

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré), né en 1956, a exercé comme ouvrier dans différentes entreprises avant de se former « sur le tas » comme peintre en bâtiment, œuvrant dans cette profession durant une dizaine d'années. En novembre 1994, dès l'obtention d'un diplôme d'une école professionnelle de massage, il s'est établi comme indépendant, ouvrant un cabinet de masseur-rebouteux.

Le 26 février 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, subsidiairement d'une rente, se prévalant d'une hypertension artérielle et de hernies discales et gastriques.

L'instruction médicale menée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a mis en évidence la présence de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs rachidiens prédominant au niveau lombaire avec hernie discale L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'une hypertension artérielle depuis 1980. Dans un rapport du 9 décembre 1997, la Dresse X._____, médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité de travail de 50% depuis mars 1995 dans la profession de masseur. L'assuré était limité dans les activités stressantes, nécessitant des efforts physiques et le port de charges lourdes, et ne pouvait plus œuvrer dans son activité antérieure de peintre en bâtiment. Le 20 janvier 1998, sur interpellation de l'OAI, la Dresse X._____ a précisé qu'une activité légère était envisageable mais pas au-delà d'un 50%, son patient présentant une hypertension grave, ancienne, constituant un facteur de risque certain, à laquelle s'ajoutait un syndrome douloureux lombaire chronique.

Une expertise médicale a été réalisée en mars 1999 par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, au terme de laquelle ont été retenus les diagnostics d'hypertension artérielle mal stabilisée, de lombalgies chroniques, de cervicalgies sur arthrose débutante et

d'obésité. Le Dr M._____ a conclu que l'état de santé de l'assuré lui permettait parfaitement de travailler au taux de 100% dans une activité adaptée, étant précisé que représentait une telle activité la profession de masseur-rebouteux, comme d'autres activités n'impliquant pas le port de charges lourdes (cf. complément d'expertise du 19 août 1999).

Se fondant sur les pièces au dossier et particulièrement l'expertise du Dr M._____, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité par décision du 23 septembre 1999. Sa capacité de travail en qualité de masseur-rebouteux étant complète et son état de santé lui permettant également de travailler à 100% dans d'autres activités n'impliquant pas le port de lourdes charges, l'assuré ne présentait aucun préjudice économique du fait de son état de santé.

B. S._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 septembre 2014, faisant notamment état d'une chirurgie cardiaque.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a interpellé le Dr Z._____, spécialiste en cardiologie, lequel a transmis un rapport établi le 24 septembre 2013 à l'attention du médecin traitant. Il en résultait le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire ayant justifié deux pontages aorto-coronariens (PAC) en août 2013. A titre de facteurs de risque cardiovasculaire, il était mentionné l'hypertension artérielle, une hyperlipidémie, un tabagisme et une obésité. Le Dr Z._____ avait fait passer à l'assuré un test d'effort près d'un mois après le double pontage, soit le 20 septembre 2013, dont le résultat était retranscrit comme suit :

« Test d'effort incomplet en termes de fréquence (56% FCMT [fréquence cardiaque maximum théorique]) sous traitement chronotrope négatif, complet en termes d'effort (175W pour 175W attendus), non significatif (DP 15'600), doublement négatif pour une ischémie myocardique. Capacité fonctionnelle normale. Bonne adaptation de la TA [tension artérielle] à l'effort. Absence d'arythmie. Insuffisance chronotrope asymptomatique sous traitement chronotrope négatif.

Discussion :

Monsieur S. _____ ne présente pas d'ischémie myocardique lors de l'effort physique maximal attendu. Il souffre d'une insuffisance chronotrope asymptomatique sous traitement chronotrope négatif. Par ailleurs, aucun trouble du rythme, ni de récurrence de FA [fibrillation auriculaire] n'ont été constatés. »

Le 1^{er} octobre 2014, la Dresse R. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire, status post deux PAC en 2013, était posé comme affectant la capacité de travail ; les diagnostics d'hypertension artérielle, dyslipidémie, fibrillation auriculaire paroxystique, surcharge pondérale, intolérance au glucose et status post-hernie discale L4-L5 et L5-S1 étaient reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail. La Dresse R. _____ mentionnait une dyspnée d'effort stable, des douleurs thoraciques d'origine pariétale gênantes au quotidien, une fatigabilité importante et l'absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque. Le pronostic était favorable chez un patient présentant toutefois de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire. Une incapacité de travail totale dans l'activité de peintre en bâtiment était attestée du 15 décembre 2013 au 31 octobre 2014, activité qui n'apparaissait plus exigible compte tenu des multiples restrictions physiques, soit le port de charges lourdes et l'élévation des bras.

Le 13 octobre 2014, à la demande de l'OAI, la Dresse R. _____ a remis différents documents médicaux relatifs au séjour de l'assuré au T. _____, Service de chirurgie cardiaque, pour la période du 26 août au 4 septembre 2013. Il y était notamment mentionné une maladie coronarienne tritronculaire peu symptomatique, une intervention de double pontage coronarien le 27 août 2013 qui s'était bien déroulée et avait bien réussi, et une incapacité de travail totale du 26 août au 26 octobre 2013 avec réévaluation par le chirurgien opérateur.

Lors d'un entretien à l'OAI le 23 octobre 2014 intervenant dans le cadre de la phase d'intervention précoce, l'assuré a indiqué ne plus rechercher d'emploi depuis environ deux ans et être au bénéfice du revenu d'insertion après avoir perçu des indemnités de chômage au terme

de son contrat de travail. Dans le formulaire de demande de prestations, il avait indiqué exercer la profession de peintre en bâtiment et produit son curriculum vitae faisant état de l'exercice de cette activité durant les années 2004 à 2011 dans le cadre de différentes missions temporaires. L'extrait de son compte individuel révélait par ailleurs qu'il n'était plus inscrit en qualité de personne de condition indépendante depuis décembre 2004 ; il avait cotisé comme salarié auprès de [...] SA entre novembre 2004 et juin 2006, auprès d' [...] SA de juin 2007 à mars 2009 puis de deux autres entreprises entre mars et novembre 2011 ; il avait en outre cotisé en tant que personne sans activité lucrative pour l'année 2010.

Lors de l'entretien du 23 octobre 2014, l'assuré a confirmé ne pas être intéressé par des mesures d'intervention précoce, ne s'estimant pas capable de travailler en raison de son état de santé. De ce fait, par communication du même jour, l'OAI a informé l'intéressé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.

Dans un avis du 9 décembre 2014, le Dr B. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est prononcé sur les éléments médicaux au dossier, exposant ce qui suit :

« Assuré de 58 ans, marié, 2 enfants, scolarité ordinaire, a travaillé comme peintre dans le bâtiment et comme indépendant, au RI depuis 2011 semble-t-il.

La première demande de l'assuré remonte au 26 février 1997 pour des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs rachidiens prédominant au niveau lombaire avec hernie discale L5-L5 [recte : L4-L5] et L5-S1. Le Dr M. _____ avait comme conclusion de son expertise de 1999 que l'assuré av[ait] une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ne comportant pas le port de charges lourdes.

L'assuré a été en incapacité de travail à 100% du 15 décembre 2013 au 31 octobre 2014 (RM du 13 octobre 2014) au motif d'une maladie coronarienne traitée par 2 PAC durant l'été 2013. L'assuré n'a pas eu d'infarctus du myocarde.

Le Dr Z. _____, cardiologue, a réalisé un test d'effort le 20 septembre 2013, soit 3 semaines après le double pontage coronarien. Le Dr Z. _____ estime que la fonction ventriculaire gauche systolique est bonne avec une fraction à 56% et l'effort

développé a été de 175 W (doublement négatif). Il n'y a donc pas d'obstacle cardiologique à réaliser une activité adaptée telle que défini durant l'instruction initiale de 1997-1997.

Limitations fonctionnelles : Pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure. Pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kg. Pas de marche supérieure au km. Pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras.

Dans une activité adaptée la capacité de travail est entière dès le 1^{er} novembre 2014. »

Le 23 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations de l'assurance-invalidité. Sous « résultat de nos constatations », il était exposé ce qui suit :

« Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé en tant que peintre dans le bâtiment et comme masseur-rebouteux indépendant. Par la suite, vous avez travaillé dans différentes missions temporaires, entre 2004 à 2011. Actuellement, vous êtes au bénéfice du RI.

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence une incapacité de travail de 100% du 15 décembre 2013 (début du délai d'attente d'un an) au 31 octobre 2014. Par la suite, la capacité de travail est entière, à partir du 1^{er} novembre 2014, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure ; pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kilos, ni de marche supérieure au kilomètre ; pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de un-deux kilos à bout de bras.

Tel est le cas dans des activités industrielles légères.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services),

soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2014 (+1.00% + 0.80% + 0.70% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut et de votre âge, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'428.42.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 62'856.96, selon enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 62'856.96		
avec invalidité	CHF 53'428.42		
La perte de gain s'élève à	CHF	9'428.54	= un degré d'invalidité de 15%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% aurait pu être allouée du 1^{er} décembre 2014 (à l'échéance du délai de carence d'une année), et ce, jusqu'au 31 janvier 2015 (après trois mois d'amélioration). Toutefois, comme vous avez déposé votre demande de prestations AI le 2 septembre 2014, les prestations ne peuvent être versées qu'à partir du 1^{er} mars 2015, soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI). »

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 20 janvier 2015. Il rappelait souffrir de deux hernies discales et avoir subi deux pontages aorto-coronariens, ajoutant qu'en dépit de ces opérations, il se sentait toujours essoufflé après avoir monté les trois étages pour atteindre son appartement et devait s'asseoir au plus vite, qu'il n'arrivait plus à porter ses courses et que la jambe où les veines avaient été prélevées pour les pontages se gonflait et lui faisait mal. Il adressait un courrier de la Dresse R. _____ du 9 janvier 2015, rédigé en ces termes :

« Je suis surprise de votre décision de refus de rente d'invalidité du patient ci-dessus.

En raison de multiples comorbidités médico-chirurgicales, le patient est actuellement inapte de travailler dans sa profession de peintre en bâtiment. En effet, son [état] de santé est responsable d'un grand épuisement physique à l'effort incompatible avec cette profession. Monsieur S. _____ bénéficie d'un suivi régulier à ma consultation à raison d'environ une fois tous les deux mois. »

Le SMR s'est prononcé sur le courrier de la Dresse R. _____ le 30 janvier 2015, faisant valoir qu'il ne contestait pas que l'assuré soit inapte à travailler comme peintre en bâtiment puisque des empêchements rhumatologiques étaient pris en compte depuis l'expertise du Dr M. _____ de 1999. Le SMR maintenait dès lors sa position.

Par décision du 20 février 2015, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

C. S. _____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par recours du 23 mars 2015, concluant à l'annulation de la décision du 20 février précédent et au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise auprès d'un centre d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) et nouvelle décision. Il fait valoir qu'en raison de tous ses problèmes de santé, même dans une activité industrielle légère, il ne dispose que d'une capacité de travail très limitée, capacité devant être quantifiée par le biais d'une expertise. Il se réfère à un courrier de la Dresse R. _____ du 17 mars 2015, dont la teneur est la suivante :

« J'ai pris connaissance des notes établies par le Dr B. _____ de l'AI, le 9 décembre 2014 et le 30 janvier 2015. Je ne suis pas d'accord avec ce que le Dr B. _____ dit dans ses notes sur le fait que les seuls troubles qui restreignent la capacité de travail de mon patient sont les lombalgies chroniques dans le contexte des troubles dégénératifs rachidiens connus. En effet, mon patient présente d'autres problèmes susceptibles à diminuer sa capacité de travail :

- Maladie coronarienne tritronculaire avec un status post pontage aorto-coronarien en 2013
- Diabète de type 2
- Obésité avec un BMI à 37kg/m²

Monsieur S. _____ décrit des douleurs thoraciques invalidantes lors des mouvements des bras en lien avec sa cicatrice de sternotomie. La surcharge pondérale pourrait être responsable d'un éventuel syndrome d'apnée du sommeil (investigations pneumologiques organisées) pouvant accentuer sa fatigabilité importante. L'ensemble des comorbidités dont Monsieur S. _____ souffre ne peut certainement pas, comme le dit l'office AI, « travailler à 100% dans des activités industrielles légères » mais à un pourcentage beaucoup plus limité, un pourcentage qu'il s'agirait de déterminer par voie d'une observation professionnelle dans un des centres d'observation professionnels de l'AI. »

Par décision du 25 mars 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 mars 2015 et désigné Me Jean-Marie Agier en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 27 avril 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il expose que les rapports médicaux reçus dans le cadre de la nouvelle demande ont été soumis à son service médical, soulignant que dans l'avis du 30 janvier 2015, le SMR a constaté l'absence d'obstacle cardiologique à exercer une activité adaptée. Il produit en outre un avis médical du 7 avril 2015, lequel fait notamment état de la prise de position du SMR sur le dernier courrier de la Dresse R. _____ :

« Dans la profession de peintre en bâtiment la capacité de travail est nulle. Les limitations fonctionnelles sont clairement décrites en page 2 du projet de décision du 23 décembre 2014.

[...]

Le Courrier du 17 mars 2015 du Dr R. _____ évoque la maladie coronarienne traitée que nous avons prise en compte dans nos avis précédent, un diabète de type II traité et une obésité, ces 2 derniers problèmes n'étant pas source d'empêchements durables à charge de la LAI. Pour rappel, le Dr R. _____ estimait dans son rapport du

1^{er} octobre 2014 que ni l'intolérance au glucose, ni la surcharge pondérale n'avait d'effet sur la capacité de travail exigible.

Nous maintenons donc notre position. »

Par réplique du 2 juin 2015, le recourant a maintenu les conclusions de son recours. Il expose que son âge et ses limitations fonctionnelles telles qu'énoncées dans l'avis SMR du 9 décembre 2014 ne sauraient lui permettre de retrouver sans grande difficulté une activité adaptée dans l'industrie légère. Il ajoute que l'instruction serait incomplète si une expertise COPAI n'était pas ordonnée.

Dans sa duplique du 22 juin 2015, l'OAI énonce que le but d'un examen dans un COPAI n'étant pas d'évaluer la capacité de travail d'un assuré, il ne voit pas ce qu'un tel examen apporterait dans la mesure où il ne saurait se substituer à l'évaluation médicale de la capacité de travail contestée. Il ajoute que l'assuré est limité pour l'essentiel dans les activités lourdes et qu'il existe suffisamment d'activités légères adaptées à son handicap sur un marché du travail équilibré.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

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, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande déposée en septembre 2014, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit à des prestations d'invalidité.

3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 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, 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, 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 consi. 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, 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105

V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en

raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

5. a) Le recourant s'est annoncé auprès de l'OAI en février 1997 en invoquant essentiellement un problème de dos. L'instruction médicale a mis en évidence la présence de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs rachidiens prédominant au niveau lombaire avec hernie discale L4-L5 et L5-S1, de cervicalgies sur arthrose débutante, d'une obésité et d'une hypertension artérielle connue depuis 1980. La Dresse X._____, dans son rapport du 9 décembre 1997 et son complément du 20 janvier 1998, énonçait une inaptitude à exercer l'activité antérieure de peintre en bâtiment mais la possibilité d'exercer, à 50%, la profession de masseur ou toute activité légère sans stress, sans effort physique ni port de charges lourdes. Aux fins de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée, l'assuré a été convoqué par le Dr M._____, sur mandant de l'OAI, à une expertise médicale, laquelle a mis en évidence une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit l'activité de masseur-rebouteux, exercée depuis novembre 1994, ou toute activité n'impliquant pas le port de charges lourdes. En l'absence de préjudice économique, l'OAI a nié le droit aux prestations d'invalidité par décision du 23 septembre 1999.

Dans le cadre de la seconde demande de prestations introduite en septembre 2014, l'assuré faisait essentiellement état d'une chirurgie cardiaque, soit deux pontages aorto-coronariens en août 2013. Cet élément suffisait pour conclure de façon plausible à une modification significative de l'invalidité justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'instruction a été reprise et l'OAI a requis l'avis de son service médical sur les documents produits tant par le spécialiste en cardiologie que par le médecin traitant. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a nié le droit aux

prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un degré d'invalidité fixé à 15%.

b) Le recourant qualifie de lacunaire l'instruction menée par l'office intimé en l'absence d'expertise auprès du COPAI. Se fondant sur les rapports de son médecin traitant, il allègue présenter un état de santé limitant fortement l'exercice de toute activité professionnelle, même une activité industrielle légère.

aa) Dans son rapport du 24 septembre 2013, faisant suite au test d'effort réalisé le 20 septembre précédent, le Dr Z. _____ mentionne le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire ayant justifié deux pontages aorto-coronariens en août 2013, et les facteurs de risque cardiovasculaire sous forme d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie, de tabagisme et d'obésité. L'assuré ne présentait pas d'ischémie myocardique lors de l'effort physique maximal attendu, le test s'étant révélé doublement négatif avec une fréquence cardiaque de 56% et un effort complet de 175W (pour 175W attendus). Il était constaté une capacité fonctionnelle normale et une bonne adaptation de la tension artérielle à l'effort.

Dans son rapport du 1^{er} octobre 2014, la Dresse R. _____ pose pour seul diagnostic affectant la capacité de travail la maladie coronarienne tritronculaire, status post deux pontages aorto-coronariens en 2013 ; l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, la fibrillation auriculaire paroxystique, la surcharge pondérale, l'intolérance au glucose ainsi que le status post-hernie discale L4-L5 et L5-S1 sont retenus comme n'affectant pas la capacité de travail. Elle mentionne l'absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, une dyspnée d'effort stable, des douleurs thoraciques d'origine pariétale gênantes au quotidien, une fatigabilité importante et un pronostic favorable bien que le patient présente de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire. La reprise de l'activité professionnelle antérieure de peintre en bâtiment est empêchée par les restrictions physiques, soit le port de charges lourdes et l'élévation des bras. En janvier 2015, la Dresse R. _____ énonce que les multiples

comorbidités médico-chirurgicales rendent l'assuré inapte à travailler comme peintre en bâtiment, son état de santé étant responsable d'un grand épuisement physique à l'effort, incompatible avec cette profession. Finalement, en mars 2015, dans le cadre de la procédure ouverte céans, la Dresse R._____ précise que la capacité de travail de son patient n'est pas uniquement restreinte par les lombalgies chroniques mais également par la maladie coronarienne, le diabète de type II et l'obésité.

A l'aune du rapport du Dr Z._____, particulièrement des résultats du test d'effort réalisé moins d'un mois après le double pontage, le SMR retient l'absence d'obstacle cardiologique à l'exercice d'une activité adaptée telle que définie durant l'instruction de la première demande de prestations, l'absence de nécrose myocardique et une fonction cardiaque conservée. Il rappelle que des empêchements rhumatologiques sont retenus depuis 1999, retranscrivant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure ; pas de marche supérieure au kilomètre ; pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc en porte-à-faux, de flexion-rotation répétée du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras. La profession de peintre en bâtiment est reconnue comme n'étant plus adaptée eu égard aux limitations précitées alors qu'une capacité de travail entière est retenue dès le 1^{er} novembre 2014, étant précisé que le recourant était inapte à exercer une quelconque activité en raison de l'atteinte coronarienne entre décembre 2013 et octobre 2014.

bb) Le SMR et corollairement l'OAI, à l'instar du médecin traitant, reconnaissent au recourant une incapacité à exercer l'ancienne activité de peintre en bâtiment, le Dr B._____ précisant en outre les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte. La maladie coronarienne traitée, susceptible de diminuer la capacité de travail du recourant selon les termes de la Dresse R._____ (cf. courrier du 17 mars 2015), n'est pas ignorée par le SMR mais ne fait pas obstacle à la

réalisation d'une activité respectant les limitations énoncées. On soulignera que les rapports du Service de chirurgie cardiaque du T. _____ reflétaient une maladie coronarienne peu symptomatique et une opération bien réussie, et la Dresse R. _____ retenait l'absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque et une dyspnée d'effort stable. Par ailleurs, le diabète de type II et l'obésité ne sont pas source d'empêchements à charge de l'assurance-invalidité, comme le souligne le Dr B. _____ dans son avis du 7 avril 2015, étant rappelé que le diagnostic d'obésité avait déjà été retenu en 1999 lors de la première demande de prestations. La Dresse R. _____ estime en outre, dans son rapport du 1^{er} octobre 2014, que ni l'intolérance au glucose ni la surcharge pondérale n'a d'effet sur la capacité de travail. Dans ce prolongement, on relève que le syndrome douloureux lombaire n'est plus retenu à titre de diagnostic affectant la capacité de travail et le recourant ne prétend au demeurant pas que ses troubles dorsaux se sont aggravés.

Les rapports médicaux révèlent certes des éléments objectifs tendant à attester une aggravation de l'état de santé du recourant ; cependant, les diagnostics posés ne contreviennent pas à l'exercice à 100% d'une activité telle que décrite par le SMR. En effet, la maladie coronarienne traitée par deux pontages aorto-coronariens durant l'été 2013 ne contrevenait plus, dès le 1^{er} novembre 2014 (cf. rapport du 1^{er} octobre 2014 de la Dresse R. _____, confirmé par avis SMR du 9 décembre 2014), à l'exercice d'une activité légère exercée à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles établies. Le recourant ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du SMR. On peut ainsi suivre le Dr B. _____, dont l'avis du 7 avril 2015, à l'instar des avis précédents, doit être qualifié de probant.

c) Il ne saurait par ailleurs être donné suite à la requête du recourant quant à la mise en œuvre d'une expertise au Centre d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), lequel est chargé d'objectiver les activités adaptées.

En effet, le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - recouvre un large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées (cf. TFA I 363/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) et un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant pas de formation spécifique, est raisonnablement exigible du recourant. Au demeurant, ces activités sont en règle générale disponibles indépendamment de l'âge de la personne intéressée sur le marché équilibré du travail (cf. TF 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4, 8C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3). On soulignera à cet égard que le recourant, alors âgé de 59 ans au moment de la décision litigieuse, n'a pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). Par ailleurs, l'assuré a déjà été confronté au cours de son parcours professionnel à des changements d'activité et il ne ressort du dossier aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation qu'il présenterait.

Cela étant, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au type d'activité précitée (simple et répétitive) et au niveau de qualification le plus bas (niveau de qualification 4 en 2010, respectivement niveau de compétence 1 dès 2012 [tâches physiques et manuelles simples]).

Le revenu d'invalidité a en effet été établi à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS], singulièrement sur la base du revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service ; TA1, niveau de qualification 4). L'intimé a procédé aux adaptations nécessaires pour tenir compte de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises, de l'évolution des salaires nominaux ainsi que des limitations des perspectives salariales du recourant liées aux

circonstances personnelles (limitations fonctionnelles et âge ; abattement de 15%). Cette manière d'établir le revenu que pourrait encore réaliser le recourant malgré son handicap est conforme à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). Le recourant ne soulève aucun grief contre cet aspect de la décision litigieuse, sur lequel il n'y a donc pas lieu de revenir.

La manière de procéder de l'office intimé s'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, savoir sur la base des données économiques statistiques en l'absence d'activité lucrative régulière du recourant avant le dépôt de la demande, ne fait par ailleurs pas l'objet de critiques et peut être confirmé.

Il s'ensuit dès lors un degré d'invalidité de 15%. Se situant en deçà du degré minimum de 40%, ce taux n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel n'est également pas atteint.

6. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise, particulièrement d'une expertise auprès du COPAI telle que demandée par le recourant.

7. En définitive, la décision attaquée du 20 février 2015 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 23 mars 2015 par S. _____ doit être rejeté.

a) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

Me Jean-Marie Agier n'a pas produit la liste détaillée de ses opérations dans le délai qui lui a été imparti. En l'espèce, il convient de retenir la somme de 1'500 fr. (au tarif horaire de 180 fr., plus TVA à 8%, débours compris) correspondant à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées à ce jour dans la présente procédure. Comme annoncé par courrier du 10 février 2016, l'indemnité est, dès lors, fixée sur la base du dossier, et correspond ainsi au montant de 1'500 francs.

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

- I. Le recours déposé le 23 mars 2015 par S._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 février 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Marie Agier, conseil du recourant S._____, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA et débours compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour S._____)
- 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 :