

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2019

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu, juge, et Bonard, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960 et titulaire d'un permis C, a travaillé sur différents chantiers en qualité de mineur et de machiniste pour la société [...] AG. Il a été en arrêt de travail total dès le 22 février 2002 et licencié au 31 mars 2002. Il a ensuite occupé des emplois temporaires, puis émargé à l'aide sociale.

b) L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 mai 2008 en raison de problèmes pulmonaires (notamment un empyème pleural gauche).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assuré s'est soumis à une expertise pneumologique avec fonctions pulmonaires et test d'effort auprès du Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Les éléments suivants ressortent de son rapport du 5 janvier 2009 :

4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :*

- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré moyen selon GOLD (J.44.8)** Probablement depuis 2005. En raison de la diminution de la capacité vitale (CV) et de la capacité vitale forcée (CVF) dans le contexte postopératoire, le rapport de Tiffeneau était surestimé. Le VEMS [volume expiratoire maximal par seconde] actuel est superposable aux valeurs d'il y a 4 ans. Par contre, la CV et la CVF ont augmenté respectivement de 620 ml.
- Douleurs thoraciques post décortication d'un empyème pleural gauche (T81.8/Y83.8).**
- Tabagisme chronique (F17.1).**

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés :

a. Au plan physique :

Une BPCO de degré moyen et une capacité d'exercice moyennement diminuée d'origine cardiocirculatoire sont

incompatibles avec les performances requises dans les métiers de la construction et du génie civil.

[...]

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Un travail de foreur-mineur s'est interrompu en 2004. Depuis lors, les rares essais de reprise d'une activité professionnelle se sont soldés par des échecs.

2.1 *Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

La BPCO de degré moyen, la limitation cardiocirculatoire à l'exercice et les thoracodynies post décortication pleurale gauche sont incompatibles avec des travaux lourds. La sensibilité aux conditions météorologiques empêche l'accès à des activités extérieures. Les difficultés de maîtrise de la langue française et le sentiment de dévalorisation compliquent l'obtention à un nouveau poste.

2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail.*

La capacité résiduelle de travail s'entend dans une activité sédentaire, sans exposition à des irritants respiratoires et se déroulant dans un milieu protégé des intempéries. La fatigabilité est accrue. Un manque d'endurance physique et une fatigabilité psychique limitent la réalisation de tâches impliquant le respect d'une cadence et/ou d'une continuité dans l'attention.

2.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

L'activité de foreur-mineur n'est plus exigible.

2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Oui, la diminution du rendement est marquée et compromet les perspectives d'engagement par une entreprise.

2.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

Une incapacité de travail d'au moins 20% existe depuis janvier 2005.

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

Le degré d'incapacité de travail est resté stable.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

- 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?** Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Oui, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. Leur mise en œuvre n'implique pas de délai particulier d'un point de vue strictement pneumologique. Le découragement et la spirale d'échecs dans laquelle se trouve M. J. _____ constituent néanmoins des facteurs de mauvais pronostic quant à la réussite d'une réinsertion professionnelle.

- 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non, la capacité de travail de foreur-mineur ne peut pas être améliorée. Les activités en question ne sont pas susceptibles d'aménagements.

- 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?**

- 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

L'activité sera sédentaire et ne comportera pas d'efforts physiques. Malgré le tabagisme encore actif, facteur « environnemental » prépondérant, le milieu professionnel ne devrait pas exposer M. J. _____ à des irritants respiratoires.

- 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?**

Compte tenu de l'absence d'activité professionnelle depuis 5 ans, la reprise devrait être progressive avec une phase initiale entre 25 et 50% maximum (2 à 4h/j). En fonction de la tolérance du patient et des progrès accomplis, le pourcentage sera reconsidéré et augmenté progressivement dans la mesure du possible.

Sur un plan pratique, il faut reconnaître que les perspectives d'engagement pour un homme de 49 ans, maîtrisant très mal le français, souffrant d'une pathologie pulmonaire et sans employeur depuis 5 ans, sont particulièrement mitigées.

- 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Oui, le rendement est diminué de l'ordre de 50%. La pathologie pulmonaire, la longue inactivité, la conviction d'une incapacité, l'anxiété, des phases de tachycardie à 120/min au repos et les douleurs thoraciques gauches chroniques représentent autant de facteurs négatifs dans la productivité.

- 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

--

Dans un avis du 27 avril 2009, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu, sur la base de l'expertise du 5 janvier 2009, que dans une activité ne demandant pas d'efforts physiques (sédentaire), ne l'exposant pas à des irritants respiratoires et s'exerçant à l'abri d'intempéries, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière. S'agissant du doute de l'expert quant à la réalisabilité des mesures d'ordre professionnel en raison de l'inactivité de longue durée, de la barrière linguistique et de la conviction d'être invalide, le SMR a considéré qu'il s'agissait de facteurs non-médicaux, dont il n'y avait pas lieu de tenir compte.

Par décision du 3 juillet 2009, l'OAI a refusé le droit à la rente, estimant que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité industrielle légère.

c) Après avoir bénéficié d'une aide au placement et effectué des stages qui n'ont abouti à aucun engagement, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 24 novembre 2016.

Le Dr F. _____ et la Dresse G. _____, tous deux médecins traitants et spécialistes en médecine interne générale, ont adressé un rapport à l'OAI le 20 avril 2017, dont on extrait ce qui suit :

Diagnosics avec effet sur la capacité de travail

[...]

- BPCO de stade II, selon GOLD, sur tabagisme actif à 60 UPA [unités paquets-années], avec :
 - o Emphysème polymorphe sur le scanner thoracique de 2016
 - o Décortication pleurale gauche pour empyème en 2005, avec douleurs thoraciques résiduelles
 - o Sp [status post] bronchiectasie en 2013
 - o Ancien mineur avec possible silicose en 2005 (diagnostic non confirmé par récent bilan, pas d'atteinte interstitielle)
- Connectivite indifférenciée, diagnostiquée en juin 2016, actuellement sous traitement par Plaquenil®, avec :
 - o Raideurs matinales
 - o Arthralgies multiples
 - o Syndrome de Raynaud au niveau des mains
 - o Anticorps et antinucléaires à 1/2680, anti-dsDNA 393 UI/ml
- Cirrhose Child-Pugh A5, d'origine éthylique avec :

- o Gastropathie d'hypertension portale (OGD du 04.01.2016)
- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent
- Adénome tubuleux colique avec dysplasie de bas grade et foyer de dysplasie de haut grade (coloscopie du 04.05.2016) : hémicolectomie actuellement en discussion
- Polyneuropathie des membres inférieurs, probablement d'origine toxico-métabolique sur OH [alcoolisme]

[...]

Constat médical

Concernant l'atteinte pulmonaire, nous notons une stabilité de la dyspnée de stade II selon NYHA [New York heart association], ainsi que des fonctions pulmonaires. Le patient présente, depuis son intervention de décortication pleurale, des douleurs thoraciques résiduelles, ainsi que des douleurs lombaires, au niveau des hanches et des épaules, limitant ses activités (apparaissant après une heure d'immobilisation assise ou lors de la position debout).

Suite à l'apparition de douleurs ostéo-articulaires localisées au niveau des mains et des pieds, associées à un syndrome de Raynaud et dans le cadre de ses douleurs articulaires diffuses, le patient bénéficie d'une première consultation en rhumatologie en juin 2016. Un diagnostic de connectivite indifférenciée a été posé, pour laquelle il est maintenant suivi régulièrement par nos collègues de rhumatologie du Centre D._____. Un traitement de Plaquenil® a été instauré, qui a permis une nette amélioration de sa symptomatologie.

Le patient a présenté des douleurs rétrosternales, dans le cadre de cette connectivite, c'est pourquoi il a bénéficié d'un bilan cardiologique fin 2016, qui a permis d'exclure la présence d'une ischémie cardiaque (*ergométrie de novembre 2016* doublement négative. *IRM cardiaque de décembre 2016* : FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] à 64% et absence d'ischémie de stress). Ces résultats permettent d'exclure une origine coronarienne aux symptômes, ces douleurs peuvent être expliquées par la décortication pleurale décrite précédemment.

En ce qui concerne l'adénome tubuleux avec dysplasie de bas grade et foyer de dysplasie de haut grade constaté lors de la coloscopie de mai 2016, le patient a bénéficié d'une consultation en chirurgie le 04.04.2017 :

- Une hémicolectomie est actuellement en cours de discussion.
- Le patient est en attente d'un rendez-vous en anesthésiologie, au vu des risques per-opératoires augmentés chez ce patient immunosupprimé, présentant une cirrhose hépatique.

Au sujet de la cystite chronique folliculaire, avec prolifération urothéliale atypique, le patient a été convoqué en octobre 2016, pour une cystoscopie de contrôle ; cet examen se révélant dans la norme, met fin au suivi urologique.

Pronostic

Le patient présente une stabilité de son atteinte pulmonaire, mais nécessite des suivis réguliers, ainsi qu'un traitement quotidien par

aérosols. Cependant, on note la persistance de douleurs thoraciques, diffuses invalidantes, non modifiées depuis 2005.

Pour ce qui est de l'atteinte rhumatologique, nous notons une quasi-disparition de la symptomatologie et pouvons espérer une stabilisation de l'atteinte, sous poursuite du traitement par Plaquenil®.

Pour la cirrhose hépatique, le patient est actuellement sevré d'alcool et stable lors des suivis gastroentérologiques.

[...]

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

- Le patient décrit une impossibilité de réaliser une activité, en raison de la persistance de douleurs diffuses, notamment au niveau du bas du dos, avec des blocages au niveau des hanches et, lors de la position debout au niveau de la hanche, des pieds et thoracique gauche.
- Le port de charges est également impossible, en raison des douleurs au niveau des épaules.
- Monsieur J._____ explique que l'ensemble des douleurs apparaît après une durée de travail de moins de 1 heure et on note l'absence d'évolution concernant ces douleurs depuis la précédente demande d'AI et des essais de reconversions.
- Le patient est également limité en raison de sa dyspnée de stade II.

Les médecins ont retenu une incapacité de travail totale que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Les restrictions énumérées ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et aucune amélioration n'était possible.

Dans un avis SMR du 24 juillet 2017, la Dresse R._____, médecin praticien, a retenu que les limitations fonctionnelles objectives de l'assuré semblaient ne pas être modifiées depuis la dernière décision, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée sédentaire sans exposition à des irritants pulmonaires. Une intervention chirurgicale digestive était vraisemblablement prévue en avril 2017. Elle pouvait justifier une incapacité de travail transitoire si elle avait eu lieu. Si ce n'était pas le cas, la situation était inchangée. Il y avait lieu de demander un rapport au Service de chirurgie du Centre D. _____ à cet égard.

Par courrier reçu le 7 août 2017, l'assuré a informé l'OAI que l'intervention prévue en avril 2017 avait été reportée et qu'il était en attente d'une nouvelle date.

A la suite de cette réponse, la Dresse R._____, a précisé, dans un avis SMR du 14 août 2017, que l'adénome tubuleux n'entraînait en soi pas de limitations fonctionnelles, mais qu'une intervention chirurgicale aurait modifié l'état de l'assuré et nécessité de connaître l'évolution post-opératoire. L'assuré avait été interrogé et il s'avérait qu'aucune intervention n'avait été pratiquée, ni aucun nouvel examen effectué. La Dresse R._____ a donc considéré la situation médicale comme inchangée, avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire sans exposition au froid, à l'humidité, à des irritants ou à des poussières.

L'assuré a été hospitalisé à partir du 17 août 2017 afin de subir une hémicolectomie droite. Il ressort du rapport de sortie du 12 septembre 2017 du Service de chirurgie viscérale du Centre D._____ que l'intervention a présenté des complications, soit notamment une éviscération et un volvulus du grêle qui ont nécessité une nouvelle exploration chirurgicale la semaine suivant l'opération. Après l'intervention, l'évolution s'était avérée finalement favorable. L'anatomopathologie retrouvait une lésion bénigne, motivant uniquement un suivi colonoscopique. Le rapport mentionnait une incapacité de travail totale du 17 août au 11 octobre 2017.

A teneur d'un rapport du 12 janvier 2018 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie auprès du Centre D._____, le suivi de l'assuré dans le Service de chirurgie avait pris fin le 18 octobre 2017. Après l'hémicolectomie droite, toute activité professionnelle pouvait être reprise, étant précisé que la reprise du travail pouvait se faire progressivement en fonction de l'état de l'assuré. Le Dr H._____ s'est référé au rapport du 20 octobre 2017 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie, qui comportait les conclusions suivantes :

Le patient a bien récupéré de son opération multicompliquée et il ne présente plus de problème sur le plan digestif. Nous n'avons donc pas prévu de le revoir à notre consultation.

Selon l'avis SMR du 25 janvier 2018, la Dresse R. _____ a indiqué que l'assuré avait été opéré en août pour ablation d'un adénome digestif avec complications péri-opératoires justifiant une incapacité de travail entière jusqu'en octobre 2017. Par la suite, l'assuré avait retrouvé son état pré-opératoire. Il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles durables objectivées. Sur le plan oncologique, l'assuré pouvait être considéré comme guéri.

Par décision du 1^{er} février 2018, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était toujours de 100 % dans une activité adaptée telle qu'une activité sédentaire respectant les limitations fonctionnelles citées dans l'avis SMR du 14 août 2017.

B. Par acte du 12 mars 2018, J. _____, sous la plume de son représentant, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. En substance, il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de son état de santé avant de rendre sa décision. Ni les diagnostics posés par la Dresse G. _____ dans son rapport du 20 avril 2017, ni la problématique pulmonaire antérieure, qui avait fait l'objet de la première demande, n'avaient été instruits. L'assuré a notamment mis en évidence que l'OAI n'avait pas tenu compte de la nouvelle atteinte, soit la connectivité indifférenciée, qui n'était pas encore stabilisée vu, entre autres éléments, l'incapacité de travail totale retenue par la Dresse G. _____. L'atteinte s'inscrivait en outre dans une pluralité de troubles dont les interactions méritaient d'être investiguées. S'agissant de l'atteinte pulmonaire antérieure, le Dr I. _____ avait, dans son rapport du 5 janvier 2009,

motivé la diminution de rendement par des éléments médicaux objectifs, à savoir des phases de tachycardie à 120 pulsations par minute au repos et des douleurs thoraciques. Le SMR avait omis de prendre en compte ou de discuter ces points, ce qui conduisait à une appréciation arbitraire des preuves. Cette manière de procéder était d'autant plus choquante d'après l'assuré que les douleurs thoraciques étaient explicables sur le plan objectif par la décortication pleurale et qu'elles existaient déjà à l'époque de l'expertise du Dr I._____, qu'elles étaient confirmées par la Dresse G._____, de même que reconnues par le SMR comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité. L'instruction médicale du dossier était donc lacunaire selon l'assuré.

Dans sa réponse du 14 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en retenant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis le refus de prester de 2009 susceptible de modifier le droit aux prestations. L'évolution de la situation à la suite de l'intervention du 17 août 2017 était favorable et l'assuré pouvait être considéré comme guéri sur le plan oncologique. Il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles durables objectivées.

Répliquant le 4 juin 2018, l'assuré a renvoyé à son recours.

Par courrier du 12 septembre 2018, le Juge instructeur a demandé un complément d'informations au Service de rhumatologie du Centre D._____ concernant la connectivite indifférenciée dont souffrait l'assuré.

Dans leur réponse du 2 novembre 2018, les Dresses Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et S._____ ont confirmé le diagnostic d'une probable connectivite de type lupique. Elles ont néanmoins indiqué qu'à l'heure actuelle, le diagnostic n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

Après transmission de ce document aux parties, l'OAI a confirmé ses conclusions par écriture du 22 novembre 2018, tandis que l'assuré a fait parvenir d'ultimes déterminations le 17 décembre 2018, en joignant un rapport du Service de rhumatologie du Centre D._____ du 2 novembre 2018 qui confirmait le caractère asymptomatique de la connectivite à trait lupique.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Il est précisé que, malgré le précédent refus de rente signifié le 3 juillet 2009, l'intimé est entré en matière à juste titre sur la nouvelle demande déposée par le recourant, compte tenu des nouvelles atteintes survenues depuis 2013 (notamment bronchiectasie, emphysème polymorphe, connectivite indifférenciée, adénome tubuleux).

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

c) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assuré de novembre 2016 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 3 juillet 2009 – et la décision litigieuse du 1^{er} février 2018, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour

évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

e) D'après le principe de la 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, le recourant a présenté des problèmes pulmonaires, cardiaques, viscérales et rhumatologiques sur plusieurs années ayant nécessité différents traitements et interventions (notamment rapport du Dr F._____ et de la Dresse G._____ du 20 avril 2017).

b) Concernant l'atteinte pulmonaire, on constate que la situation n'a pas changé depuis la décision du 3 juillet 2009. L'intimé avait retenu, en se fondant sur l'expertise du 5 janvier 2009 du Dr I._____, que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire tenant compte des limitations suivantes : pas d'exposition au froid, à l'humidité, à des irritants ou à de poussières. Le Dr I._____ avait plus précisément mentionné la présence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité sédentaire, sans efforts physiques, ni exposition à des irritants respiratoires et se déroulant dans un milieu protégé des intempéries. Il avait également souligné l'existence d'un manque d'endurance physique et d'une fatigabilité psychique qui limitaient la réalisation des tâches impliquant le respect d'une cadence et d'une continuité dans l'attention. Cet expert avait aussi fait mention des douleurs thoraciques ressenties par le recourant. Le Dr F._____ et la Dresse G._____ relèvent dans leur rapport du 20 avril 2017 une stabilité de la dyspnée, ainsi que des fonctions pulmonaires. Ils mentionnent également des douleurs thoraciques résiduelles, en précisant qu'elles sont « non modifiées depuis 2005 ». A titre de restrictions, ces médecins font

état de la problématique des efforts physiques (port de charges prohibé), de la dyspnée et rapportent l'absence d'évolution des douleurs depuis la précédente demande de prestations de l'assurance-invalidité. Partant, quoi qu'en dise le recourant, il n'y a pas de changement important sur le plan pneumologique depuis la dernière décision du 3 juillet 2009. L'appréciation différente du Dr F._____ et de la Dresse G._____ s'agissant de la capacité de travail du recourant, alors qu'ils invoquent une situation inchangée pour l'essentiel de l'atteinte pulmonaire, ne constitue pas un motif de révision (consid. 3a et b *supra*).

c) Sur le plan cardiaque, les examens réalisés n'ont pas mis en évidence d'atteinte à la santé susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail du recourant. En effet, la tachycardie relevée par le Dr I._____ dans son expertise du 5 janvier 2009 n'est plus mentionnée par les différents médecins. Par ailleurs, le bilan cardiologique réalisé fin 2016 a permis d'exclure une origine coronarienne des douleurs rétrosternales (rapport du 20 avril 2017 du Dr F._____ et de la Dresse G._____).

d) Concernant les atteintes viscérales, le recourant a présenté un adénome tubuleux colique avec dysplasie de bas grade et un foyer de dysplasie de haut grade, pour lequel il a bénéficié le 18 août 2017 d'une hémicolectomie, suivie de multiples complications. Toutefois, selon le rapport du 20 octobre 2017 du Service de chirurgie viscérale du Centre D._____, le recourant ne présentait à cette date plus de problème sur le plan digestif.

e) Sur le plan rhumatologique, on constate, sur la base des explications données par le Service de rhumatologie du Centre D._____, que la probable connectivite de type lupique n'a aucune répercussion sur la capacité de travail (rapport du 2 novembre 2018 des Dresses Q._____ et S._____). Une évolution favorable était déjà notée par le Dr F._____ et la Dresse G._____ dans leur rapport du 20 avril 2017 grâce à l'instauration d'un traitement médical. Ces médecins relevaient « une quasi-disparition de la symptomatologie ».

f) A la lumière des rapports médicaux versés au dossier, on constate au final que la situation du recourant n'a pas évolué sur la plan de la capacité de travail depuis l'époque où la précédente décision de refus de rente a été rendue, respectivement que le recourant dispose toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus.

6. Dès lors que le recourant ne remet pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles telles que décrites par l'intimé, soit des activités sédentaires légères qui n'exposent le recourant ni au froid, ni à l'humidité, ni à des irritants ou à des poussières, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise à cet égard.

7. Il reste à examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI. A cet égard, il convient de relever qu'en l'absence de changement dans la situation du recourant, il n'y a pas lieu de s'écarter du jugement entrepris, soit des montants retenus pour la comparaison des revenus et des calculs effectués par l'intimé dans la décision du 3 juillet 2009, calculs et montants que le recourant ne contestent au demeurant pas. Il s'ensuit qu'en présence d'un préjudice économique largement inférieur à 40 % (13,73 %), le droit à la rente n'est pas ouvert.

8. S'agissant d'une éventuelle aide au placement, il est rappelé que dans la mesure où l'art. 87 al. 3 RAI s'applique par analogie aux mesures de réadaptation (MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 8 *ad* art. 18 LAI), le recourant a la possibilité de solliciter l'OAI en vue d'une telle aide.

9. **a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 12 décembre 2017 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux avances et aux frais judiciaires, ces derniers frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 décembre 2017 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 mis à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour J. _____),
- 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 :