

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; 4, 8, 17, 18 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité bosniaque, au bénéfice d'un permis d'établissement, travaillait depuis décembre 1992 en qualité d'ouvrier pour l'entreprise B._____SA à [...]. Le 7 juin 2005, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, se prévalant de douleurs dans le bas du dos.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis le dossier de l'assuré auprès de H._____, assurance-maladie d'indemnités journalières. Le 13 juillet 2005, H._____ a notamment remis à l'OAI un rapport du 11 mai 2005 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, retenant le diagnostic de lombosciatalgies sur troubles dégénératifs et une incapacité de travail de 100% dès le 2 mai 2005.

Le 26 août 2005, le Dr K._____ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur trouble statique et dégénératif rachidien, depuis 1998, et de syndrome dépressif réactionnel, depuis juin 2005. Il a retenu une incapacité de travail dans l'activité exercée d'ouvrier d'usine oscillant entre 100% et 50% du 23 novembre 1998 au 4 juillet 2004 et de 100% dès le 2 mai 2005. Il a attesté d'un suivi médicamenteux (AINS et myorelaxants), relevé que le patient ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle en raison de ses douleurs, émis un pronostic réservé quant à l'évolution des lombalgies ainsi que de la capacité de travail et suggéré une nouvelle évaluation de la capacité de travail dans un travail léger.

Dans l'annexe au rapport du 24 août 2005, le Dr K._____ a retenu que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'une autre activité - soit de surveillance ou de manutention légère, avec des changements de position fréquents et des charges légères - était exigible à raison de 4-5

heures par jour, avec diminution de rendement. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le Dr K. _____ a par ailleurs déposé deux rapports des 23 juillet 2004 et 12 octobre 2004 du Dr B. _____, médecin associé au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire D. _____ (ci-après : D. _____), faisant état notamment de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de déconditionnement physique global et focal ainsi que de paresthésies prédominant au membre inférieur gauche et de rachialgies mécaniques.

Le 7 juin 2006, la Dresse Z. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a indiqué que la dépression, décrite comme réactionnelle et dont l'intensité n'avait pas nécessité de prise en charge spécialisée ni de traitement, ne pouvait être considérée comme invalidante et a requis un examen rhumatologique.

Le 30 août 2006, l'assuré a fait l'objet d'un examen rhumatologique par le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, au SMR. Dans son rapport du 13 septembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec malformation de la charnière lombosacrée, de séquelles de maladie de Scheuermann et de rétrolisthésis de L5/S1. Il a évalué la capacité de travail exigible à 0% dans l'activité habituelle comme ouvrier chez B. _____ SA et à 100% dans une activité adaptée, depuis toujours, et a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas :

« L'assuré se plaint essentiellement de lombalgies à caractère mécanique. Il signale également des fourmillements de la partie distale des 2 membres inférieurs à partir des 2 genoux. Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, alors que la mobilité cervicale est plus légèrement restreinte. Cependant, il faut noter la présence de signes de non-organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une certaine démonstrativité et d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. La mobilité des articulations périphériques est normale. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Par contre, il existe une arthrose nodulaire débutante des doigts.

Par ailleurs, le status neurologique est parfaitement normal. Les épreuves de Lasègue sont limitées à droite à 60° et à gauche à 70°

non par un syndrome radiculaire, mais par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Les radiographies à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann, malformation de la charnière lombosacrée et rétrolisthésis de L5 sur S1.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ceux-ci, la capacité de travail est nulle dans l'activité d'ouvrier chez B. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité d'alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% depuis le 02.05.2005.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stationnaire à 100% dans l'activité d'ouvrier chez B. _____ SA depuis le 02.05.2005.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse romande du 30.08.2006, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'ouvrier chez B. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète. »

Le 11 octobre 2006, la Dresse Z. _____ a retenu les atteintes principales à la santé de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec malformation de la charnière lombosacrée, de séquelles de maladie de Scheuermann et de rétrolisthésis de L5/S1, ainsi qu'une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Elle a repris les conclusions du Dr F. _____ et a notamment relevé ce qui suit :

« Concernant le syndrome dépressif, il s'agit d'un trouble réactionnel à sa situation [de l'assuré] et ses douleurs, il n'y a pas de traitement antidépresseur, ni de prise en charge psychiatrique. L'examen au

SMR décrit une vie quotidienne qui ne reflète pas un épisode dépressif grave. En conclusion, il n'y a pas d'IT [incapacité de travail] pour le syndrome dépressif réactionnel. »

Par courrier du 20 novembre 2006, le Dr K._____ a remis à l'OAI un rapport du 27 octobre 2006 du Dr B._____, selon lequel les troubles somatiques de l'assuré avaient entraîné progressivement une dépression réactionnelle avec des phénomènes d'anxiété marquée, entraînant des troubles du sommeil et un déconditionnement physique aggravé, un bilan psychiatrique avec un traitement permettant de moduler la thymie étant suggéré.

Dans un projet de décision du 2 février 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, en raison d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles et d'un degré d'invalidité de 12.17%, après comparaison des revenus pour l'année 2006.

Le 5 mars 2007, par son mandataire, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, se prévalant notamment d'une dégradation de son état de santé, d'un traitement psychiatrique et d'une consultation neurologique. Il a déposé un rapport du 3 octobre 2005 du Dr M._____, spécialiste en neurologie - retenant le diagnostic de troubles sensitifs des membres inférieurs vraisemblablement sur irritation pluriradiculaire, écartant la présence d'une polyneuropathie et préconisant un scanner lombaire - et, ultérieurement, un rapport du 22 mars 2007 des Drs L._____ et V._____, du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du D._____, par lequel ces spécialistes ont posé les conclusions suivantes :

« Altération dégénérative de type discarthrose prédominant à l'étage L5-S1 avec perte de hauteur complète du disque et rétroli[s]thésis de grade I de L5-S1 accompagné d'un fragment discal se trouvant postérieurement au plateau supérieur de S1 et semblant venir au contact de l'émergence de la racine S1 gauche, pouvant donc de fait provoquer un conflit avec celle-ci.

Les récessus latéraux sont réduits à gauche comme à droite à l'étage L5-S1 mais également à l'étage L4-L5 en raison d'un bombement circonférentiel accompagné d'une arthrose inter

apophysaire postérieure, engendrant également postérieurement un conflit radiculaire avec l'émergence de la racine L5 gauche tandis que son homologue droit paraît également plus libre.

Actuellement, pas de réduction significative du canal lombaire permettant d'évoquer un canal lombaire étroit. »

Le 30 avril 2007, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 11 avril 2007 du Dr S._____, psychiatre traitant depuis 2007, et de Q._____, psychologue, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ainsi que de difficultés liées à l'emploi et au chômage, et retenant ce qui suit dans la partie « discussion » :

« Les symptômes dépressifs de ce patient semblent être présents depuis plusieurs semaines avant le début de la prise en charge. Nous soupçonnons un trouble dépressif récurrent mais ne sommes à l'heure actuelle pas en mesure de poser un tel diagnostic en raison du court laps de temps depuis lequel nous connaissons Monsieur R._____.

En raison des nombreux troubles évoqués ci-dessus, il apparaît que ce patient n'est actuellement pas en mesure d'exercer une activité professionnelle régulière, du moins pas dans son domaine de compétences. Des mesures de réhabilitation professionnelle qui tiendraient compte des problèmes de santé de Monsieur restent à notre sens envisageables. Elles permettraient à ce patient de retrouver une occupation dans laquelle il puisse se sentir utile et productif, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Le suivi thérapeutique dont bénéficie Monsieur R._____ à ce jour nous semble pertinent et va être maintenu pour une durée indéterminée. L'introduction d'une médication est en cours d'évaluation. »

L'OAI a demandé l'avis du Dr J._____, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré. Le 10 juillet 2007, ce praticien a posé les diagnostics de lombalgies statiques, de troubles dégénératifs rachidiens, de discarthrose L5/S1 et d'état anxio-dépressif, depuis 2005. Il a également retenu une incapacité de travail de 100% depuis 2005, relevé que l'assuré ne pouvait plus exercer ni son activité habituelle ni une activité adaptée et indiqué que seul un travail manuel pouvait convenir à l'intéressé. Il a en outre déposé deux rapports des 20 et 17 novembre 2006 du Dr K._____, relevant en particulier que l'état réactionnel dépressif ne semblait pas remplir les items pour une dépression sévère et évoquant notamment des lombalgies sur troubles dégénératifs, des troubles du sommeil, un sentiment de dévalorisation et

de révolte, une tristesse profonde, des envies suicidaires ainsi qu'un traitement médicamenteux sur le plan somatique.

Dans un rapport du 12 juillet 2007 requis par l'OAI, le Dr B._____ a retenu les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs rachidiens (anomalie transitionnelle avec probable sacralisation de L5), de probable séquelle de dystrophie vertébrale de croissance lombaire, de déconditionnement physique global et focal, et d'état anxio-dépressif réactionnel ; il a ajouté qu'un status comme celui de l'assuré conduisait directement à une incapacité de travail, pour des raisons totalement indépendantes de sa volonté d'intégrer sa problématique et ce qui en découle en terme de traitement, et qu'une prise en charge psychiatrique était indispensable dans un tel contexte.

Le 20 septembre 2007, à la demande de l'OAI, le Dr S._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et celui sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage, avant de retenir une incapacité de travail de 100% depuis août 2006 dans l'activité d'ouvrier dans une usine à pièces de béton. Dans son annexe au rapport du 20 septembre 2007, il a relevé que l'exercice d'une activité à rendement réduit - de type travail manuel à la chaîne - était exigible, en tenant compte d'aménagements du poste de travail, afin que l'intéressé pût varier sa position (assise et debout) en fonction de ses douleurs, à raison de 4-5h par jour environ et compte tenu d'une diminution de rendement. Il a également retenu, notamment, les passages suivants :

« Sur le plan psychologique, Monsieur R._____ relève un ralentissement psychomoteur et une perte d'élan vital significatif depuis son licenciement. Il exprime un profond désespoir teinté d'une colère retenue lorsqu'il évoque ses années de travail et sa situation actuelle. Il décrit un fort sentiment d'injustice, de dévalorisation et d'impuissance. Il évoque des idées suicidaires sans scénarios, idées qui surviennent le plus souvent lorsque Monsieur R._____ pense à son avenir qui lui paraît totalement « bouché ». Monsieur R._____ mentionne encore des troubles de la mémoire et de la concentration.

5. Constatations objectives

Monsieur R. _____ est un homme de 51 ans d'apparence calme et soignée, faisant sensiblement plus que son âge. Le contact est réservé, mais le patient est tout à fait collaborant lors des entretiens. L'expression est clairement triste, le débit verbal semble ralenti et est monocorde. Il pleure souvent lors des entretiens, notamment lorsqu'il est question du vécu de ses enfants en Bosnie. Il montre alors un fort sentiment de culpabilité en regard de cette période où il n'a pu être physiquement présent auprès de[s] siens. Nous ne relevons pas de troubles du cours ou de contenu de la pensée. Le patient est orienté aux trois modes. L'expression des affects est congruente. Absence de troubles de la lignée psychotique.

6. Examens médicaux spécialisés

7. Thérapie / Pronostic

A l'heure actuelle, l'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique aurait un effet péjorant sur la santé psychique de Monsieur R. _____, il est donc maintenu pour une durée encore indéterminée. La mise en place de mesures professionnelles adaptées pourrait avoir un effet positif sur l'ensemble de la symptomatologie dépressive du patient étant donné que ce dernier support[e] assez mal l'inactivité forcée dans laquelle il se trouve actuellement. »

Le Dr S. _____ a par ailleurs répondu comme suit à des questions complémentaires de l'OAI :

« 1) [Diagnostics selon la CIM-10]

- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F.32.2)
- Difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z.56).

2) Le patient n'ayant pas vécu de période récente sans perturbation significative de l'humeur, nous ne pouvons retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon nos observations, l'épisode dépressif sévère est présent depuis le début de la prise en charge en mars 2007. Selon les éléments anamnestiques mentionnés, l'épisode dépressif semble être présent depuis son licenciement en 2006.

3) Le traitement actuel consiste en entretiens psychothérapeutiques réguliers qui ont récemment dû être espacés mensuellement en raison d'un engagement dans un atelier d'occupation proposé par le chômage. Le suivi psychothérapeutique a été initié en mars 2007.

4) Aucune évolution positive significative n'est à noter pour le moment, bien que le patient décrive un certain sentiment de soulagement depuis que le suivi a été entamé. L'état du patient est stationnaire.

5) À notre sens, les seules limitations d'ordre psychologiques se jouent autour de quelques troubles de la concentration et de

l'attention ainsi qu'à travers le ralentissement psychomoteur marqué lié à la dépression. D'autres limitations semblent significatives, mais elles se situent sur le plan somatique (à évaluer par un somaticien).

6) Incapacité de travail dans l'activité habituelle : 100%.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'incapacité psychiatrique serait approximativement de 30%. »

Par avis médical du 23 novembre 2007, le Dr C._____, du SMR, se prononçant en particulier sur l'avis précité du Dr S._____ au sujet des questions posées à ce dernier praticien par l'OAI, a notamment indiqué ce qui suit :

« Question 1 : épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique est maintenu de même que difficultés liées à l'emploi et au chômage. Par contre plus un mot concernant le trouble dépressif récurrent évoqué dans le 1^{er} certificat médical. Plus de 5 mois s'étant écoulés entre les deux certificats, nous pouvons estimer cette période suffisante pour mettre à jour les éléments confirmant un tel diagnostic, c'est à dire les dates des épisodes dépressifs antérieurs. Nous considérons donc que ce diagnostic de trouble dépressif récurrent est définitivement abandonné.

[...]

Question 3 : la seule mention du traitement est « que l'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique aurait un effet péjorant sur la santé psychique de l'assuré ». Ceci ne traduit pas un réel sérieux pour la prise en charge d'un épisode dépressif grave ou conforte notre avis de la non-existence de cet épisode dépressif grave. Rien n'est mentionné sur l'évaluation prétendue d'une médication faite 5 mois plus tôt.

Question 4 : pas de réponse à cette question. Seule une assertion comme quoi l'arrêt de la psychothérapie pourrait entraîner un effet délétère sur la santé psychique ce qui n'est certes pas un fait avéré !

Question 5 : le Dr S._____ dit d'une part que l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité et d'autre part « la mise en place de mesures professionnelles adaptées pourrait avoir un effet positif sur l'ensemble de la symptomatologie dépressive du patient étant donné que ce dernier supporte assez mal l'inactivité forcée dans laquelle il se trouve actuellement ». Néanmoins cette deuxième assertion va tout à fait dans le sens de notre projet de décision avec une CT de 100% dans une activité adaptée.

Question 6 : le Dr S._____ mentionne comme date de début de l'IT psychiatrique le mois d'août 2006 sans aucun élément pour justifier cette date puisqu'il n'en mentionne pas et ne connaît l'assuré que depuis avril 2007. L'assuré ne s'était pas rendu auparavant chez un

médecin psychiatre. Aucune limitation fonctionnelle ne nous est fournie.

Après plus de 5 mois de traitement dans le cas d'un épisode dépressif grave, si le traitement est adapté, il y a des améliorations à relever, dans le cas contraire il faut remettre en question le traitement institué. Ceci est donc le dernier point qu'il faut ajouter à notre argumentation et aux manques du Dr S. _____ pour conclure qu'il n'y a pas en réalité d'épisode dépressif grave, mais probablement un état anxieux dépressif lié à l'inactivité et au non savoir de quoi sera fait le lendemain d'un ouvrier ne travaillant pas. Cet avis est partagé par le Dr B. _____ (médecine interne et rhumatologie) dans son rapport en date du 12.07.2007 qui porte le diagnostic « d'état anxio-dépressif réactionnel » et par son médecin traitant le Dr J. _____ (sic) (médecine générale) qui mentionne également le diagnostic d'état anxio-dépressif dans son rapport en date du 04.07.2007.

L'examen SMR rhumatologique (Dr F. _____) en date du 30.08.2006 mentionne le diagnostic : « lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec malformation de la charnière lombo-sacrée, séquelles de la maladie de Scheuermann et rétrolisthésis L5-S1 ». Ce diagnostic englobe donc la possibilité d'existence de conflits radiculaires.

Le nouveau rapport fourni par l'assuré, l'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire effectué au D. _____ en date du 19.03.2007 mentionne la possibilité de l'existence de tels conflits radiculaires puisqu'il dit « altération dégénérative de type discarthrose prédominant à l'étage L5-S1 avec perte de hauteur complète du disque et rétrolisthésis de grade I de L[5]-S1 accompagné d'un fragment discal se trouvant postérieurement au plateau supérieur de S1 et semblant venir au contact de l'émergence de la racine S1 gauche, pouvant de fait provoquer un conflit avec celle-ci. Les récessus latéraux sont réduits à gauche comme à droite à l'étage L4-L5 en raison d'un bombement circonférentiel accompagné d'une arthrose inter apophysaire postérieure, engendrant également postérieurement un conflit radiculaire avec l'émergence de la racine L5 gauche tandis que son homologue droit paraît plus libre ». Le conditionnel est clairement utilisé quant à l'existence de ces conflits radiculaires et le diagnostic tel que mentionné par le Dr F. _____ reste parfaitement exact et d'actualité.

De plus l'existence de ces conflits radiculaires aurai[t] pour conséquence un traitement chirurgical si la symptomatologie de l'assuré montrait une souffrance liée à la compression de la racine et pas seulement des lombalgies. De plus les limitations fonctionnelles telles que décrites dans le rapport d'examen rhumatologique de 2006 restent identiques même en présence de ces éventuels conflits radiculaires et les CT décrites également. Ceci est confirmé par le Dr F. _____ consulté ce jour même sur ce dossier.

Le Dr B. _____ (rhumatologue) dans son rapport en date du 12.07.2007 confirme une CT nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier chez B. _____ SA mais ne nous donne pas d'avis quant à une CT dans une activité adaptée. Son médecin traitant, le Dr J. _____ (sic) dans son rapport en date du 04.07.2007 donne également une CT

nulle dans l'activité d'ouvrier chez B. _____ SA mais dit « un travail manuel est le seul qui pourrait convenir à Monsieur R. _____ en raison de sa connaissance partielle au français ». Il reconnaît donc clairement une CT dans une activité adaptée mais dans le choix de celle-ci fait intervenir des faits qui ne peuvent être pris en considération par la loi AI.

En conclusion :

[...] Nous maintenons les conclusions antérieures du SMR :

02.05.2005 - CT nulle dans l'activité d'ouvrier chez B. _____ SA depuis

- CT dans une activité strictement adaptée = 100% depuis toujours
- Les limitations fonctionnelles restent comme suit :
- nécessité d'alterner 2 x par heure la position assise et la position debout
- pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg
- pas de port de charges d'un poids excédant 12 kg
- pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. »

Par décision datée du 6 février 2007 et prise le 13 juin 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en retenant que ce dernier présentait une atteinte à sa santé depuis mai 2005 et disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu d'invalidé de 53'016 fr. 78 - résultant d'un salaire annuel de 58'907 fr. 53 pour l'année 2006 selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) dans une activité simple et répétitive et d'un abattement de 10% du revenu d'invalidé - et d'un salaire sans invalidité de 60'365 fr., il a mis en évidence un degré d'invalidité de 12.17%.

B. Par acte du 13 juillet 2008 de son mandataire, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Alléguant souffrir de plusieurs affections, notamment d'un état dépressif qualifié de sévère et d'atteintes dorsales, il a contesté en substance la valeur probante des rapports sur lesquels se fondait l'OAI. Sur le plan rhumatologique, sur la base notamment du rapport IRM du 22 mars 2007 des Drs L. _____ et V. _____, il s'est prévalu d'une détérioration de son état de santé et a soutenu que l'ensemble de ses troubles somatiques n'avaient pas été pris en compte par l'OAI. Sur le plan psychique, il s'est

prévalu de l'avis du Dr S._____ et a fait ensuite valoir que cette problématique n'avait pas suffisamment été investiguée par l'OAI. A l'appui de son recours, l'assuré a déposé un rapport du 9 juillet 2008 du Dr S._____ et de la psychologue Q._____, par lequel ces spécialistes ont confirmé les réponses qu'ils avaient apportées le 20 septembre 2007 aux questions de l'OAI, critiquant le rapport du 23 novembre 2007 du SMR et relevant ce qui suit :

« L'épisode dépressif présenté par Monsieur R._____ a été jugé d'intensité sévère en avril 2007 en raison de la présence des éléments constitutifs d'un tableau clinique de dépression sévère posés par les critères de la CIM-10. A l'heure actuelle, l'épisode dépressif est toujours présent mais il n'est plus d'intensité sévère, le ralentissement psychomoteur étant moins marqué ainsi que les idées suicidaires moins présentes. Les activités sociales et professionnelles restent toutefois passablement diminuées.

Concernant les questions relatives au séjour hospitalier et à la médication :

Comme le relève l'ouvrage diagnostique précité (p.107) « les patients hospitalisés en psychiatrie présentent surtout des dépressions sévères » mais cela ne signifie pas que toutes les personnes souffrant de dépression sévère sont hospitalisées. De plus, nous rappelons que la psychothérapie est un traitement en soi face aux divers troubles psychopathologiques existant et que la médication simple ne permet pas de traiter globalement le mal-être d'un sujet souffrant. A noter que nous avons de très bonnes raisons pour ne pas introduire une médication dans ce cas spécifique.

Finalement, au sujet de la remarque initiale - qui cherche visiblement à dévaluer la pertinence de notre rapport - il est à préciser que Monsieur R._____ est suivi en psychothérapie déléguée sous la supervision du Dr S._____ qui par ailleurs[s] connaît très bien la problématique de ce patient. »

L'intéressé a déposé également un rapport du 11 juillet 2008 du Dr B._____, qui critiquait la pertinence du rapport SMR du 23 novembre 2007 du Dr C._____ - selon lui tendancieux, interprétatif et abusif -, relevant que ce dernier n'était pas psychiatre ni rhumatologue et remettant en cause les compétences médicales du Dr [...], dont le nom apparaissait sur le rapport précité du SMR.

Le 18 mars 2009, l'assuré a encore produit une lettre du 17 mars 2009 du Dr J._____, attestant de problèmes cardiaques,

notamment d'un infarctus sur occlusion de la coronaire droite le 3 mars 2009 et d'une hospitalisation jusqu'au 10 mars 2009.

C. Par arrêt du 15 juillet 2010 (cause AI 377/08 - 290/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision du 13 juin 2008 de l'OAI. En substance, la Cour a considéré que le recourant présentait une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, estimant que le rapport du Dr F._____ du SMR était probant, et précisant que les problèmes cardiaques - survenus après la décision attaquée - ne pouvaient dès lors être pris en compte, le juge des assurances sociales appréciant la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Au plan psychiatrique, la Cour cantonale s'est référée à l'appréciation du Dr S._____ du 20 septembre 2007 et retenu que le recourant présentait à ce niveau une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée. Compte tenu d'un revenu sans invalidité fixé à 60'365 fr. et d'un revenu avec invalidité, à 70%, avec un abattement de 10%, de 37'111 fr. 20, le degré d'invalidité s'élevait à 38,52%, soit un taux insuffisant pour permettre l'ouverture du droit à la rente.

D. L'assuré a recouru auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 15 juillet 2010. Par arrêt du 6 avril 2011 (9C_758/2010), la Haute Cour a rejeté son recours, en retenant notamment ce qui suit :

« **2.**

La juridiction cantonale a constaté que le recourant présentait, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). En revanche, s'écartant de l'avis du SMR, elle a tenu compte d'une incapacité de travail de 30% liée à des affections d'ordre psychique, suivant en cela l'avis du docteur S._____, psychiatre traitant de l'assuré.

Les premiers juges ont ensuite procédé à l'évaluation de l'invalidité du recourant, en fonction d'une capacité résiduelle de travail de 70% dans un emploi adapté. Comparant le revenu sans invalidité de

60'365 fr. avec un gain d'invalidité de 37'111 fr., ils sont parvenus à un degré d'invalidité de 38,52%, inférieur au seuil ouvrant droit au quart de rente.

3.

Le recourant reproche au tribunal cantonal de n'avoir pas ordonné d'expertise pluridisciplinaire. Il motive ce grief par le fait que le docteur B._____, médecin associé au Service de rhumatologie et rééducation du D._____, avait critiqué le point de vue du SMR (rapport du 11 juillet 2008). Par ailleurs, le recourant soutient que le tribunal cantonal n'a pas suffisamment élucidé l'aspect psychiatrique du cas, alors que le docteur S._____ avait attesté la présence d'un épisode dépressif sévère (rapport du 9 juillet 2008).

4.

On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il conteste l'appréciation de l'incidence de ses affections somatiques dans l'exercice d'une activité médicalement adaptée. D'une part, le recourant méconnaît totalement le statut juridique de l'office AI et du SMR dans la procédure administrative d'instruction de la demande (art. 43 al. 1 LPG ; art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 RAI ; arrêt 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 publié in SVR 2009 IV n° 56 p. 174). D'autre part, il ne démontre pas en quoi l'appréciation des preuves à laquelle la juridiction cantonale a procédé serait insoutenable, voire arbitraire, singulièrement par le fait d'avoir admis, à la lumière de l'avis du SMR (cf. rapports des 13 septembre 2006 et 23 novembre 2007), qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (les limitations fonctionnelles décrites par le docteur F._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie dans son rapport du 13 septembre 2006, sont énoncées et discutées au consid. 4 du jugement attaqué).

Quant au volet psychiatrique, on saisit mal en quoi consistent exactement les critiques du recourant, étant rappelé que les premiers juges se sont entièrement ralliés à l'appréciation convaincante de son psychiatre traitant (cf. rapport du docteur S._____ du 9 juillet 2008). »

E. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 26 juillet 2012, en faisant état d'un infarctus avec pose de huit stents, de troubles statiques et dégénératifs importants en S1, d'un diabète insulino-dépendant, d'une insuffisance rénale et d'un état dépressif, alléguant une péjoration de son état depuis 2009. Il était toujours suivi, depuis 2005, par le Dr J._____, de même que par le Dr S._____ depuis 2008, ainsi que par le Service de néphrologie du D._____ (depuis 2002). Avec sa nouvelle demande, l'assuré a produit un rapport du Dr J._____ du 9 janvier 2012, qui a fait état de dorso-lombalgies invalidantes présentes depuis 2005, d'arthrose inter-apophysaire postérieure L4-L5 avec un conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche ainsi qu'une discarthrose L5-S1 avec un conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche. Il a en

outre mentionné un état dépressif chronique persistant mis en évidence depuis 2006, et précisé que son patient avait été victime d'un infarctus sur occlusion de la coronaire droite en 2009, avec pose de six stents et persistance d'un angor à l'effort. Le patient souffrait de douleurs thoraciques mixtes rhumatologiques, cardiaques et œsogastriques. Il était en outre suivi pour une dyslipidémie, un diabète de type 2, une dyspepsie non ulcéreuse et une maladie de Berger. Pour le Dr J._____, son patient était dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle, même légère, l'aggravation étant marquée depuis 2008 par un infarctus avec deux hospitalisations, une aggravation du diabète et une péjoration des douleurs.

Dans son rapport à l'OAI du 8 août 2012, le Dr J._____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques existant depuis 2005, et, sans effet sur la capacité de travail, un status post infarctus sur maladie coronarienne existant depuis 2009. Il a fait état d'un pronostic défavorable et estimé que la capacité de travail était nulle depuis 2005 dans la dernière activité. Il a notamment joint à son envoi son rapport du 6 juin 2011 au Service d'anesthésiologie du D._____ en vue d'une convocation en raison de la persistance des douleurs lombaires sur troubles statiques et dégénératifs avec probable syndrome radiculaire S1 droit ; le Dr J._____ précisait encore que le patient avait été hospitalisé en 2009 pour STEMI et pose de stent, et en 2011 pour angor instable sur cardiopathie ischémique et maladie tritronculaire. Le Dr J._____ a aussi produit un rapport de coronographie du 10 mai 2011 des Drs U._____, spécialiste en cardiologie, et T._____ du Service de cardiologie du D._____, selon lequel l'assuré présentait une maladie coronarienne tritronculaire avec resténose intrastent actif diffuse significative sur l'IVA distale, sténose significative de l'ostium de la Cx (artère non-dominante de petite taille) et bon résultat du stenting actif sur la CD moyenne avec minime prolifération néointimale focale. Les propositions thérapeutiques suivantes étaient formulées : indication à un traitement médicamenteux de première intention, aspirine et statine à vie, discuter clopidogrel au long cours et prévention secondaire optimale. Le Dr J._____ a également adressé le

rapport du 16 mai 2011 des Drs X._____, chef de clinique, et O._____, médecin assistante, au Service de cardiologie du D._____ à son attention, selon lequel, en tenant compte de l'absence de modification de l'ECG, des enzymes cardiaques dans la norme et du fait que la re-sténose intra-stent était localisée au niveau de l'IVA distale, un traitement médical conservateur était retenu en première intention, avec une IRM de stress à organiser pour documenter l'ischémie dans ce territoire avant de décider si une revascularisation était indiquée. Le Dr J._____ a encore adressé le rapport que le Dr B._____ lui a remis le 12 mars 2011, qui a notamment la teneur suivante :

« [...] »

Récapitulatifs des performances ECF

Tableau 1 - Ergothérapie

Activités	Charge en kg	Répétition ou temps	Fréquence cardiaque	Limite physique	Limite psychométrique
Porter sol-taille	6.5kg	5 aller/retour en 24 sec.	94	Charge trop lourde	Douleur 8/10
Porter taille-tête	9kg	1 aller/retour en 14 sec.	85	idem	Douleur 10/10
Lever horizontale	6.5kg	5 aller/retour en 34 sec.	81	idem	Douleur 8/10
Porter devant à 2 mains	6.5kg	1 aller/retour en 40 sec.			Douleur 10/10
Porter main droite	impossible				
Porter main gauche	impossible				
Monter un escalier	100x/100x		102	Boiterie à la marche. Rigidité hémi-corps droit	Douleur 7/10

Tableau 2 - Physiothérapie

EPREUVE	RESULTAT	REMARQUES
TESTS D'ENDURANCE GLOBAUX		
Sorensen (muscles érecteurs)	0 sec	N'arrive pas à garder le tronc à l'horizontale en raison de la faiblesse de cette musculature
Shirado (muscles abdominaux)	25 sec	Test stoppé par faiblesse musculaire
Timed up-and- go	10 sec	
Sit-to-stand test	19 répétitions/1 min	
Rollover-test G	13 sec	
D	12 sec	
Moyenne	12,5 sec	
Bruce(endurance globale)	3 min 42	Fréquence cardiaque maximale 125/ (85 % théorique = 141/) - A été stoppé par des pygalgies D à 8/10
MOBILITE		
Schöber modifié-modifié	18/15/14	
distance doigts-sol	54 cm	Bloqué par les lombalgies et des pygalgies à droite
EVA	4,5 cm = 4/10 selon échelle de Likert	
LASEGUE G	70°	Tensions dans les ischio-jambiers
D	40°	Pygalgies D

AVIS CARDIOLOGIQUE extraits scannés de la copie du rapport du 17.5.2010 du cardiologue, le Dr N._____ :
 « **L'ergométrie (85% FCMT, 150W)** est interrompue en raison de l'épuisement pour un effort faible (150w). »

« **En conclusion** il n'y a pas d'élément pour une progression significative de la maladie coronarienne avec persistance de DRS atypiques stables et ergométrie (après 5 jours d'arrêt de bbloquants) doublement négative (85% FCMT. 150W). Il n'est pas impossible

qu'une partie des symptômes soit d'origine ischémique vu une lésion intermédiaire de la CX ostiale connue et atteinte diffuse ; dans ce contexte je propose de poursuivre le traitement actuel, y compris le bloquant. »

DIAGNOSTICS :

Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes

- Troubles statiques et génératifs importants rachidiens avec probable syndrome radiculaire S1 droit irritatif et déficitaire chronique, dans un contexte de micro-instabilité segmentaire lombaire basse et de déconditionnement physique global et focal

Comorbidités :

- Discrète surcharge pondérale
- Maladie de Berger
- Status après infarctus du myocarde transmural inférobasal et médioventriculaire le 3.3.2009

DISCUSSION :

En résumé, sur le plan professionnel, les lésions rachidiennes de ce patient sont indiscutables elles entraînent l'impossibilité définitive de toute activité de force. L'activité adéquate découle de l'évaluation chiffrée ci-dessus, qui représente une ECF (discutée ci-dessous), parallèlement à une prise en charge de rééducation telle que décrite plus bas ; les limitations fonctionnelles cardiaques, néphrologiques et psychiatriques restent à discuter par les spécialistes concernés.

Cette ECF montre des limitations fonctionnelles objectives et importantes, elle est résumée dans les tableaux 1 et 2.

Elle représente la situation actuelle au moment de l'examen. Elle ne peut avoir de valeur pronostique, par contre elle démontre sans ambiguïté possible chez un patient collaborant, des limitations concordantes avec l'anamnèse et l'examen clinique du 11.11.2010. La limitation douloureuse est décrite systématiquement, toujours identique, sans variation de la description, elle s'accompagne d'une augmentation de la fréquence cardiaque chez un patient prenant par ailleurs des bêtabloquants, élément important en termes de traduction ou non-traduction neurovégétative de la douleur. Sans bêtabloquants, cette fréquence serait plus élevée et pourrait atteindre la FC maximale théorique de 141/'. La limite maximale de charge possible est bien définie, elle oscille entre 6 et 10 kg, l'augmentation des bras de levier montre une aggravation concordante de la symptomatologie douloureuse. Le tableau 2 dans sa dernière colonne « limites psychométriques », montre que la douleur augmente au fur et à mesure de l'intégration des épreuves, en particulier lors de l'augmentation du bras de levier en portant devant le corps à deux mains. A ce moment-là, Monsieur R. _____ n'a été capable de faire qu'un seul aller-retour en 40 secondes. La fréquence cardiaque a également répondu à la montée d'un escalier, s'accompagnant d'une boiterie à la marche, dans le cadre des douleurs fessières, déjà décrites dans le status statique.

En ce qui concerne les tests physiothérapeutiques, les valeurs sont toutes largement en dessous de la norme pour un sujet masculin de son âge, avec une valeur nulle pour la force des érecteurs du tronc,

(test de Sorensen), un test de Shirado effondré pour les abdominaux, ainsi qu'une limitation de la mobilité et des changements de position, le test du Timed up-and-go représentant une épreuve de marche brève aller-retour de la chaise à la chaise, le Sit-to-stand étant la capacité de s'asseoir et de se lever selon une fréquence maximale durant une minute, le Rollover consistant à tourner à gauche puis à droite le plus rapidement possible, lors du décubitus dorsal et enfin l'épreuve d'endurance globale à 3 min 42 est également en dessous des normes. Le test de Schöber modifié-modifié est une illustration des limitations de la mobilité de la colonne lombaire, il ne permet cependant pas de préjuger d'une limitation fonctionnelle en termes de durée et de répétition, la distance doigts-sol est de 54 cm, elle est également bloquée par une douleur fessière droite.

Ce que l'on peut tirer de cet examen est le cliché instantané des capacités fonctionnelles dynamiques du patient. Aucun test ne permet de définir une valeur pronostique. Par contre, il permet de définir, à partir de la situation du moment la voie dans laquelle devrait s'engager une rééducation correcte chez un patient présentant par ailleurs une diminution fonctionnelle au niveau cardiaque, testée à une valeur (faible selon le commentaire du Dr N._____) d'environ 150 Watt sur un appareillage d'ergométrie. Il s'agit d'une épreuve de laboratoire, dont le résultat devrait théoriquement pouvoir évoluer positivement avec une rééducation correcte. Il ne préjuge pas non plus de la même réponse dans un environnement professionnel réel.

Un mot sur les normes : celles-ci sont variables en fonction des populations étudiées et, pour certaines, ne s'appliquent pas telles quelles au patient. Par conséquent, certains résultats sont dans les normes, attestant de la bonne collaboration du patient mais la plupart au-dessous des valeurs attendues. Globalement, les résultats les plus mauvais s'observent dans les tests les plus délétères, compte tenu des lésions structurelles, 2^{ème} argument en faveur de l'absence d'éléments déterminants en faveur d'un processus important et décisif d'abaissement du seuil douloureux ou de manque de collaboration. Pour ne pas surcharger le tableau par de nombreuses références, j'ai donc renoncé à les inclure dans ce texte déjà suffisamment chargé. Il est clair que cet élément peut être complété en tout temps.

Sur la base de ces tests, seule une activité occupationnelle reste exigible. Pour améliorer M. R._____, il convient de lui donner la possibilité, à travers la reconnaissance de sa pathologie et des limitations qui en découlent, de casser le cercle vicieux de l'épuisement et de l'anxiété entretenant son déconditionnement. La reconnaissance d'une incapacité de travail complète dans n'importe quelle activité pour une durée limitée dans le temps (cf. ci-dessous) devrait le conduire à reprendre pied pour pouvoir s'investir dans le traitement décrit plus bas.

Par rapport à 2006, l'aggravation des lésions rhumatologiques est indiscutable, aussi bien en termes d'anamnèse que d'examen clinique avec l'insuffisance fonctionnelle du transverse de l'abdomen, qui, en octobre 2006 était parfaitement fonctionnel, de même que les contractures qui étaient réversibles. A l'époque

également, les épreuves de marche sur les talons et sur les pointes étaient indolores, seule l'extension maximale du tronc provoquait une discrète douleur en fin de mouvement. En 2006, il n'y avait également aucun argument pour un syndrome radiculaire, suggéré actuellement par l'anamnèse.

Cette situation, que j'ai expliquée à plusieurs reprises à Monsieur R._____, justifie une approche au très long cours de rééducation, visant d'abord à récupérer un minimum de condition cardio-vasculaire, puis secondairement et toujours très progressivement, un reconditionnement global et focal, c'est-à-dire également un travail d'endurance sur la musculature posturale dans son ensemble mais en particulier au niveau du rachis. On doit y associer des mesures travaillant sur la coordination et sur la mobilité, actuellement nettement perturbées par les dysbalances musculaires présentes.

Une telle approche, compte tenu de l'état général du patient et de ses pathologies annexes (cardio-vasculaire et néphrologique) peut demander 2 à 3 ans. Il s'agit de délais biologiques qui sont bien documentés dans la littérature scientifique sur le sujet, incontournables et devraient pouvoir être exécutées parallèlement à un réentraînement progressif au travail. La longueur de l'arrêt de travail représente cependant un écueil majeur dans une telle approche.

Un autre obstacle est représenté par l'état psychologique de ce patient, qui me paraît de plus en plus déprimé et de moins en moins capable de faire l'effort nécessaire pour accepter de voir sa douleur augmenter dans un premier temps lors des techniques de réadaptation, puis de s'inscrire au long cours dans ces techniques en autogestion. Dans un contexte de conflit asséculo-logique, une évaluation psychiatrique est indispensable.

Il est clair qu'il s'agit là des limitations découlant des lésions structurelles musculo-squelettiques. Pour être complet, il conviendrait d'interroger les néphrologues, ainsi que le Dr N._____, ce dernier particulièrement sur la capacité cardiaque. N'étant pas spécialiste dans ce domaine, dans un contexte asséculo-logique, ces avis complémentaires me semblent indispensables. Il en va de même de l'exploration de la sphère psychiatrique.

[...] »

Dans son rapport à l'OAI du 8 novembre 2012, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (léger/moyen, F 33.1) existant depuis 2007 et d'antécédents personnels de traumatisme psychologique (Z91.5) depuis l'après-guerre en Bosnie. Pour le Dr S._____, après plusieurs années de suivi psychothérapeutique régulier, la prise en charge actuelle consistait en un soutien ponctuel au besoin du patient. Aucune évolution

spectaculièrement positive n'était à attendre, le pronostic demeurant peu encourageant. La capacité de travail était nulle depuis 2005 dans l'activité d'ouvrier. Dans une activité adaptée, elle était de 20 à 40%. Le patient présentait des restrictions physiques dues à des lombalgies, ainsi que des limitations dues aux symptômes dépressifs telles que fatigabilité, épuisement des ressources entraînant des difficultés d'adaptation à des changements fréquents, rythme de production et d'action ralenti.

Le Dr G._____, chef de clinique au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du D._____, a indiqué à l'OAI le 2 septembre 2013 que l'assuré présentait un diabète de type 2 dans un contexte de syndrome métabolique avec un équilibre glycémique qui demeurait sous-optimal malgré le traitement (metformine 1 g deux fois par jour, Lantus 66 U le matin et Victoza 1,2 mg/j).

Par avis médical du 13 décembre 2013, le Dr A._____ du SMR a observé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'apparaissait ni plausible, ni crédible ou convaincante en l'état, si bien qu'il convenait d'en rester aux conclusions antérieures, en considérant que la situation demeurait inchangée.

L'assuré a été convoqué pour un entretien avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI. Dans le rapport du 23 juillet 2014 faisant suite à cette entrevue, le spécialiste en réinsertion a relevé ce qui suit :

« Notre assuré présente une IT totale dans sa profession et une CT de 70% dans une activité adaptée.

Nous estimons que des mesures professionnelles ne permettraient pas de diminuer de façon notable son préjudice économique.

En effet, M. R._____ ne possède pas les prérequis nécessaires pour effectuer une formation de type CFC et de ce fait seule une activité industrielle légère est envisageable.

N'ayant plus exercé d'activité depuis plus de 10 ans, nous estimons qu'un réentraînement au travail dans un milieu industriel léger serait adéquat.

Bien que notre assuré soit intéressé à suivre cette mesure, il nous a clairement informés qu'il n'est pas en mesure de travailler à 70% actuellement.

Dès lors, M. R._____ a été informé que le droit à une rente de notre assurance n'était pas ouvert.

Afin de l'aider à mettre en valeur sa capacité de travail exigible, nous lui avons proposé une aide au placement.
A ce sujet, il sera convoqué pour une séance d'information.

[...]

Attente de l'assuré et motivation pour un projet professionnel :

Aucune attente. En effet, cela fait 10 ans qu'il n'exerce plus aucune activité lucrative et notre assuré s'estime totalement incapable de reprendre un emploi à 70%. »

Par projet de décision du 10 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations (reclassement et rente), avec la motivation suivante :

« La première demande de prestations AI du 2 juin 2005 a été rejetée par arrêt du Tribunal fédéral le 6 avril 2011 au motif que M. R. _____ présentait un degré d'invalidité de 38.52%. En effet, une capacité de travail de 70% pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son atteinte à la santé.

Le 26 juillet 2012, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations AI.

Après instruction de cette dernière, force est de constater qu'il n'y a aucune modification de son état de santé.

Dès lors, le préjudice économique reste inchangé. Aucune mesure professionnelle n'est susceptible de réduire ce dernier. »

L'assuré, désormais représenté par Procap, a présenté le 11 novembre 2014 ses objections au projet de décision. Il s'est référé au rapport du Dr B. _____ du 12 mars 2011, selon lequel ses lésions rachidiennes entraînaient l'impossibilité de toute activité de force, seule une activité occupationnelle restant exigible. Il s'est également fondé sur les observations du Dr J. _____, selon lesquelles il présentait une incapacité de travail totale. Il a regretté que le dernier examen du SMR date du 30 août 2006, et que les atteintes cardiaques et néphrologiques n'aient pas été prises en compte. Il a relevé que si la plupart de ses atteintes étaient considérées comme non invalidantes à elles seules au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), il ne faisait aucun doute que si on les surajoutait aux autres, les limitations fonctionnelles étaient plus importantes que celles retenues en 2006 dans l'examen SMR. Il a en outre contesté qu'un abattement de 10%

soit toujours d'actualité, compte tenu de son âge notamment. Il a joint à ses observations un rapport du 29 octobre 2014 du Dr J. _____ à Procap, selon lequel il était dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle, même légère, avec pronostic défavorable tant au niveau cardiaque que de son diabète.

Dans son avis médical du 25 novembre 2014, le Dr A. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de faire préciser l'évolution de la maladie cardiaque depuis 2011, ainsi que l'atteinte au plan néphrologique.

Le 8 décembre 2014, l'OAI a alors invité le représentant de l'assuré à lui indiquer le nom de son cardiologue et de son néphrologue, ainsi que la date de la dernière consultation.

Le 22 décembre 2014, le représentant de l'assuré a indiqué que la dernière consultation auprès du Dr X. _____ remontait au 20 septembre 2011, et celle auprès du Dr W. _____, spécialiste en néphrologie, le 7 septembre 2010.

Par avis du 13 janvier 2015, le Dr A. _____ du SMR a relevé que la dyslipidémie et le diabète de type II étaient déjà connus en 2006 et considérés comme non incapacitants, que les dorso-lombalgies avaient déjà été investiguées, que l'insuffisance rénale chronique (IRC) était modérée et non incapacitante (le Dr J. _____ ne la retenant du reste pas le 8 août 2012 comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail), qu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique, et que le Dr J. _____ estimait que le status post-infarctus en 2009 était sans effet sur la capacité de travail. En outre, aux plans cardiaque et néphrologique, le Dr A. _____ relevait une absence de suivi spécialisé avec des examens paracliniques depuis quatre ans. Il en restait donc aux conclusions antérieures, estimant la situation inchangée.

Par décision du 19 janvier 2015, l'OAI a confirmé son projet du 10 septembre 2014. Le même jour, il a fait savoir à l'assuré qu'il n'était pas en mesure de revoir sa position, dès lors qu'il n'avait plus consulté de

spécialistes en cardiologie et néphrologie depuis respectivement 2011 et 2010.

F. Par acte du 18 février 2015, R._____, toujours représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, à ce que son droit à bénéficier, pour autant que son état de santé le permette, de mesures d'orientation, de reclassement et d'un service de placement soit constaté, le dossier étant pour le surplus renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il fait valoir que l'intimé est entré en matière sur sa nouvelle demande, admettant ainsi implicitement qu'une aggravation de son état avait été rendue plausible, la nouvelle atteinte sous forme de maladie coronarienne étant responsable d'un angor à l'effort, avec une aggravation du diabète, une augmentation des douleurs et une maladie de Berger. En outre, il était suivi aux plans cardiologique et néphrologique par le Dr J._____, et le Dr B._____ avait indiqué dans son rapport du 12 mars 2011 que l'aggravation des lésions rhumatologiques était indiscutable depuis 2006. Quant au plan psychiatrique, le Dr S._____ faisait état d'une situation cristallisée avec un patient de plus en plus évitant. Pour le recourant, en présence d'indices d'aggravation, une évaluation psychiatrique était dès lors nécessaire. Au niveau du reclassement, le recourant a encore expliqué contester la conclusion de la division de réadaptation selon laquelle il n'existerait pas de mesure propre à diminuer le préjudice économique, estimant qu'il devrait au moins être mis au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle puis d'une formation pratique suivie d'un soutien dans le cadre des recherches d'emploi.

Dans sa réponse du 13 avril 2015, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant pour l'essentiel à l'avis du SMR du 13 janvier 2015.

Dans sa réplique du 26 mai 2015, le recourant répète que son cas, en présence d'atteintes nouvelles, aurait dû faire l'objet d'un complément d'instruction, arguant pour le surplus que la situation cardiaque n'est pas stabilisée, dans la mesure où il avait dû se faire poser

un septième stent en début d'année, ses antécédents cardiaques et anticoagulants l'empêchant de bénéficier d'infiltrations pour soulager ses lombalgies, si bien qu'une consultation était prévue auprès du Dr P._____, médecin praticien. Le recourant a produit les pièces suivantes avec son écriture :

- Un rapport du 27 janvier 2015 du Dr J._____, selon lequel il présentait depuis 2005 des lombalgies invalidantes, avec péjoration de ses douleurs thoraciques mixtes ; il présentait depuis 2006 un état anxio-dépressif chronique persistant, et avait été victime d'un infarctus en 2009, avec pose de six stents, et hospitalisé en 2011 pour aggravation de son état sous la forme d'un angor instable sur cardiopathie ischémique et maladie tritonculaire avec persistance d'une angine de poitrine à l'effort. Sa capacité de travail était nulle, sans qu'une mesure de réadaptation ne soit envisageable ;

- Un rapport du 20 mars 2015 du Dr I._____, médecin adjoint au Service de néphrologie du D._____, qui a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique de stade 3A1 probablement sur néphrangioclérose avec possible composante de néphropathie diabétique, qui a constaté que la fonction rénale du recourant avait été parfaitement stable entre 2010 et 2015 ; le Dr I._____ proposait la suite de la même thérapie médicamenteuse et le suivi de la fonction rénale tous les six mois. La capacité de travail n'était pas limitée par la fonction rénale actuelle, « mais plutôt par les comorbidités cardiaques et rhumatologiques ». Le Dr I._____ précisait à cet égard que vu les antécédents cardiaques, tout effort physique pouvait déclencher une ischémie cardiaque et était donc plutôt risqué ;

- Un rapport du 8 mai 2015 du Dr Y._____, qui a notamment relevé ce qui suit : « L'examen clinique montre un patient de bonne stature sans scoliose ni cyphose avec un léger Shift thoracique à gauche, musculature vertébrale compensée, la marche sur la pointe des pieds et talon est possible. Pas de boiterie, l'inclinaison gauche provoque une douleur lombaire droite. Schober 10-12, DDS 40. Extension sensible. Il

n'y a pas de troubles moteurs des membres inférieurs ni supérieurs. Légère hyposensibilité sur la face interne des deux tibias. Réflexes ostéotendineux normo-vifs aux quatre membres, Babinski négatifs, pas de clonus, Hoffman négatif. [...] Je n'ai pas d'indications chirurgicales à proposer au patient, les patients avec des lombalgies ne répondent pas bien aux interventions, de plus il s'agit d'une situation chronicisée. De plus toute prise en charge sera extrêmement risquée avec tous les antécédents cardiaques. Le patient arrive à bout de sa capacité psychique à supporter tous ces recours avec l'AI. Il semble extrêmement épuisé. Pour l'aider dans ses démarches avec l'AI je pense que la personne de choix serait le Dr P._____, je demanderais donc au Dr P._____ de bien vouloir convoquer le patient à sa consultation. Je pense néanmoins qu'une reprise de travail me semble extrêmement difficile dans le cas d'un patient avec des lombalgies chroniques et en plus des antécédents cardiaques importants. » ;

- Un rapport du Dr N._____ du 9 février 2015 selon lequel il existe une probabilité élevée de progression de la coronopathie avec recrudescence de DRS qui sont nettement reproduites par l'ergométrie (85% FCMT, électriquement négative). L'écho du jour est comparable à la description de 2009 avec FEVG limite inférieure de la norme sur « hyp inf basal/moy ». Il n'y avait pas de progression de la calcification de la valve aortique qui restait importante mais toujours sans sténose significative. Une coronographie allait être organisée prochainement.

Le 17 juin 2015, l'OAI a indiqué que le SMR avait besoin d'un rapport du Dr N._____ précisant la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et depuis quand elle existe, pour se déterminer. L'intimé a produit un avis du Dr A._____ du SMR du 9 juin 2015, selon lequel la situation au plan ostéoarticulaire était stable. Sur le plan cardiaque, il n'y avait eu qu'un contrôle le 10 mai 2010. Il convenait toutefois que le Dr N._____ se prononce sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr N._____ a été invité le 13 juillet 2015 à se prononcer sur la question de la capacité de travail du recourant, ainsi que sur les questions de ce dernier.

Dans son rapport du 14 juillet 2015 à la Cour de céans, le Dr N._____ a relevé ce qui suit :

« [...]

1. Au vu des derniers examens cardiologiques, [quelle est la capacité de travail de R._____ dans une activité adaptée ?]

Au dernier contrôle du 01.07.15, le patient rapportait comme seule plainte de la sphère cardiovasculaire une dyspnée discrète. Sur le plan objectif, la cycloergométrie du 09.02.15 (avant la dernière pose de stent effectuée le 10.03.15) montrait une capacité d'effort basse (125W pour 160 minimum attendu selon âge/gabarit) ; l'échocardiographie du 09.02.15 montrait une fonction cardiaque globale à la limite inférieure de la norme (FEVG 50%) sans autre anomalie. Suite à la dernière intervention coronarienne du 10.03.15 (pose de stent), la vascularisation du muscle cardiaque est actuellement normale (revascularisation complète).

Du point de vue cardiologique, les paramètres cardiaques objectifs étant discrètement abaissés on peut imaginer une limitation significative pour tous les travaux nécessitant de la force physique mais pas pour des activités ne nécessitant que des efforts légers. Cependant comme précisé plus haut le patient présente d'autres affections dont je ne connais pas le détail ni leur éventuelle influence sur la capacité de travail.

2. A compter de quelle date [cette capacité de travail existe-t-elle (pour autant qu'elle existe) ?]

La situation cardiologique est actuellement stable et les constatations développées au point 1 sont actuellement valables.

3. Pourriez-vous évaluer la capacité [de travail dans une activité adaptée de R._____, en vous prononçant sur la baisse de rendement compte tenu de son état général (diabète, augmentation des douleurs [douleurs thoraciques mixtes rhumatologiques, cardiaques et oesophago-gastriques], maladie de Berger) ?]

Je ne peux pas me prononcer de façon détaillée sur la capacité de travail dans le contexte de l'état général, n'ayant une connaissance détaillée QUE de la problématique cardiaque.

4. Dans le cas où vous vous distanciez [de l'incapacité de travail totale attestée par le Dr J._____, pourriez-vous indiquer les raisons justifiant votre appréciation ?]

Je n'ai pas été informé des constatations du Dr J._____ concernant la capacité de travail de Monsieur R._____.

5. La situation cardiaque est-elle aujourd'hui stabilisée [malgré la pose d'un septième stent en début d'année ? Quelle est l'évolution depuis lors ?]

La situation cardiaque est actuellement stable ; je recommande un suivi annuel par test d'effort.

6. R. _____ peut-il bénéficier d'infiltrations [pour soulager ses lombalgies compte tenu de ses antécédents cardiaques (anticoagulants) ?]

Je n'ai aucune compétence rhumatologique et ne peux me prononcer sur l'éventuel effet d'infiltrations.

A noter que le patient n'est pas sous anticoagulants mais sous antiagrégants ce qui représente une contre-indication seulement relative aux infiltrations (à discuter avec le spécialiste en fonction de la localisation des infiltrations)

7. A votre avis, des investigations complémentaires [sortant de votre spécialité seraient-elles nécessaires pour apprécier la capacité de travail exigible de R. _____, et dans l'affirmative, quelles seraient-elles ?]

Une évaluation rhumatologique pourrait être utile vu la présence de lombalgies semblant avoir une influence sur les activités du patient ; plus globalement, une évaluation par un spécialiste de la médecine du travail pourrait apporter certaines réponses.

[...] »

Dans ses déterminations du 3 septembre 2015, l'OAI a relevé que la capacité de travail de l'assuré était à l'heure actuelle entière dans une activité légère, soit en tout cas depuis le 10 mars 2015. Il proposait toutefois que le Dr N. _____ soit réinterpellé sur la question de savoir depuis quand cette capacité de travail existait. Il a joint à son envoi un avis du 7 août 2015 du Dr A. _____ du SMR, qui a admis que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de manœuvre, mais entière dans une activité adaptée sur le plan cardiologique dans un poste sans contrainte physiques, soit à 70% selon le rapport médical SMR du 11 octobre 2006. Pour le Dr A. _____, on pouvait admettre que cette capacité de travail était entière depuis le 10 mars 2015 (pose de stent et revascularisation complète). Pour la période de 2011 à 2014, le Dr J. _____ avait indiqué le 8 août 2012 que le status post infarctus en 2009 était non incapacitant ; il n'y avait en outre pas d'examen ou preuves objectives (ECG, ergométrie) au cours de cette période, le Dr N. _____

indiquant le 9 février 2015 un suivi « 6 ans après l'infarctus de 09 ». Le Dr A._____ proposait toutefois de réinterpeller le Dr N._____ sur la capacité de travail entre 2011 et le 10 mars 2015, en indiquant les examens sur lesquels il s'appuierait (ECG, ergométrie).

Le 28 septembre 2015, le recourant a relevé que ses problèmes cardiologiques, qui en tant que tels ne semblaient pas invalidants dans une activité adaptée, contre-indiquaient néanmoins les infiltrations qui pourraient le soulager au plan rhumatologique. Il concluait dès lors à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, avec volets cardiologique, rhumatologique, néphrologique, de médecine interne et psychiatrique.

Le 6 octobre 2015, l'OAI a estimé qu'une telle expertise n'était pas nécessaire.

Le 19 octobre 2015, le recourant a déploré que l'intimé fasse abstraction des interactions existant entre ses différents problèmes de santé et a renouvelé sa requête d'expertise pluridisciplinaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), 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) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesures d'ordre professionnel), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de ce dernier s'est péjoré depuis la dernière décision entrée en force reposant 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, savoir en l'occurrence celle du 13 juin 2008.

3. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). 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 et les références). 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).

Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4)

4. 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 (cf. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

5. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

b) 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.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3 et les références). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce ; en particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité (ATFA 1965 p. 42), sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b et 99 V 34) et, si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2).

Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 8 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

6. a) Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'ouvrier. Il est également constant que ce sont d'une part ses lombalgies, et d'autre part l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques diagnostiqué par le Dr S. _____ (cf. rapport de ce médecin du 20 septembre 2007) qui ont conduit la Cour des assurances sociales à retenir dans son arrêt du 15 juillet 2010, confirmé par le Tribunal fédéral le 6 avril 2011, que le recourant présentait une capacité de travail entière au plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir celles décrites par le Dr F. _____ dans son rapport du 13 septembre 2006 [nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc]), et de 70% au plan psychiatrique.

Déjà dans le cadre du recours déposé contre la décision de refus de prestations du 13 juin 2008, le recourant avait produit un rapport du 17 mars 2009 du Dr J. _____ faisant état d'un infarctus sur occlusion de la coronaire droite survenu le 3 mars 2009, avec hospitalisation jusqu'au 10 mars 2009. Les problèmes cardiaques, survenus après la

décision précitée, n'avaient toutefois pas été pris en compte dans le cadre de l'examen du cas, dans la mesure où les premiers juges avaient rappelé statuer en appréciant la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où ladite décision avait été rendue. Or ce sont essentiellement les problèmes cardiaques rencontrés par le recourant qu'il a mis en avant à l'appui de sa nouvelle demande du 26 juillet 2012. A cette occasion, il a expliqué avoir été victime d'un infarctus « avec pose de 8 stents ». Il a en outre indiqué présenter des troubles statiques et dégénératifs importants en S1, un diabète insulino-dépendant, une insuffisance rénale et un état dépressif, estimant que son état s'était péjoré depuis 2009.

b) Sur le plan somatique, le recourant présente toujours des dorso-lombalgies ; le Dr J._____ a ainsi posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques existant depuis 2005 dans son rapport du 8 août 2012 à l'OAI. Le Dr B._____ n'a pas non plus fait état d'éléments nouveaux au plan rachidien qui seraient de nature à attester d'une péjoration : il a diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes dans son rapport du 12 mars 2011 au Dr J._____. Pour le Dr B._____, les lésions rachidiennes du patient sont indiscutables et entraînent l'impossibilité définitive de toute activité de force. Il estime en outre que les lésions rhumatologiques se sont aggravées par rapport à 2006, avec une insuffisance fonctionnelle du transverse de l'abdomen qui était alors fonctionnel, de même que les contractures qui étaient réversibles. A l'époque également, les épreuves de marche sur les talons et les pointes étaient indolores. Or le Dr F._____ avait relevé lors de son examen du 30 août 2006 que le recourant avait refusé de marcher sur la pointe des pieds et sur les talons, « prétextant la crainte de lombalgies à la pratique de ces épreuves ». Cette observation va dans le sens de celle faite en 2011 par le Dr B._____. Quoi qu'il en soit, le dernier médecin à avoir procédé à un examen clinique de l'assuré est le Dr Y._____. Or ce médecin a relevé dans son rapport du 8 mai 2015 que la marche sur la pointe des pieds et talon était possible. Le Dr Y._____ a en outre constaté l'absence de boiterie, seule l'inclinaison gauche provoquant une

douleur lombaire droite et l'extension étant sensible. Le Dr B._____ ne s'est au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, indiquant d'une part qu'à ses yeux, seule une activité occupationnelle restait exigible, mais expliquant par ailleurs que pour améliorer le recourant, il y avait lieu de lui donner la possibilité de « casser le cercle vicieux » de l'épuisement et de l'anxiété entretenant son déconditionnement. Quant à l'arthrose inter-apophysaire postérieure L4-L5 avec conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche et une discarthrose L5-S1 avec un conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche, diagnostics posés par le Dr J._____ le 9 janvier 2012, ils sont connus, dans la mesure où ils résultent des conclusions du rapport des Drs L._____ et V._____ du 22 mars 2007.

Enfin, s'il est exact que le Dr J._____ a fait état d'une incapacité de travail totale dans toute activité dans ses rapports des 29 octobre 2014 et 27 janvier 2015 à Procap et au Service de rhumatologie du D._____, on relèvera que ce médecin mentionnait déjà dans son rapport du 10 juillet 2007 une incapacité de travail totale dans toute activité.

On retiendra dès lors que dans une activité adaptée, le recourant conserve une capacité de travail entière.

c) Au plan cardiologique, le recourant a été victime d'un infarctus sur occlusion de la coronaire droite en 2009, avec pose de six stents et persistance d'un angor à l'effort (cf. rapport du Dr J._____ du 9 janvier 2012). Il a en outre été hospitalisé en 2011 en raison d'un angor instable sur cardiopathie ischémique et maladie tritronculaire (cf. rapport du Dr J._____ du 8 août 2012). Selon le rapport du 10 mai 2011 des Drs U._____ et T._____, dans la mesure où le recourant présentait une maladie coronarienne tritronculaire, il convenait de mettre en place un traitement médicamenteux de première intention (avec prise de statine et d'aspirine). Le 16 mai 2011, les Drs X._____ et O._____ ont confirmé au Dr J._____ qu'en l'absence de modification de l'ECG, avec des enzymes cardiaques dans la norme et une re-sténose intra-stent localisée

au niveau de l'IVA distale, un traitement conservateur était retenu en première intention.

Interpellé par l'OAI sur la date de sa dernière consultation chez le cardiologue, le recourant a expliqué le 22 décembre 2014 avoir vu le Dr X._____ pour la dernière fois le 20 septembre 2011. Il résulte du reste du rapport adressé à l'OAI par le Dr J._____ le 8 août 2012 que le status post infarctus sur maladie coronarienne existant depuis 2009 est sans effet sur la capacité de travail.

Dans le cadre de la procédure de recours, le Dr N._____ a été invité à renseigner la Cour sur l'atteinte cardiaque du recourant. Il a exposé le 14 juillet 2015 que du point de vue cardiologique, dès lors que les paramètres cardiaques objectifs étaient discrètement abaissés, on pouvait imaginer une limitation significative pour tous les travaux nécessitant de la force physique, mais pas pour des activités ne nécessitant que des efforts légers. Le Dr N._____ constatait que la situation cardiaque était actuellement stable et recommandait un suivi annuel par test d'effort. Le Dr A._____ du SMR a ainsi admis que la capacité de travail au plan cardiologique était entière dans un poste sans contraintes physiques, en relevant pour le surplus qu'il n'y avait pas entre 2011 et 2014 d'examens ou preuves objectives (ECG, ergométrie), le Dr N._____ indiquant dans son rapport du 9 février 2015 un suivi « 6 ans après l'infarctus de 09 ».

On peut ainsi constater qu'aux limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de la première décision (nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) s'ajoute que l'activité adaptée doit être légère, soit sans contrainte physique. Il n'est au demeurant pas établi que la capacité de travail a été diminuée dans l'activité adaptée en raison de l'atteinte au plan cardiologique, compte tenu de l'avis du médecin traitant qui admet que le status post infarctus est sans effet sur la capacité de travail (cf. son

rapport du 8 août 2012), en l'absence de suivi spécialisé entre 2011 et 2015 et d'examens durant cette période.

On relèvera encore que le recourant admet que ses problèmes cardiologiques ne semblent pas en tant que tels invalidants dans une activité adaptée (cf. écriture du 28 septembre 2015). Certes le Dr N._____ a précisé que la prise d'antiagrégants représentait une contre-indication relative aux infiltrations. Il a toutefois précisé que cette question serait à discuter avec le spécialiste en fonction de la localisation de l'infiltration. Il ne ressort quoiqu'il en soit pas du dossier du recourant que celui-ci aurait bénéficié d'infiltrations. Le Dr B._____ ne mentionne du reste pas d'infiltrations dans son rapport du 12 mars 2011 relatif aux mesures à mettre en place pour améliorer la situation du recourant.

L'atteinte au plan cardiologique est donc sans effet sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

d) Il est en outre établi que le recourant présente un diabète de type II, dont le Dr J._____ estime qu'il s'est péjoré en 2008 (cf. rapport du 9 janvier 2012). Le Dr G._____ a également mentionné un diabète de type 2 dans un contexte de syndrome métabolique avec un équilibre glycémique demeurant sous-optimal malgré le traitement (cf. rapport du 2 septembre 2013). Le Dr J._____ n'explique pas en quoi le diabète se serait péjoré. Il ne le liste d'ailleurs pas dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Le diabète du recourant est en outre déjà connu, puisque le Dr F._____ mentionnait déjà dans son rapport du 13 septembre 2006 la découverte d'un diabète sept ans auparavant. Une répercussion du diabète sur la capacité de travail n'est donc pas établie.

e) Quant au plan néphrologique, le recourant a indiqué le 22 décembre 2014 sur requête de l'OAI qu'il avait consulté pour la dernière fois le Dr W._____ le 7 septembre 2010. En procédure, le recourant a produit un rapport du Dr I._____ selon lequel la fonction rénale avait été parfaitement stable entre 2010 et 2015, si bien que le même traitement

médicamenteux était proposé, avec suivi de la fonction rénale tous les six mois. De l'avis du Dr I._____, la capacité de travail n'était pas limitée par la fonction rénale actuelle, « mais plutôt par les comorbidités cardiaques et rhumatologiques ». L'atteinte rénale n'est donc pas de nature à réduire la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

f) Sur le plan psychiatrique, le Dr J._____ a mentionné un état dépressif chronique persistant depuis 2006 (cf. rapport du 9 janvier 2012). Là encore, il ne s'agit pas d'un élément nouveau, respectivement propre à attester d'une péjoration de l'état du recourant : il a d'ailleurs été admis que le recourant présentait une incapacité de travail de 30% au plan psychiatrique, imputable à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapport du Dr S._____ du 20 septembre 2007). Certes dans son rapport à l'OAI du 8 novembre 2012, le Dr S._____ ne fait état que d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 20 à 40%. Il ne mentionne toutefois aucun élément propre à attester d'une péjoration depuis son rapport de septembre 2007, au contraire : alors qu'en 2007, le diagnostic posé était celui d'épisode dépressif sévère, le psychiatre traitant fait désormais état d'un trouble dépressif récurrent léger à moyen (F 33.1). Il pose aussi le diagnostic d'antécédents personnels de traumatisme psychologique depuis l'après-guerre en Bosnie (Z91.5), mais il ne s'agit pas là d'une atteinte nouvelle, le Dr S._____ indiquant ainsi déjà dans son rapport du 20 septembre 2007 que son patient pleurait souvent, notamment lorsqu'il était question du vécu de ses enfants en Bosnie. Le Dr S._____ admet au demeurant que la prise en charge consiste désormais en un soutien ponctuel au besoin du patient, et non plus en un suivi régulier. De l'avis du Dr S._____, il n'y a pas eu d'évolution et les restrictions énoncées sont en lien avec les lombalgies, ainsi qu'avec les symptômes dépressifs, à savoir une fatigabilité, un épuisement des ressources entraînant des difficultés d'adaptation à des changements fréquents, ainsi qu'un rythme de production et d'action ralenti. Or le Dr S._____ mentionnait déjà en 2007 des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur marqué lié à la dépression. Il n'incombe

pour le surplus pas au psychiatre de se prononcer sur la capacité de travail au plan somatique. On retiendra dès lors - à l'avantage du recourant - que sa situation au plan psychiatrique est demeurée stable.

g) Finalement, la situation du recourant est très largement superposable à celle ayant donné lieu à la décision initiale du 13 juin 2008. Il convient toutefois d'ajouter aux limitations fonctionnelles déjà définies celles en lien avec l'atteinte au plan cardiologique, savoir une activité légère. Cette seule limitation fonctionnelle supplémentaire est toutefois sans incidence sur l'activité pouvant être exercée avec invalidité, le revenu avec invalidité ayant été arrêté sur la base de l'ESS, niveau de qualification 4, étant admis que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

h) Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Le recourant requiert que son droit à des mesures d'orientation, de reclassement et d'aide au placement soit constaté, « pour autant que son état de santé le permette », dans la mesure où son taux d'invalidité est supérieur à 20%.

Il n'y a en l'occurrence toutefois pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé, qui a constaté par le biais de son service de réadaptation qu'aucune mesure professionnelle ne permettait de diminuer de manière notable le préjudice économique de l'assuré, notamment parce qu'il ne présente pas les prérequis nécessaires pour effectuer une formation de type CFC.

En outre, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité industrielle légère avec alternance des positions et sans porte-à-faux statique prolongé du tronc, et de l'expérience professionnelle acquise dans son activité d'ouvrier exercée pendant plus de douze ans, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (cf. dans ce sens TF 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5).

8. a) Vu ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) In casu, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et

législatif de fixer les modalités de recouvrement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3).

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 janvier 2015 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Le recourant, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V. 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 :

- Procap, Service juridique (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 :