -, avec très probable pseudarthrose.

Il existe donc une incompétence fonctionnelle des deux épaules, pour des motifs différents, mais qui induisent les mêmes limitations fonctionnelles.

Les professions préalables de cet assuré (fromager, ouvrier agricole) imposent des contraintes au niveau des épaules absolument et définitivement prohibées; en revanche, et ceci est confirmé tant par le Dr K. _____ - expert reconnu en matière de problèmes d'épaules - que par le MA de la SUVA, une capacité de travail complète est possible dans une activité adaptée dont les limitations sont détaillées en page 1 [fragilité des deux épaules: impossibilité à effectuer des travaux sollicitant les MS en force (pousser, tirer, soulever des charges excédant 5-10 kg), notamment à la hauteur de l'horizontale et au-dessus; impossibilités à porter, à bout de bras, des charges excédent 5 kg, difficultés à effectuer des mouvements en force répétitifs avec les MS]."

Dès le mois d'octobre 2002, l'assuré a ressenti des douleurs de la nuque à gauche, devenues plus intenses à partir du mois de mai 2003. Dans un rapport du 16 septembre 2003, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a constaté l'existence d'une discopathie modérée C6-C7 avec rétrécissement uncarthrosique des canaux de conjugaison, ce qui pouvait expliquer un syndrome radiculaire C7. Toutefois, cliniquement, le patient ne présentait aucun signe d'une telle atteinte.

L'OAI a pris en charge une formation d'agent technico-commercial, à titre de mesure d'ordre professionnel. Il s'agissait d'une activité dans le domaine de la vente, proche de celle d'un représentant de commerce (prospection de nouveaux clients, entretiens avec les clients, prise de mesures, devis et suivi du montage jusqu'à la facturation). L'assuré a achevé cette formation dans le courant de l'année 2005.

Dans un rapport du 22 septembre 2004, le Dr S. _____, médecin généraliste FMH et traitant de l'assuré, a exposé que le patient présentait des cervicalgies gauches aiguës, parfois fulgurantes, sur discopathie C6-C7, précisant que l'acuité des douleurs pouvaient

momentanément l'empêcher de travailler et de conduire. Il a relevé que, pour le moment, le travail d'agent technico-commercial (qui nécessitait de nombreux déplacements ainsi qu'un travail de bureau) était compatible avec les limitations fonctionnelles, sous réserve de moments d'inactivité dus aux nuccalgies subites et invalidantes que pouvait présenter l'intéressé.

Dès le 1^{er} septembre 2005, l'assuré a été engagé par l'entreprise [...] AG, pour un salaire mensuel brut de 4500 fr. (soit 54'000 fr. par an). Selon les estimations de l'OAI, il aurait pu réaliser sans invalidité un revenu de 55'785 fr. s'il était resté au service de son ancien employeur. Par décision du 11 avril 2006, l'OAI a constaté la fin des mesures d'ordre professionnel allouées à l'assuré; il a par ailleurs nié son droit à une rente d'invalidité eu égard au revenu qu'il réalisait désormais dans sa nouvelle profession.

B. R. _____ a travaillé pour [...] AG jusqu'au 31 août 2007. Après une période de chômage, il a débuté une activité d'étancheur, qu'il a pratiquée du 15 juillet au 24 novembre 2008, date à partir de laquelle il a présenté une nouvelle période d'incapacité de travail. Le 29 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 15 septembre 2009 à l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de cervicalgies diurnes et particulièrement nocturnes en lien avec des discopathies dégénératives cervicales, un pincement discal, une ostéophytose antérieure et une ossification du ligament vertébral antérieur. Ces affections s'ajoutaient aux difficultés fonctionnelles des deux épaules qui se manifestaient régulièrement par des arthralgies dépendant de l'intensité du travail en tant qu'étancheur.

Interpellé par l'OAI, le Dr C. _____ a établi un nouveau rapport médical le 6 décembre 2009, aux termes duquel il constatait une exacerbation des douleurs cervicales lorsque le patient était penché en

avant ou amené dans le cadre de son activité à faire des efforts avec les épaules ou à tourner la tête. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité exercée en raison des cervicalgies qui semblaient être en lien avec l'activité effectuée mais également avec la réapparition des douleurs dans l'épaule gauche et, dans une moindre mesure, dans l'épaule droite.

Le 3 mai 2010, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de rejet de la nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas de péjoration de son état de santé et que l'activité d'agent technico-commercial restait adaptée. Il indiquait se rallier aux conclusions du SMR, dont l'avis médical du 8 février 2010 retenait notamment ce qui suit:

"- les cervicalgies existent depuis 2003, et le bilan radiologique (IRM) ne montre pas d'évolution significative de la pathologie cervicale entre 2003 et 2009.

- les limitations fonctionnelles retenues depuis février 2000 contre-indiquent l'activité d'étaucher comme celle de fromager/agriculteur (voir rapport SMR du 04.07.2001), et l'activité d'agent technico-commercial est adaptée aux atteintes de l'assuré (épaules, rachis cervical) depuis 2000 (voir rapport médical du 22.09.2004 du Dr S._____, page 4/9).

1. Nous ne pouvons pas admettre d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

2. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est de 100%, dès février 2000.

3. L'activité d'agent technico-commercial est une activité adaptée, et nous n'avons pas de raison de mettre en place de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle."

L'assuré a contesté ce projet de décision, mentionnant qu'un rapport médical plus détaillé de son médecin traitant parviendrait à l'OAI. Le 9 juin 2010, le Dr C._____ a adressé son rapport ainsi que celui établi le 3 juin 2010 par le Dr T._____, spécialiste FMH en radiologie, à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) du rachis cervical et des hanches. Le Dr C._____ a posé les diagnostics d'arthralgies des deux épaules, de cervicalgies à prédominance gauche (l'IRM cervicale mettait en évidence des rétrécissements disconcarthrosiques relativement marqués du côté gauche en C3-C4, C5-C6 et

C6-C7) et de symptomatologie douloureuse de la hanche droite depuis avril 2010 (l'IRM de la hanche révélait la présence d'un remodelé ostéo-sous-chondrale géodique kystique acétabulaire supérieur droit accompagné par des irrégularités du bourrelet cotyloïdien antérieur ainsi que par une petite lésion géodique sous-chondrale de la tête fémorale postérieurement, à mi-hauteur, ainsi que par une lame d'épanchement et une discrète synovite, l'ensemble des éléments traduisant un conflit fémoroacétabulaire). Au terme du rapport, il a relevé que même dans l'activité d'agent technico-commercial, il n'était pas sûr que l'assuré aurait pu à long terme continuer cette activité demandant de longs déplacements en voiture, lesquels sollicitaient la nuque et étaient à l'origine d'une exacerbation des douleurs.

Un rapport du 10 juin 2010 du médecin-conseil de l'assurance-maladie collective à laquelle était affilié le dernier employeur de l'assuré a également été remis à l'OAI. Le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine générale, a constaté que l'état actuel de l'assuré ne correspondait plus à celui de 2004 justifiant un recyclage dans une activité mieux adaptée. Il s'est rallié à l'avis du Dr C._____, concernant l'incapacité de travail totale dans toute activité, dans la mesure où l'assuré restait "algique tant sur le plan cervical qu'en ce qui concern[ait] sa hanche droite".

Par avis médical du 10 août 2010, le SMR a maintenu son point de vue relatif à l'absence de péjoration de l'état de santé de l'assuré. Il a précisé s'être prononcé uniquement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, étant entendu que l'activité d'étancheur n'était plus exigible de longue date.

Par décision du 14 juin 2010 [*recte*: 18 octobre 2010], l'OAI a rejeté la nouvelle demande présentée par l'assuré, au motif que, selon l'avis du SMR du 10 août 2010, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée, soit celle d'agent technico-commercial.

C. R._____ a formé recours contre cette décision par acte du 18 novembre 2010, concluant, sous suite de dépens, à son annulation. Il

soutient que l'intimé ne saurait lui reprocher d'avoir repris une activité non adaptée à son état de santé alors qu'il a pu exercer en qualité d'étancheur sans inconvénient majeur entre 2007 et 2008. Il se réfère aux rapports des Drs C._____ et J._____, respectivement des 9 et 10 juin 2010, qui retiennent que même dans la profession d'agent technico-commercial, son état de santé contre-indique la poursuite de l'activité notamment en raison des longs déplacements en voiture.

Dans sa réponse du 17 janvier 2011, l'intimé conclut au rejet du recours.

Par envoi du 29 mars 2011, le recourant produit un rapport du 15 février 2011 du Dr C._____, attestant d'une aggravation de son état de santé. Cette pièce a été communiquée à l'intéressé.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et réponds aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 29 juin 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3).

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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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).

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et

les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108; 130 V 75 consid. 3.2).

4. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Après avoir examiné le rapport du 9 juin 2010 du médecin traitant et l'avis du SMR du 10 août 2010, il a

considéré, par décision du 18 octobre 2010, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis la décision du 11 avril 2006. Pour sa part, le recourant estime que son état de santé contre-indique aujourd'hui la poursuite de l'activité d'agent technico-commercial, considérée à l'époque comme adaptée.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision du 11 avril 2006 et la décision litigieuse du 18 octobre 2010.

a) La décision initiale constatait l'achèvement de la réadaptation professionnelle et la réalisation d'un revenu excluant le droit à la rente.

L'octroi des mesures d'ordre professionnel était essentiellement basée sur le rapport médical du 16 mars 2001 du Dr K. _____ ainsi que sur le rapport du SMR du 4 juillet suivant. Il résultait de ces rapports que l'assuré présentait une ancienne luxation acromioclaviculaire opérée et une rupture de la coiffe des rotateurs, au niveau de l'épaule droite, et des séquelles douloureuses d'une fracture de l'extrémité distale de la clavicule avec très probable pseudarthrose, au niveau de l'épaule gauche. Les médecins étaient d'avis que les professions préalables de l'assuré (fromager, ouvrier agricole) imposaient des contraintes au niveau des épaules absolument et définitivement prohibées; en revanche, une capacité de travail complète était possible dans une activité adaptée (sans travaux sollicitant les membres supérieurs en force, notamment à la hauteur de l'horizontale et au-dessus; sans port de charges, à bout de bras, excédent 5 kg; sans mouvements en force répétitifs avec les membres supérieurs). Dans ce contexte, des mesures d'ordre professionnel ont été octroyées, notamment une formation d'agent technico-commercial. Cette activité, exercée par l'intéressé jusqu'au 31 août 2007, consistait principalement en la prospection de clients et en des entretiens avec eux - ce qui nécessitait de nombreux déplacements en voiture - ainsi qu'en du travail de bureau (à l'écran).

Dans un rapport du 22 septembre 2004, le Dr S._____ a exposé que le recourant présentait des cervicalgies gauches aiguës et que l'acuité des douleurs pouvaient momentanément l'empêcher de travailler et de conduire. Il a estimé que, pour le moment, l'activité d'agent technico-commercial était compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, sous réserve de moments d'inactivités dus aux nuccalgies subites et invalidantes qu'il pouvait présenter.

b) La décision litigieuse retient que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans le sens d'une aggravation permettant de retenir que l'activité d'agent technico-commercial n'est plus considérée comme adaptée. A cet égard, l'OAI se rallie à l'avis du SMR du 10 août 2010, lequel constate l'absence de fait nouveau susceptible de modifier sa précédente appréciation dans l'activité de référence prise en compte.

Aux termes du rapport médical du 15 septembre 2009, le Dr C._____ a retenu les diagnostics de cervicalgies diurnes et particulièrement nocturnes en lien avec des discopathies dégénératives cervicales, un pincement discal, une ostéophytose antérieure et une ossification du ligament vertébral, auxquels s'ajoutaient les difficultés fonctionnelles aux épaules. Il a précisé, dans le rapport du 6 décembre 2009, que l'exacerbation des douleurs cervicales apparaissait lorsque l'assuré était penché en avant ou amené, dans le cadre de son activité, à faire des efforts avec les épaules ou à tourner la tête. Dans le rapport du 9 juin 2010, le médecin traitant a exposé que le recourant présentait trois atteintes ostéo-articulaires, dont une survenue récemment, qui l'empêchaient d'exercer une profession susceptible d'efforts même légers. Les diagnostics posés étaient ainsi des arthralgies des deux épaules, des cervicalgies à prédominance gauche et une symptomatologie douloureuse de la hanche droite. Les rapports d'IRM du rachis cervical et de la hanche attestaient ces atteintes. Le Dr C._____ a conclu que même dans l'activité d'agent technico-commercial, il n'était pas sûr que l'assuré aurait pu à long terme continuer cette activité demandant de longs

déplacements en voiture, lesquels sollicitaient la nuque et étaient à l'origine d'une exacerbation des douleurs.

Le rapport du 10 juin 2010 du Dr J._____ corrobore l'appréciation du Dr C._____. Le médecin-conseil de l'assurance perte de gain a constaté que l'état actuel de l'assuré ne correspondait plus à celui de 2004 justifiant un recyclage dans une activité mieux adaptée. Il a reconnu au recourant une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité, en raison des douleurs tant sur le plan cervical qu'en ce qui concernait la hanche droite.

Il ressort de l'avis médical du 10 août 2010 que le SMR, bien qu'en possession du dossier de l'assurance perte de gain, n'a pas pris en considération le rapport du Dr J._____. Examinant le rapport du Dr C._____ du 9 juin 2010, le SMR constate que la problématique évoquée va dans le sens de son appréciation du 4 juillet 2001, à savoir que les douleurs aux épaules permettent l'exercice d'une activité adaptée, soit celle d'agent technico-commercial. Or, il appert que ce service fait abstraction des autres atteintes relevées par le médecin traitant, soit les cervicalgies et la symptomatologie douloureuse de la hanche droite. Il conclut que l'assuré a été reclassé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par les problèmes d'épaules et que cette activité demeure adaptée. L'intimé s'est référé expressément à cet avis pour rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant.

c) Contrairement à ce que pense l'intimé, les rapports des Drs C._____ et J._____ font état de faits nouveaux susceptibles de modifier la capacité de travail du recourant dans l'activité adaptée.

Le rapport du médecin traitant retient trois atteintes ostéo-articulaires, dont une survenue récemment – attestées au demeurant par IRM – alors que le SMR ne retient que l'une d'entre elles. Ce dernier, tout comme l'intimé, semble ignorer les cervicalgies à prédominance gauche et la symptomatologie douloureuse de la hanche droite apparue en avril 2010, lesquelles paraissent susceptibles d'avoir une influence sur la

capacité de travail de l'assuré, comme l'attestent les Drs C._____ et J._____. Il sied en outre de rappeler qu'en 2004, le Dr S._____ retenait qu'il n'était pas certain que l'activité dans laquelle l'assuré avait été formé resterait adaptée sur la durée; cette activité demandait de nombreux déplacements en voiture qui sollicitaient la nuque - tout comme le travail de bureau - ce qui engendrait une exacerbation des douleurs.

Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait nier une aggravation de l'état de santé du recourant sur la seule base de l'avis du SMR, sans même que ce service ait procédé au moindre examen clinique. Il en découle qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA est désormais nécessaire pour établir précisément les restrictions médicales à l'exercice d'une activité lucrative. Il conviendra ensuite que l'OAI vérifie, sur cette base, si le recourant peut prétendre à une nouvelle mesure de reclassement professionnel - et si oui, laquelle -, subsidiairement à une rente d'invalidité.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 18 octobre 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux mesures d'ordre professionnel, subsidiairement sur le droit à la rente d'invalidité.

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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public. Partant, l'intimé n'encourt pas de frais.

c) Ayant obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens, dont

le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**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 18 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- V. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour R. _____)
- 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 :