

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Dind, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 16 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) E._____, né en en 1957, [...], travaillait depuis le 7 janvier 2002 en qualité de manutentionnaire (poseur de tubes) auprès de l'entreprise C._____ SA à [...]. Le 12 juillet 2004, il a subi une fibrillation auriculaire (FA) dont le début est de date inconnue, pour laquelle il a dû être brièvement hospitalisé. Malgré une bithérapie bradycardisante, la FA est restée relativement rapide et le patient, gêné à l'effort, a été mis à l'arrêt de travail. Une échocardiographie pratiquée le 13 septembre 2004 a mis en évidence une dilatation du ventricule gauche avec une fraction d'éjection discrètement diminuée à 46 %, une hypertension pulmonaire discrète et une dysfonction ventriculaire gauche modérée. Son cas a été pris en charge par la caisse V._____, assureur perte de gain de l'employeur, qui a versé des indemnités journalières à 100 % dès le 12 juillet 2004. Le patient a par la suite présenté des douleurs thoraciques d'origine indéterminée qui n'ont pas trouvé d'explication malgré plusieurs hospitalisations et examens complémentaires (notamment rapports du 1^{er} février 2005 du Dr K._____, spécialiste FMH en anesthésie, ainsi que des 24 mars 2005 et 21 avril 2005 du Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et réadaptation physique).

Le 4 novembre 2004, E._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans un rapport médical du 6 juin 2005, le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'évolution était favorable. Le patient avait dès lors dû reprendre son travail à 100 % dès le 1^{er} juin 2005 suite à une expertise réalisée par le Dr J._____, médecin-conseil de la caisse V._____, qui avait écarté une origine organiques des douleurs présentées et conclu qu'elles étaient en rapport avec un état anxieux réactionnel à une affection cardiaque (rapport d'expertise du 27 avril 2005).

En raison d'une récurrence de la FA, l'assuré a été hospitalisé du 17 au 18 août 2005, l'arythmie se réduisant finalement spontanément. Dans un rapport du 31 octobre 2005 adressé au Dr W._____, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne, cardiologie et soins intensifs, a indiqué que l'auscultation cardio-pulmonaire était dans les limites de la norme, alors que le patient, normocarde et normotendu, avait exprimé des plaintes multiples et mal systématisées avec des douleurs latéro-thoraciques (présentes depuis plus d'une année), une fatigue et une tendance à la dyspnée. En l'absence d'anomalie relevante mise en évidence pour expliquer ces symptômes, le Dr X._____ s'est interrogé quant à l'existence d'une cardio-phobie.

Dans un rapport médical du 10 novembre 2005, le Dr W._____ a posé les diagnostics de douleurs basi-thoraciques gauches, de brachialgies gauches d'origine indéterminée et d'état anxieux réactionnel, considérant toutefois que le status après FA le 12 juillet 2004, avec récurrence le 17 août 2005, n'avait aucune influence sur la capacité de travail de son patient. Il a attesté une incapacité de travail totale du 12 juillet 2004 au 31 mai 2005, puis dès le 17 août 2005. Malgré une évolution favorable, il a estimé que l'assuré ne pourrait probablement pas reprendre l'activité professionnelle qu'il avait jusqu'à présent et qu'il faudrait prendre des mesures de réadaptation en lui trouvant une poste de travail adapté à sa situation. Il a enfin réservé son pronostic, l'intéressé étant convaincu de souffrir d'une pathologie grave risquant de l'handicaper à vie.

Dans ce contexte, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical (SMR), qui a conclu à l'absence de pathologie cardiaque invalidante et de contre-indication à la reprise de l'activité habituelle, le patient présentant des douleurs du thorax et du bras gauche sans diagnostics posés malgré de nombreuses investigations (avis médical du SMR du 14 février 2005, recte 2006). Le SMR a en outre relevé que l'intéressé, anxieux par rapport à sa santé, ne s'était pas beaucoup investi dans le reconditionnement proposé par le Dr G._____.

b) Par décision du 2 mars 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré. L'OAI a ainsi constaté que l'assuré souffrait de douleurs au thorax et au bras gauche, sans diagnostics posés malgré de nombreuses investigations. L'OAI a dès lors considéré qu'il n'y avait aucune contre-indication médicale à la reprise de son activité habituelle par l'assuré.

Cette décision n'a pas été contestée.

B. a) Le 29 juin 2006, E. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente en raison d'une atteinte cardiaque avec fibrillation auriculaire récidivante et une hyperthyroïdie médicamenteuse (Cordarone).

Dans un rapport médical du 3 octobre 2006, le Dr W. _____ a précisé que l'incapacité de travail de son patient avait finalement été prolongée jusqu'au 30 novembre 2005 en raison de thoracalgies gauches d'origine indéterminée, ce dernier ayant toutefois pu reprendre son emploi à 100 % dès le 1^{er} décembre 2005. En raison d'une récurrence de la FA, l'assuré a présenté une nouvelle incapacité de travail dès le 28 mars 2006 avec intoxication à la Cordarone, hyperthyroïdie secondaire et thyroïdite de caractère destructif. L'évolution s'est révélée favorable du point de vue thyroïdien, avec une normalisation des paramètres, le patient restant cependant en FA avec une composante d'insuffisance cardiaque. S'agissant du pronostic, le Dr W. _____ s'est prononcé comme suit :

" cette fois-ci et contrairement à 2005, le pronostic reste réservé du point de vue cardiologique, la restauration d'un rythme sinusal s'étant avérée un échec, malgré plusieurs tentatives de cardioversions électriques ou médicamenteuses. Une insuffisance cardiaque de gravité moyenne s'est greffée sur ce trouble du rythme et handicape le patient. Il est prévu une thermo ablation de la fibrillation auriculaire au CHUV, lorsque nous aurons la confirmation que l'hyperthyroïdie est jugulée. Actuellement l'incapacité de travail reste de 100 % et nous espérons pouvoir remettre le patient au travail d'abord à temps partiel puis à temps

complet. Monsieur E. _____ a malheureusement épuisé ses possibilités d'assurance perte de gain entre l'épisode de 2005 et celui de 2006 et a reçu son congé de la Maison C. _____ pour le 30 octobre 2006. Nous avons conseillé au patient de s'adresser au centre social régional de [...] en attendant une reconversion professionnelle. En effet, il n'est plus possible d'imaginer que ce patient puisse reprendre une activité comme celle qu'il avait chez son ancien employeur. Il sera certainement capable d'assumer une activité professionnelle évitant les charges lourdes et les stations debout prolongées. Il est cependant trop tôt pour avancer davantage de précisions".

Dans un rapport ultérieur du 25 avril 2007, le Dr W. _____ a indiqué que l'évolution et la situation n'avaient pas subi de modification depuis le 3 octobre 2006.

Dans un rapport du 12 novembre 2007, le Dr X. _____ n'a pas été en mesure de fournir de plus amples informations, n'ayant pas examiné son patient depuis longtemps. Il a toutefois indiqué que l'assuré avait été convoqué au CHUV pour une intervention, mais qu'il l'avait refusée.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr B. _____, spécialiste FMH en cardiologie, pour la réalisation d'une expertise cardiologique. Dans son rapport du 26 mars 2008, l'expert a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de fibrillation auriculaire normocarde au repos et réponse ventriculaire rapide à l'effort, présente de façon paroxystique en 2004 puis chronique depuis 2006, et de cardiopathie avec altération discrète à modérée de la fonction systolique du ventricule gauche sur tachycardiomyopathie ou autre cardiopathie sous-jacente (présente depuis 2004 avec dysfonction ventriculaire gauche fluctuante). Il a toutefois estimé que l'hyperthyroïdie sous Cordarone en mars 2006, actuellement en état euthyroïdien sous traitement médicamenteux n'avait aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé qu'une incapacité de travail était médicalement justifiée en été 2004, pendant 2 à 3 mois au maximum, puis ponctuellement lors de la récurrence en août 2005 ainsi qu'en mars-avril 2006. Au stade actuel de la cardiopathie, le Dr B. _____ a considéré que l'exercice d'une activité sédentaire ou avec des efforts légers et des

charges de moins de 10 kg apparaissait parfaitement possible. Néanmoins, le manque de motivation et de collaboration rendait la reprise d'une activité professionnelle très aléatoire. L'activité de manutentionnaire sans limitation de charges n'était exigible que s'il y avait un rétablissement du rythme sinusal et la correction de la dysfonction ventriculaire. L'intervention d'ablation par radiofréquence proposée mais refusée par l'assuré pouvait améliorer la capacité de travail.

Par avis médical du 5 mai 2008, le SMR a confirmé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, travail sédentaire ou avec des efforts légers et des charges de moins de 10 kg était entièrement exigible depuis octobre 2004.

b) En date du 7 mai 2008, l'OAI a adressé à E. _____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Considérant que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée dès octobre 2004, l'OAI a constaté que l'assuré n'avait pas présenté une incapacité de gain de longue durée, soit d'une année au moins sans interruption notable. Par ailleurs, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré compte d'une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée dès octobre 2004. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'679 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2005, compte tenu du temps de travail hebdomadaire moyen effectué dans les entreprises en 2005 (41.6 heures) et d'un taux d'abattement de 10 % en raison des circonstances personnelles limitant les perspectives salariales de l'assuré, l'OAI a estimé que celui-ci était en mesure de réaliser un revenu annuel au moins équivalent à celui qu'il aurait pu réaliser, sans atteinte à la santé, dans son ancienne activité professionnelle (46'800 fr.). Sur demande expresse de l'assuré, l'OAI était prêt à envisager la mise en place d'une aide au placement.

L'assuré s'est opposé au projet de décision précitée, sa contestation portant sur le refus de rente et de mesures professionnelles.

Dans un rapport médical du 15 juillet 2007 (recte 2009), la Dresse M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de l'association O._____, a indiqué que l'assuré était son patient depuis le 19 mars 2009 (auparavant, soit de décembre 2008 à janvier 2009, il avait consulté la Dresse F._____ à trois reprises). Il présentait un épisode dépressif sévère et des troubles mixtes de la personnalité à traits de type hypocondriaque et anxieux (probablement dès 2006 avec une aggravation depuis 2008). Dans ce rapport, une incapacité de travail n'était pas clairement rapportée, la Dresse M._____ constatant toutefois que :

"Sur le plan psychique, l'anxiété anticipatoire floride et les ruminations d'ordre dépressif limitent massivement les capacités cognitives, motivationnelles et relationnelles nécessaires à la tenue d'un programme de travail en équipe. L'hypervigilance, les conduites d'évitement, la perte d'élan vital, ainsi qu'une forte irritabilité anxieuse sont incompatibles avec l'activité exercée jusqu'ici. Compte tenu du fonctionnement rigide présenté, de type psychotique quant à l'impossibilité d'élaborations alternatives, il est probable, à l'heure actuelle, que des conditions de travail réduit seraient appréhendées par le patient comme confirmant la perte de sens à la vie, exacerbant alors les symptômes présentés".

Il bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique bi-mensuel de type systémique en individuel depuis le 19 mars 2009 avec le concours d'une interprète médiatrice culturelle, ponctué d'entretiens de couple et familiaux. S'agissant de l'appréciation du cas, la Dresse M._____ a exposé ce qui suit :

" Une discordance importante entre les éléments objectifs de l'état de santé selon avis des spécialistes et l'angoisse de mort qui envahit le patient est clairement constatée. Bien que le patient se montre collaborant et orienté, le discours témoigne d'un envahissement de l'espace psychique par une anxiété anticipatoire qui non seulement plonge le patient dans une hypervigilance morbide, mais également le coupe de toute possibilité d'appréhension d'une amélioration de santé partielle ou d'une construction de sens à la vie suite à cette rupture du projet initial. Il est difficile d'apprécier si les capacités d'élaboration de ce patient sont réduites, ou s'il s'agit de l'expression de l'envahissement psychique subi.

Cependant, il nous semble évident que la détresse anticipatoire et l'importance des traits hypochondriaques de ce patient se sont greffés à un fonctionnement rigide, voire de type psychotique, calqué sur une biographie et un sens à la vie centré sur la réussite sociale à partir des capacités de travail. La perte de ce pilier identitaire représente une blessure narcissique telle qu'il semble inélaborable pour le patient d'envisager une condition diminuée : l'impossibilité d'accéder à une réhabilitation totale ne laisse envisager que l'échec et la fin de vie ".

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté la Dresse R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans un rapport d'expertise du 16 septembre 2010, la Dresse R. _____ n'a mis en évidence aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) n'ayant aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé.

c) En date du 28 octobre 2010, l'OAI a adressé à E. _____ un nouveau projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'intimé a ainsi indiqué dans un courrier du même jour que suite à de nouvelles informations médicales en sa possession, certains éléments du projet initial avaient été modifiés, raison pour laquelle un nouveau projet de décision était adressé à l'assuré. L'intimé s'est référé à l'avis médical du SMR qui, s'appuyant sur l'expertise cardiologique du Dr B. _____ réalisée le 26 mars 2008, concluait à une capacité de travail raisonnablement exigible à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré dès octobre 2004 (travail sédentaire ou avec des efforts légers et des charges de moins de 10 kg). Sur le plan psychique, en l'absence de signe d'atteinte psychiatrique, qu'elle soit anxieuse ou dépressive, l'exigibilité professionnelle de l'intéressé ne pouvait être réduite (rapport d'expertise psychiatrique du 16 septembre 2010 de la Dresse R. _____). L'intimé a dès lors procédé à la comparaison des revenus et a confirmé le calcul opéré dans le cadre du premier projet de décision du 7 mai 2008, aboutissant à l'absence d'invalidité, la perte de gain étant nulle.

A réception du projet précité, le Dr W._____ a, par courrier du 10 novembre 2010, exposé que son patient avait présenté en octobre 2009 d'importantes complications de sa problématique cardiaque préexistante sous forme d'une fibrillation auriculaire chronique. Il a ainsi transmis les rapports médicaux des 26 mars 2010 et 14 octobre 2010 du Dr S._____, spécialiste FMH en cardiologie, ainsi que ceux des 29 novembre 2009, 18 novembre 2009 et 5 février 2010 du Dr Z._____, urologue.

Dans un courrier du 12 novembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr S._____ a posé les diagnostics suivants :

- " FA chronique avec fréquence de repos 70-80/min mais contrôle chronotrope insuffisant à l'effort :
 - Capacité physique réduite à 51 % de la charge estimée (ergométrie 12.11.2010)
- Contusion costale post chute anamnestiquement sur phénomène de type vaso-vagal (30.09.2010)
- Cardiopathie hypertensive et rythmogène (FA tachycarde) (échocardiographie 27.08.2010) :
 - Fonction systolique du VG à la limite inférieure de la norme (FE : 50-55 % ; évaluation difficile en raison d'une FA tachycarde)
 - Dysfonction diastolique avec pressions de remplissage du VG intermédiaires à élevées
 - Hypertrophie concentrique du VG
 - Dilatation biauriculaire (OG 40 cm² ; OD : 25 cm²)
- Sclérose de la valve aortique (sans conséquence)
- Coronaires saines (coronographie 10/2004)
- Infarctus rénal G et D sur embolie d'origine cardiaque probable (10/2009)
 - Fonction rénale résiduelle D : 89 %
 - Fonction rénale résiduelle G : 11 % (scintigraphie rénale dynamique 02/2010)
- Status post-hyperthyroïdie iatrogène (Amiodarone), actuellement euthyroïdie
- Facteurs de risques cardiovasculaires : HTA, BMI : 26.9 "

Au vu de ces éléments, le Dr S._____ a retenu une capacité physique limitée qui du point de vue médicamenteux restait difficilement influençable. Selon ce praticien, la reprise d'une activité professionnelle restait souhaitable, mais une réduction de l'ordre de 50 % devait être considérée, alors qu'une reconversion professionnelle avec une activité de type bureau pourrait être défendable.

En date du 12 novembre 2010, l'assuré a formellement contesté le projet de décision du 28 octobre 2010 en raison d'éléments nouveaux, notamment au niveau cardiologique.

Par avis médical du 17 novembre 2010, le Dr N._____, médecin au SMR, a considéré que les éléments objectifs rapportés par le Dr S._____, ne montraient aucune péjoration par rapport aux constatations de l'expert B._____, en 2008. Au contraire, le test d'effort de 2008 montrait une capacité de 41 % de la valeur maximale théorique, alors qu'elle était aujourd'hui de 51 %. De plus, la fraction d'éjection du VG était de 45 % en 2008, alors qu'elle est de 50-55 % aujourd'hui. Dès lors, l'évaluation récente des capacités physiques de l'assuré ne dénotait aucune péjoration depuis l'expertise cardiologique de 2008 et les paramètres objectifs mesurés étaient superposables, voire améliorés depuis lors. Les problèmes cardio-vasculaires de l'intéressé avaient été par conséquent pris en compte sur la base d'une expertise cardiologique probante et il n'y avait aucun argument médical pour une aggravation de son état de santé depuis cette expertise.

d) Par décision du 2 décembre 2010, dont la motivation figure dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a considéré en s'appuyant sur l'avis médical précité du SMR que les arguments avancés par l'assuré dans le cadre de cette audition n'étaient pas de nature à modifier son projet de décision. L'intimé a dès lors rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles.

C. a) Par acte de son mandataire du 17 janvier 2011, E._____, interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à la mise en œuvre d'une expertise avec volets cardiologique, urologique, psychiatrique et rhumatologique, à la constatation du droit à des prestations AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il conteste

tout d'abord la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par le Dr N. _____ (avis médical du 17 novembre 2010), alors que ce praticien n'est ni cardiologue, ni urologue et qu'il ne l'a jamais vu. Le Dr N. _____ n'était dès lors pas habilité à contester l'aggravation constatée et dûment attestée par les spécialistes en cardiologie et urologie ayant assuré son suivi depuis son infarctus rénal bilatéral d'octobre 2009. Il considère par conséquent qu'une réactualisation complète de son dossier est nécessaire, l'expertise du Dr B. _____ de 2008 ne permettant pas de statuer en toute connaissance de cause sur son droit aux prestations. Estimant en outre présenter des troubles psychiatriques sérieux et invalidants, il sollicite un consilium psychiatrique, le diagnostic retenu par la Dresse R. _____, soit "une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques" n'emportant pas la conviction. Il demande par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cardiologique, urologique, rhumatologique et psychiatrique) afin de déterminer les interférences entre ses différents problèmes de santé et leurs effets conjoints sur sa capacité de travail résiduelle. Il admet conserver une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, raison pour laquelle une aide à la reconversion professionnelle devrait lui être accordée dans les meilleurs délais. Il critique en outre le calcul du préjudice économique, dans la mesure où l'intimé a omis de procéder à un correctif du revenu sans invalidité, qui est inférieur au revenu d'invalidité. Ce dernier est également contesté, la capacité résiduelle de travail étant de 50 % et non de 100 %. Par ailleurs, il considère que le taux d'abattement de 10 % est insuffisant, au vu de l'ensemble des désavantages salariaux sur le marché du travail, liés à son âge, sa nationalité, ses limitations fonctionnelles et son rendement réduit. Compte tenu de sa situation financière, il sollicite enfin l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Dans le cadre de son recours, il annexe un lot de pièces, dont un certificat médical du 20 décembre 2010 du Dr W. _____, lequel a conclu à une capacité de travail de 50 %, celle-ci étant par ailleurs encore réduite par les problèmes psychiatriques rencontrés par son patient.

b) Dans sa réponse du 13 avril 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Tout en rappelant que l'expertise de la Dresse R._____ mettait en évidence une pleine capacité de travail du recourant d'un point de vue psychiatrique, il a produit un avis médical du 15 mars 2011 du Dr N._____ auquel il se ralliait. Le médecin précité a ainsi exposé ce qui suit, à propos du rapport du 20 décembre 2010 du Dr W._____ :

"Ce rapport rappelle en détail l'histoire médicale de cet assuré, qui nous est en grande partie connue. On y apprend un épisode d'embolie artérielle dans le rein droit dû à une interruption du traitement d'aspirine en raison d'un traitement dentaire. Cet épisode a évolué favorablement puisqu'à partir de mars 2010 la fonction rénale est décrite comme satisfaisante.

Il n'est fait état d'aucun fait nouveau, tant sur le plan cardiaque, où "la situation cardiovasculaire est stable sans nouvelle aggravation", que sur le plan psychiatrique.

Le Dr W._____ atteste que l'assuré "présente une capacité physique limitée que nous évaluons de l'ordre de 50 %". Il ne donne aucune justification médicale à cette appréciation, qui diverge de celle de l'expert cardiologue, sans que l'état de santé physique se soit modifié, comme il l'atteste lui-même. Cette appréciation du médecin traitant, non spécialiste en cardiologie, doit être prise avec réserve. Son absence de motivation médicale objective fait qu'elle ne saurait remettre en question l'avis des experts. Rappelons que le Dr W._____ attestait jusqu'à ce jour une incapacité de travail de 100 % depuis 2006.

Nous confirmons une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, établie sur la base d'une expertise cardiologique et d'une expertise psychiatrique remplissant toutes les deux les critères de qualité requis".

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a constaté que le recourant avait travaillé auprès de l'entreprise C._____ SA de 2002 à 2006 et qu'il s'était contenté des revenus réalisés auprès de son employeur. En tout état de cause, même s'il convenait de retenir un revenu sans invalidité de 58'393 fr. 92 (montant ressortant des salaires statistiques, tels qu'ils résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS], niveau 4, année 2005), le degré d'invalidité serait de 10 % (58'393 fr. 92 - 52'554 fr. 52 / 58'393 fr. 92), taux inférieur à 40 %. S'agissant du taux d'abattement de 10 %, l'intimé a

rappelé qu'il était conforme à la jurisprudence actuelle au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, qui était au demeurant au bénéfice d'un permis C.

c) Dans sa réplique du 27 mai 2011, le mandataire du recourant a confirmé sa position relative au calcul des revenus avec et sans invalidité. Il a en outre fait valoir que l'avis médical du 15 mars 2011 était totalement erroné, les Drs W. _____ et S. _____ ayant attesté une capacité de travail de l'assuré à 50 %. Le recourant a ainsi produit un certificat médical du 28 avril 2011 du Dr S. _____ qui confirmait ce taux sans équivoque. Le recourant a enfin transmis une prise de position du Dr W. _____ (qui avait dans l'intervalle pris sa retraite) sous la forme d'annotations apposées sur l'avis médical précité du SMR.

d) Dans sa duplique du 21 juin 2011, l'intimé a considéré que les arguments développés par l'assuré n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Il a produit un avis médical du 15 juin 2011 du Dr N. _____ auquel il se ralliait.

e) Dans ses déterminations du 30 juin 2011, le recourant a considéré que le Dr S. _____ avait conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité de bureau (rapport du 12 novembre 2010).

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 17 janvier 2011, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant se plaint du refus de mesures de reconversion professionnelle et d'une rente d'invalidité.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

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

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

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

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, 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 entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

3. a) En l'espèce, une première demande déposée en 2004, fondée sur des problèmes cardiaques, a été rejetée par décision du 2 mars 2006. Une deuxième demande du 29 juin 2006, motivée par des problèmes cardiaques et psychiatriques, a été rejetée par décision du 2 décembre 2010, laquelle fait l'objet du présent recours. Le litige porte donc sur le droit aux prestations de l'assuré dès le mois de mars 2006. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'état de santé s'est, depuis lors, péjoré au point d'entraîner une perte de gain qui ouvrirait droit à une rente d'invalidité ou des mesures d'ordre professionnel.

Pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur les rapports du Dr N. _____ des 17 novembre 2010 et 15 mars 2011, dont les conclusions sont basées sur l'expertise cardiologique du Dr B. _____ (rapport du 26 mars 2008) et l'expertise psychiatrique de la Dresse R. _____ (rapport du 16 septembre 2010). Le recourant en conteste la valeur probante en remettant en cause

les conclusions des experts relatives à l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité, au motif que d'autres médecins consultés ont attesté une incapacité de travail à 50 %.

b) Sur le plan physique, il n'est pas contesté que le recourant présente depuis de nombreuses années une fibrillation auriculaire, tout d'abord de façon paroxystique en 2004, puis chronique dès 2006, ainsi qu'une cardiopathie avec altération discrète à modérée de la fonction systolique du ventricule gauche sur tachycardiomyopathie ou autre cardiopathie sous-jacente (présente depuis 2004 avec dysfonction ventriculaire gauche fluctuante). Dans son rapport d'expertise, le Dr B. _____ a établi de manière probante une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (travail sédentaire ou avec des efforts légers et des charges de moins de 10 kg), en raison de l'altération discrète à modérée de la fonction systolique du ventricule gauche et de la réponse ventriculaire rapide à l'effort. L'ancienne activité de manutentionnaire n'est plus exigible (rapport d'expertise du 26 mars 2008, p. 5, point 2.3). Comme l'a précisé le SMR, la reprise de l'activité de manutentionnaire ne peut être envisagée qu'en cas de rétablissement du rythme sinusal et de la correction de la dysfonction ventriculaire (avis médical du 5 mai 2008), interventions que l'intéressé a pour l'instant refusées. L'hyperthyroïdie sous Cordarone apparue en mars 2006 n'a aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, l'expert a mis en évidence une importante discordance entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectifs. Si l'expert a admis une certaine dyspnée d'effort et une limitation de la capacité physique compte tenu d'une fraction d'éjection à 45 % et d'une réponse ventriculaire rapide à l'effort, il a exclu une asthénie aussi intense que celle dont se plaignait l'intéressé (rapport d'expertise, p. 4 point 5). Dans le même sens, le Dr K. _____ a mis en évidence des signes de non-organicité (rapport médical du 1^{er} février 2005) et le Dr X. _____ a estimé que les douleurs étaient déconcertantes et s'est interrogé sur la présence possible d'une cardio-phobie (rapport médical du 31 octobre 2010).

Le recourant soutient, en se référant à divers rapports médicaux, que son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise à la suite d'infarctus rénaux en octobre 2009. Comme l'indique le Dr W. _____ dans son rapport du 20 décembre 2010, le traitement sous Aspirion cardio a été arrêté à cette époque suite à plusieurs extractions dentaires. Le patient a alors développé des embolies artérielles provoquant une atteinte importante au niveau du rein gauche et de moindre importance au rein droit qui allait compenser en définitive la déficience de l'autre rein. Malgré une fonction rénale qualifiée de satisfaisante par le Dr W. _____, ce dernier a toutefois considéré que son patient présentait une capacité physique limitée qui devait être évaluée à 50 %, corroborant ainsi l'avis du Dr S. _____ (rapport médical du 12 novembre 2010 et courrier du 28 avril 2011). Toutefois, les rapports médicaux précités n'indiquent pas, ou ne motivent pas, d'incapacité de travail durable en raison d'une atteinte rénale. Par ailleurs, sur le plan cardiologique, le Dr N. _____ a fait état d'éléments objectifs permettant de démontrer que les médecins traitants n'avaient pas établi de manière convaincante une quelconque aggravation (avis médical du 17 novembre 2010). En effet, il a pu constater une amélioration des paramètres objectifs mesurés en 2010 par le Dr S. _____ (rapports des 12 novembre 2010 et 30 mars 2011). Ainsi, le test d'effort de 2008 montrait une capacité de 41 % de la valeur maximale théorique, alors qu'elle était à présent de 51 % ; la fraction d'éjection du ventricule gauche étant, quant à elle de 45 % en 2008, alors qu'elle était à présent de 50 à 55 %. Il n'y avait dès lors aucun argument médical en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr B. _____.

c) Sur le plan psychique, l'assuré a été pris en charge de décembre 2008 à janvier 2009 par la Dresse F. _____, puis dès le 19 mars 2009 par la Dresse M. _____ de l'association O. _____. Cette dernière a considéré que son patient présentait un épisode dépressif sévère et des troubles mixtes de la personnalité à traits de type hypocondriaque et anxieux (probablement dès 2006 avec une aggravation depuis 2008). Pour sa part, dans un rapport d'expertise psychiatrique du 16 septembre 2010, la Dresse R. _____ n'a mis en évidence aucun

diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) – soit en l'espèce le positionnement du patient dans un rôle d'invalidé, élément sortant du champ médical – n'ayant aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. La Dresse R._____ a ajouté que le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par la Dresse M._____ n'était pas argumenté par un status illustrant ce diagnostic, ce d'autant plus que l'assuré n'avait jamais eu de pensée suicidaire et qu'aucun traitement antidépresseur n'avait été prescrit durant le suivi. Le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité à traits de type hypocondriaque et anxieux n'était pas clairement contestable, mais ceux-ci n'étaient pas décompensés et le rapport ne contenait aucun argument pour justifier une composante incapacitante sur l'exigibilité professionnelle. Par contre, l'experte constatait que le rapport de la psychiatre traitant mentionnait clairement une blessure narcissique face à l'inactivité professionnelle, qui serait donc soulagée par la reprise d'un emploi. L'experte a conclu que le rapport précité ne contenait aucun argument médicalement probant pour justifier une incapacité de travail. Le fait que la prise en charge psychiatrique avait été interrompue en novembre 2009 appuyait le côté rassurant de l'état de santé de l'assuré. Ces constatations de la Dresse R._____ emportent la conviction, dès lors qu'elles reposent sur une anamnèse et un examen clinique complets, que la Dresse R._____ a pris en considération les plaintes de l'assuré et les autres avis médicaux au dossier, et qu'elle a exposé de manière probante pourquoi elle s'en écartait lorsque tel était le cas.

d) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir, comme le SMR dans ses avis médicaux successifs (notamment des 17 novembre 2010, 15 mars 2011 et 15 juin 2011), que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, soit répondant aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert B._____. Au regard des pièces médicales probantes figurant au dossier, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

4. Cela étant, il s'agit à présent de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible, en comparant les revenus sans et avec invalidité.

a) L'invalidité est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b).

b) Pour la comparaison des revenus que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé, d'une part (revenu hypothétique sans invalidité), et malgré les atteintes à la santé dont il souffre, d'autre part (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique.

Le revenu d'invalidé peut être établi en se référant à ces données lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 224 consid. 4.3.1). On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.6 p. 64; RCC 1992 p. 96 consid. 4a; TFA I 137/04 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.1, I 419/02 du 6 mars 2003 consid. 5.1, I 774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3, I 696/01 du 4 avril 2002 consid. 4). Dans ce sens, lorsque le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé s'écarte notablement (plus de 5 %) du salaire que l'on pourrait déduire des données de l'ESS et que l'on peut présumer que cet écart résulte de diverses circonstances liées à la personne de l'assuré et qui limitent ses

perspectives salariales, il convient de prendre en considération ces circonstances de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé (parallélisme des deux termes de la comparaison de revenu; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2ème éd. 2010, ad art. 28a p. 321). En pratique, on peut établir le revenu hypothétique sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité, pour le porter jusqu'à un montant correspondant à celui résultant de l'ESS, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu d'invalidé au moyen de l'ESS. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent davantage ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (cf. ATF 135 V 297, 135 V 58, 134 V 322 consid. 4 p. 325 et 5.2 p. 327 sv.).

c) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient de se référer au revenu résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives (niveau 4) dans l'économie privée, tous secteurs confondus. Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2005 (41.6 heures), le salaire déterminant est de 58'393 fr.92, soit 4'866 fr. 16 par mois. Une déduction de 10 % pour tenir compte des facteurs liés à la personne de l'assuré (handicap et âge, en particulier) entre également en considération, ce qui porte le revenu d'invalidé à 52'554 fr. 52.

Sans invalidité, le recourant n'aurait pas pu réaliser un revenu plus élevé dans son ancienne activité personnelle, si l'on se réfère aux renseignements obtenus par l'intimé auprès de C._____ SA. Par ailleurs, à supposer que l'on s'écarte de ces renseignements pour se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, il n'en résulterait pas un taux d'invalidité de 20 %, qui seul pourrait ouvrir droit à des mesures d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les références; TF 9C_125/2009 du 19 mars 2010, in SVR 2010 IV n° 52 p. 160).

Au vu de ce qui précède, le droit à une rente d'invalidité est également exclu (cf. art. 28 LAI).

5. a) Ainsi, au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur le droit aux prestations litigieuses. La décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire limitée à la question des frais de justice. Il remplit les conditions posées par l'art. 18 al. 1 LPA-VD, de sorte que sa demande doit être admise. Par conséquent, les frais de justice sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 2 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. La demande d'assistance judiciaire présentée par le recourant est admise.

V. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Etat.

VI. 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, à Bienne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :