

## **VD\_FINDINFO AI 26/15 - 325/2015 vom 21. Dezember 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_26\\_15\\_-\\_325\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_26_15_-_325_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 26/15 - 325/2015 du 21 décembre 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 26/15 - 325/2015 del 21 dicembre 2015

### **Regeste**

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION}, NOUVELLE DEMANDE, RECLASSEMENT{ZONE À BÂTIR}, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL | 17 LAI, 18 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 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 néphrangiosclérose 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<sup>er</sup> 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 LPG) 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 tritonculaire (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 tritonculaire, 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'exams 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'exams 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.