

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2011

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mmes     Di Ferro Demierre et Thalmann  
Greffière     :     Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat  
à Fribourg,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 4 et 8 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1954, au bénéfice d'une formation dans l'industrie métallurgique et titulaire d'une autorisation d'établissement, travaillait depuis 1995 comme manœuvre pour le compte de l'entreprise de maçonnerie N. \_\_\_\_\_ SA, à V. \_\_\_\_\_. Le 28 août 1998, il a été victime d'un accident de chantier (chute d'un échafaudage de 2 mètres de haut, avec réception sur le dos) occasionnant une fracture par éclatement de la première vertèbre lombaire. Après avoir été admis à l'Hôpital [...], l'assuré y a subi, le 29 août 1998, une spondylodèse D12-L2 avec prise de greffe osseuse au niveau de l'os iliaque droit. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 3 décembre 1999.

L'assuré n'a plus retravaillé après son accident.

**b)** Les suites immédiates de cet événement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA).

Dans un rapport médical du 2 mars 1999, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA (agence de Fribourg), a relevé en substance que l'intéressé présentait un syndrome vertébral dorso-lombaire, que l'incapacité de travail était totale sur les chantiers, et que la reprise d'un poste purement physique serait difficile. Par la suite, il a confirmé ses constatations dans des rapports des 31 mai 2000 et 5 septembre 2001, tout en concluant à une capacité de travail entière dans une activité légère de type industriel sur sol plat, en sollicitation alternée et sans port de charge.

Le 23 novembre 2000, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité de 19'440 fr. pour atteinte à l'intégrité de 20%. Par décision sur opposition du 7 mars 2002 confirmant un prononcé du 27 novembre 2001, elle lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, en raison d'un taux

d'invalidité inférieur à 10%. Cette décision a été confirmée sur recours par le Tribunal cantonal des assurances (jugement du 28 mars 2003, TASS AA 39/02 - 57/2003) puis par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 11 août 2004, TFA U 177/03), sur la base d'un taux d'invalidité de 8% obtenu notamment en procédant à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité.

**c)** Dans l'intervalle, soit le 11 mars 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Invité à préciser le genre d'atteinte dont il souffrait, l'intéressé a indiqué «voir SUVA».

Par rapport du 1<sup>er</sup> avril 1999, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a diagnostiqué un status 7 mois après spondylodèse L1-L2 et fixation interne, tout en indiquant que l'intéressé se trouvait en incapacité de travail depuis le 6 décembre 1997 [recte : 28 août 1998], et qu'une activité adaptée ne devrait pas comporter le port de charges de plus de 10 kg. Ce médecin a également produit un écrit du 26 mars 1999 rédigé par le Dr L.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital [...], évoquant une hypoesthésie de la partie médiale du pli inguinal droit avec à la palpation une suspicion d'une pointe herniaire à droite. L'assuré a finalement été opéré de deux hernies inguinales en mai 2000.

Du 2 au 25 août 2000, l'intéressé a suivi un stage auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI), à O.\_\_\_\_\_, afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Dans un rapport du 28 août 2000, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, a notamment considéré que l'assuré était apte à reprendre une activité allégée, à un poste lui permettant d'alterner les positions, ceci à un taux et avec des rendements normaux. De son côté, la directrice du COPAI a conclu, le 14 septembre 2000, que dans une activité légère, respectant la possibilité d'alterner les positions, limitant le port de charges et moyennant un temps d'apprentissage par la pratique, l'assuré serait capable de travailler dans le circuit économique avec des rendements proches de la norme. L'assuré

a ensuite suivi un stage auprès du Centre de formation professionnelle (ci-après : Centre ORIPH) de D.\_\_\_\_\_ (section AIP [atelier d'intégration professionnelle]), du 21 mai au 20 août 2001. Dans un rapport du 16 septembre 2001, le directeur de ce centre a observé que l'intéressé n'était pas apte à reprendre un emploi dans l'économie normale, et que seule une activité dans un milieu protégé semblait indiquée, notamment dans le domaine de la mécanique.

Dans un rapport intermédiaire du 24 octobre 2001, l'OAI a retenu que les conclusions du COPAI devaient être préférées à celles du Centre ORIPH, qui étaient caractérisées par un manque d'argumentation et de documentation.

Par décision du 24 janvier 2002 confirmant un projet de décision du 4 décembre 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. L'office a retenu que l'intéressé - dont l'ancienne activité de manœuvre était désormais exclue, mais dont la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée à son état de santé (*«soit tout activité industrielle légère permettant l'alternance des positions»*) - ne pouvait prétendre à une rente AI en raison d'un degré d'invalidité de 7,6%, inférieur au seuil légal de 40%; en outre, des mesures professionnelles n'apparaissaient pas indiquées.

Cette décision a été entièrement confirmée par le Tribunal cantonal des assurances, dans un arrêt du 3 décembre 2002 (TASS AI 71/02 - 190/2003).

Par jugement du 11 août 2004 (I 526/03), le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours déposé par l'assuré contre l'arrêt cantonal précité, tout en retenant que le taux d'invalidité devait être fixé à 8%, conformément aux calculs effectués le cadre de la procédure d'assurance-accidents.

**B.**           **a)** Par écrit du 4 mars 2005 adressé à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rapporté une dégradation de l'état de santé de l'assuré, en raison d'un

état dépressif majeur et de sciatalgies droites sur un canal lombaire étroit. Par ailleurs, la symptomatologie douloureuse cervico-dorsolombaire s'était «*chronifiée*», et un diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec cristallisation des plaintes était à envisager. Ce médecin a joint à ses observations un rapport du 28 janvier 2005 rédigé par les Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, de l'Unité [...] de [...]. Ces derniers faisaient état d'un épisode dépressif majeur sans symptôme psychotique, et évoquaient l'existence éventuelle de troubles somatoformes douloureux chroniques. Ils soulignaient également que l'intéressé avait signalé certains symptômes une année auparavant, mais que la pathologie s'était péjorée en septembre 2004, suite à «*la décision négative concernant le recours AI*».

Le 27 avril 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, renvoyant aux rapports de la CNA et du Dr C.\_\_\_\_\_ quant à la description de l'atteinte en cause.

Dans un rapport du 29 avril 2005, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : troubles somatoformes douloureux chroniques (fin 2003), état dépressif majeur sans symptômes psychotiques (fin 2003), lombo-fessalgies droites chroniques sur status après fracture traumatique droite de L1 (1998), spondylodèse immédiate et ablation du matériel (1999), et claudication intermittente neurogène sur canal lombaire étroit entre L3 et L5 (août 2004). Il a relevé que l'état de santé de l'assuré suivait une évolution défavorable et que le syndrome somatoforme douloureux était caractérisé par une extension des douleurs initiales dorso-lombaires, sous la forme de céphalées, de nuchalgies, d'une sciatalgie droite et de dorsalgies hautes. Il a estimé que l'intéressé n'était pas à même de fournir un effort de volonté en vue de surmonter ses douleurs, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle en raison de la comorbidité psychiatrique. Il a ajouté qu'un poste en atelier protégé serait éventuellement envisageable, à un rythme progressif, dans une activité évitant le porte de charges, permettant un changement fréquent de positions et ne demandant pas une trop grande concentration. Il a relevé qu'à défaut de telles mesures

d'accompagnement, le pronostic serait sombre, avec un probable repli graduel sur le strict cadre familial, avec aggravation des idées morbides.

Etaient joints à ce constat deux rapports médicaux. Aux termes du premier, daté du 17 février 2004, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, relevait que seules les plaintes subjectives de l'assuré justifiaient «une réactivation de la demande AI, [...] arguments qui [...] paraiss[ai]ent un peu maigres pour pousser l'AI à réviser son appréciation». Dans le second constat, établi le 28 septembre 2004, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, corroborait les observations du Dr P.\_\_\_\_\_ tout en mentionnant l'existence d'un canal lombaire étroit entre L3 et L5, diagnostiqué à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 2 septembre 2004.

En date du 25 octobre 2005, l'assuré a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et U.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont fait part de leurs observations dans un rapport du 7 novembre 2005, contresigné le 5 février 2007 par les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et W.\_\_\_\_\_, médecin-chef ad intérim du SMR. Sur le plan somatique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cervico-brachialgies droites et dorsolombosciatalgies droites (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit et status après fracture traumatique de L1 traitée par spondylodèse, suivie de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse), ainsi que de syndrome rotulien droit. Il a précisé que l'assuré ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle de manœuvre, et a évalué à 70% la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires de l'intéressé (à savoir : nécessité de pouvoir alterner 2x/h 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 et prolongé du tronc, pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles et escaliers), eu égard à la

découverte d'un canal lombaire étroit en septembre 2004. Sous l'angle psychiatrique, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré - dont l'épisode dépressif majeur était en rémission complète - ne souffrait d'aucune pathologie invalidante, pas plus qu'il ne présentait de limitations fonctionnelles.

Dans un avis médical SMR du 5 décembre 2005, le Dr N.\_\_\_\_\_, se référant à l'examen bidisciplinaire susmentionné, a retenu une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée, cela depuis le mois de septembre 2004.

Sur la base d'informations fournies par l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA au cours d'un appel téléphonique du 10 novembre 2006, l'OAI a retenu, dans un rapport final du 21 novembre 2006, que l'intéressé aurait pu réaliser en 2004 un revenu annuel brut sans invalidité de 56'637 fr., à raison d'un taux d'activité de 100%.

**b)** Le 21 février 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé de manière notable.

Par courrier du 23 mars 2007, l'intéressé a confirmé les dires de son médecin traitant, tout en se déclarant incapable de travailler dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 17 avril 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis novembre 2006, l'intéressé avait développé une claudication neurogène de plus en plus importante, avec limitation du périmètre de marche à environ 200 mètres, l'obligeant à s'asseoir et entraînant une perte de force des membres inférieurs. Il a ajouté que les symptômes - localisés à droite en 2005 - étaient désormais présents des deux côtés, sous forme de lombo-pseudo-sciatalgies à bascule. Il a exposé qu'une IRM pratiquée en avril 2006 avait confirmé le rétrécissement canalaire L3-L5 ainsi que plusieurs protrusions discales, qu'une hospitalisation en mai 2006 associée à une péridurale avait permis une amélioration temporaire, et qu'un traitement par infiltration effectué en février 2007 n'avait pas eu

d'impact significatif. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était désormais inférieure à 50%, sous réserve toutefois d'un avis neurochirurgical.

Par constat du 27 avril 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé en substance les constatations du Dr P.\_\_\_\_\_, mais a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait part de ses observations dans un compte-rendu du 28 avril 2007. Il a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé en raison du canal lombaire étroit diagnostiqué en 2004, et a estimé que l'intéressé conservait une capacité de travail de 25% dans une activité adaptée nécessitant des efforts minimales («*surveillant de parking, musée*»). Il s'est référé à un précédent rapport du 1<sup>er</sup> février 2007, indiquant que l'assuré présentait des lombalgies - irradiant vers les membres inférieurs - d'origine mixte, «*en partie post traumatique (éclatement de L1 en 1998) et d'autre part aussi sur canal lombaire étroit*», dont la composante évocatrice d'une claudication intermittente neurogène semblait s'être accentuée au cours des derniers mois.

Dans un rapport du 21 mai 2007, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a constaté que l'assuré présentait un syndrome subjectif majeur lié à son ancienne fracture de la première vertèbre lombaire, ce syndrome étant relativement mineur sur les plans clinique et radiologique, avec une importante «*chronification*» de la symptomatologie douloureuse chez un patient confronté à des difficultés socio-économiques et à un conflit asséculogique. S'était rajoutée secondairement une symptomatologie de canal lombaire étroit, certainement d'origine mixte, congénitale et dégénérative. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, le Dr A.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré était totalement inapte à exercer une quelconque activité professionnelle, respectivement que son taux d'occupation ne dépasserait probablement pas 20% dans une activité légère et adaptée.

Par avis médical SMR du 13 août 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_ a considéré que les nouveaux rapports médicaux versés au dossier ne mettaient en évidence aucun signe objectif d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. En particulier, il a relevé que le Dr A.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 mai 2007, avait évoqué une évolution radiologique stable de septembre 2004 à mai 2006, et s'était pour le surplus fondé sur des facteurs ne revêtant aucun aspect médical. Il a ajouté qu'une éventuelle aggravation de la claudication neurogène de l'assuré n'aurait aucune influence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il a retenu, dès lors, que l'appréciation du SMR du 5 décembre 2005 demeurait valable.

**c)** Le 7 décembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations. Se fondant sur l'appréciation du SMR, l'office a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'588 fr. en 2004 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures), d'un taux d'activité de 70% et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 36'072 fr. 69. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 56'637 fr., mettait en évidence une perte de gain de 20'564 fr. 30, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 36.30%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**d)** Par certificat médical du 17 décembre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré était incapable de travailler dans une activité adaptée, dès lors qu'il souffrait de dorsalgies très importantes l'empêchant de rester assis plus de 20 minutes, qu'il présentait en outre une claudication neurogène du membre inférieur droit l'empêchant de

marcher plus d'une centaine de mètres, et que son état psychologique rendait par ailleurs impossible la reprise d'une activité professionnelle. Il a estimé que seule une expertise pluridisciplinaire pourrait aboutir à une évaluation correcte de l'état de santé de son patient.

L'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI par acte du 4 janvier 2008, rédigé par son mandataire. En substance, il a soutenu que son état de santé s'était détérioré sur les plans physique et psychique depuis l'expertise réalisée par le SMR en octobre 2005, ce dont l'OAI n'avait pas tenu compte dans le préavis du 7 décembre 2007. Il a insisté sur son incapacité à reprendre une activité professionnelle – fût-elle adaptée – et a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a produit diverses pièces à l'appui de ses dires.

Par écrit du 4 février 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé, en substance, que les symptômes de l'assuré de type claudication neurogène étaient probablement causés à raison de 80% par des troubles dégénératifs et pour le reste par l'accident subi en 1998, que les atteintes dégénératives étaient la cause principale de l'incapacité de l'intéressé à reprendre son activité habituelle, et que la capacité de travail résiduelle était inférieure à 50%.

**e)** L'assuré a été convoqué au SMR pour un nouvel examen rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué le 27 août 2008 par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport du 11 septembre 2008, ces derniers ont notamment retenu les diagnostics suivants :

**"DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion sur la capacité de travail**

- LOMBALGIES ET PSEUDO-SCIATALGIES À BASCULE, CHRONIQUES M.54.46.
  - STATUS APRÈS FRACTURE/ÉCLATEMENT DE L1, TRAITÉE PAR SPONDYLODÈSE D12 À L2 EN 1998.
  - TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS LOMBAIRE SOUS LA FORME DE PROTRUSION DISCALE ÉTAGÉE, ASSOCIÉE À UNE ARTHROSE POSTÉRIEURE RESPONSABLE D'UN CANAL LOMBAIRE À LA LIMITE INFÉRIEURE DE LA NORME (CANAL LOMBAIRE ÉTROIT) MIXTE.

- IMPORTANT DÉCONDITIONNEMENT DE LA MUSCULATURE POSTURALE DORSOLOMBAIRE AVEC RELÂCHEMENT DE LA SANGLE ABDOMINALE ET RACCOURCISSEMENT DES MUSCLES ISCHIO-JAMBIERS.
- SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE AUCUN. "

Sur le plan somatique, les experts ont considéré que la situation demeurerait superposable à celle prévalant lors du précédent examen du SMR réalisé le 25 octobre 2005. Sous l'angle psychiatrique, ils ont observé que leur examen demeurerait également superposable à celui réalisé en octobre 2005, que l'assuré présentait un tableau de dysthymie, et qu'il ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. En particulier, ils ont constaté que le syndrome algique de l'assuré ne remplissait pas l'ensemble des critères posés par la jurisprudence en matière de reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux incapacitant. Pour le surplus, ils notamment exposé ce qui suit :

#### ***"Les limitations fonctionnelles***

Pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive ou soulèvement répétitif de poids excédant 5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 25 à 30 minutes sans possibilité de varier les positions minimum 2 fois par heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'exposition à des machines ou outils réalisant des vibrations de 5 Herz ou plus. Pas d'activité sur terrain instable. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. Diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 5 à 10 minutes.

Aucune sur le plan psychiatrique.

[...]

***Concernant la capacité de travail exigible***, sur la base de notre évaluation pluridisciplinaire de ce jour, au vu des atteintes objectives à la santé présentées sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'ouvrier-maçon sur chantiers.

Toute forme d'activité professionnelle qui respecte les limitations fonctionnelles de façon stricte est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution d'un rendement de l'ordre de 30% au vu de ces mêmes limitations fonctionnelles et de la symptomatologie algique à caractère neurogène présentés par l'assuré (claudication intermittente anamnesticque). Une telle capacité de travail est théoriquement pertinente depuis septembre 2004.

Aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé n'est apporté par les différents documents médicaux mis à disposition postérieur à l'examen bidisciplinaire du 25.10.2005, La discordance entre l'évaluation de la capacité de travail retenue par le SMR et le Dr A. \_\_\_\_\_ essentiellement se base sur la prise en considération par ce dernier, de facteurs non à la charge de l'Al (signe de non organicité manifeste, difficultés socio-économiques, conflit assécurologique, sentiment d'handicap majeur subjectif retenu par l'assuré, secondaire au traumatisme subit). Ces différents éléments ne peuvent être retenus comme responsables d'une comorbidité à caractère invalidant au sens de la jurisprudence en absence de mise en évidence de trouble psychique préexistant invalidant[, ] de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signe de gravité selon la jurisprudence actuelle.

Sur le plan psychiatrique, dans l'activité habituelle 100%, dans une activité adaptée 100%, depuis toujours.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% (APRÈS RECONDITIONNEMENT MUSCULAIRE ET RÉENTRAÎNEMENT À L'EFFORT)."

Par avis SMR du 30 septembre 2008, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a confirmé les constatations de l'expertise du 27 août 2008, reconnaissant à l'assuré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec diminution de rendement de 30%.

**C.** Le 12 décembre 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 7 décembre 2007.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a fait sienne l'appréciation exposée dans le rapport du SMR du 11 septembre 2008, lequel répondait aux exigences requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

**D.** Par acte du 13 janvier 2009 rédigé par son mandataire, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'un quart de rente. Il conteste le taux d'abattement sur le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, faisant valoir qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de sa faible scolarisation et de sa maîtrise

imparfaite du français, l'office aurait dû procéder à une déduction d'au moins 15% (à l'instar du taux d'abattement retenu par le Tribunal cantonal des assurances dans le cadre de la procédure d'assurance-accident [cf. let. A.b supra]), et, partant, lui reconnaître un degré d'invalidité de 40% ouvrant le droit à un quart de rente AI.

Dans sa réponse du 23 mars 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, il estime que le taux d'abattement de 10% est justifié, dès lors que le recourant était âgé de 50 ans en septembre 2004 - lorsqu'il aurait pu faire valoir sa capacité de travail dans le circuit économique - et que dans une activité adaptée, il dispose non pas d'une capacité de travail partielle mais totale, bien que comportant une diminution de rendement de 30%, laquelle tient précisément compte de ses limitations fonctionnelles. Pour le reste, l'OAI observe que dans son arrêt du 3 décembre 2002 (cf. let. A.c supra), le Tribunal cantonal des assurances s'est fondé sur un taux d'invalidité de 8% tout en soulignant que le revenu d'invalidité déterminant n'aurait pas été influencé par un abattement de 10%.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres

exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 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 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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.** La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 12 décembre 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de ladite loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement sur la question du taux d'abattement à appliquer sur le revenu d'invalidé.

**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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

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 (art. 16 LPGA).

**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).

**5. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter 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; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

**b)** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

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 et 130 V 71 consid. 3.2; cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et réf. cit.).

**6.** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 27 avril 2005. Après examen des divers rapports établis par les médecins de l'assuré, et à la suite de deux expertises médicales réalisées les 25 octobre 2005 et 27 août 2008, l'OAI a rejeté cette demande le 12 décembre 2008, retenant que le degré d'invalidité de l'intéressé (36,30%) était inférieur au seuil ouvrant le droit à une rente AI.

**a)** Dans son recours du 13 janvier 2009, l'assuré ne conteste pas l'évaluation de sa capacité de travail effectuée par l'OAI dans la décision attaquée, sur la base de l'expertise bidisciplinaire réalisée le 27 août 2008 par le SMR. Dès lors, il n'appartient pas à la Cour de céans de se pencher à nouveau sur cette question dans le cadre de la présente affaire (cf. consid. 3a supra). Tout au plus peut-on relever ici que la situation médicale de l'intéressé a indéniablement évolué sur le plan somatique après la fin de la première procédure AI, cela en raison du canal lombaire étroit diagnostiqué en septembre 2004. En revanche, l'aggravation alléguée sur le plan psychiatrique n'est pas établie, comme le démontre l'expertise du SMR du 27 août 2008, laquelle apparaît suffisamment complète, détaillée et motivée - en particulier sur le plan psychiatrique (cf. pp. 11 à 14 du rapport du 11 septembre 2008) - pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Aussi est-il

exact de retenir que le recourant n'est plus à même de travailler dans son activité habituelle de manœuvre, et que dans une activité adaptée, il dispose, depuis septembre 2004, d'une capacité résiduelle de travail de 70% (cf. rapport du SMR du 11 septembre 2008 p. 15 et décision de l'OAI du 12 décembre 2008 p. 2), respectivement de 100% avec une diminution de rendement de 30% (cf. rapport du SMR du 11 septembre 2008 p. 14 et réponse de l'OAI du 23 mars 2009) – étant relevé que le fait que l'intimé et le SMR se soient référés à une capacité résiduelle de travail tantôt partielle, tantôt entière avec diminution de rendement, n'a aucune incidence sur l'issue du présent litige.

**b)** S'agissant plus particulièrement de l'évaluation du degré d'invalidité, il apparaît que l'assuré ne conteste pas les chiffres et calculs retenus par l'OAI – lesquels échappent, du reste, à toute critique. Plus particulièrement, c'est à juste titre que l'office s'est fondé sur un revenu d'invalidé avant abattement de 40'080 fr. 77 (compte tenu d'un taux d'activité de 70%, respectivement d'une diminution de rendement de 30%), et sur un revenu de valide de 56'637 fr.

L'intéressé conteste, en revanche, le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'office sur le revenu d'invalidé, faisant valoir que cette déduction ne tient pas compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de sa faible scolarisation et de sa maîtrise imparfaite du français.

**7. a)** Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé, son revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1).

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). En d'autres termes, la juridiction cantonale doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. TF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011 consid. 5.2, destiné à la publication).

**b)** De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses capacités salariales (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3; cf. TF 9C\_532/2007 du 28 mars 2008 consid. 2.2.2). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a confirmé la déduction de 15% opérée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud à l'égard d'une assurée née en 1951 et

présentant les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise-debout deux fois par heure, pas de soulèvement de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant une élévation ou une abduction du membre supérieur.

Dans un arrêt du 13 septembre 2004 (I 511/03), le Tribunal fédéral des assurances a relevé ce qui suit concernant un assuré né en 1949, pouvant travailler à plein temps avec un rendement de 50% dans une activité légère sans port répété de charges au-delà de 10 kg et ne nécessitant ni déplacement sur un sol inégal, ni manipulations au-dessus de l'horizontale (consid. 5.3) :

"La juridiction cantonale a admis une réduction de 10% essentiellement en considération du fait que "les salaires indiqués dans les statistiques officielles sont légèrement surfaits lorsqu'ils s'appliquent à des activités légères". Or, cette manière de faire n'est pas compatible avec la jurisprudence qui commande que l'évaluation se rapporte aux circonstances personnelles de l'assuré concerné. En l'espèce, les éléments mis en avant par le recourant (son âge, ses limitations fonctionnelles et son rendement diminué) sont tous des facteurs susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales; la nationalité et la catégorie du permis de séjour, en revanche, ne sont pas pertinents. Dans la mesure où l'assuré est encore relativement éloigné de l'âge de la retraite et qu'il bénéficie de surcroît d'une longue expérience du marché du travail suisse, l'on ne saurait accorder à ces éléments - appréciés dans leur globalité - l'importance qu'il voudrait. Ceux-ci justifient néanmoins que l'on s'écarte de l'appréciation des premiers juges sur ce point et que l'on fixe l'abattement du salaire statistique à 15%".

**c)** En l'occurrence, les limitations fonctionnelles du recourant sont importantes. Certes, elles ont été prises en compte par la diminution de rendement (cf. réponse de l'intimé du 23 mars 2009, let. D supra). Elles n'en restent pas moins sans conteste de nature à influencer sur les perspectives salariales de l'assuré, ainsi d'ailleurs que le rendement diminué. En effet, ces éléments sont susceptibles de constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. A cela s'ajoutent, dans une certaine mesure, l'âge du recourant (54 ans au moment de la décision litigieuse) et sa stabilité professionnelle puisqu'il travaillait depuis 1995 dans la même entreprise et que rien n'indique qu'il entendait en changer.

Il convient raisonnablement d'admettre que l'interdépendance de ces différents facteurs personnels et professionnels peuvent contribuer à désavantager l'assuré au moment d'un éventuel engagement. Seules des concessions salariales importantes pourront à l'évidence compenser cet état de fait et lui permettre d'être compétitif sur le marché du travail.

Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre qu'un abattement de 15% s'avère justifié dans le cas particulier. Un tel abattement conduit à un revenu d'invalidé annuel de 34'068 fr. 65. La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité que l'assuré aurait pu réaliser en 2004 dans son activité de manoeuvre - 56'637 fr. - met en évidence un degré d'invalidité de 39.85%, qu'il convient d'arrondir à 40% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Un tel taux d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente AI depuis septembre 2005, soit au terme du délai d'une année (cf. art. 29 al. 1 aLAI).

Il convient enfin de relever, au demeurant, que c'est en vain que l'intimé s'est référé au taux d'invalidité fixé dans l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 3 décembre 2002 (cf. réponse au recours du 23 mars 2009, let. D supra), l'état de fait déterminant ayant sensiblement évolué depuis lors, en raison du canal lombaire étroit diagnostiqué en septembre 2004.

**d)** En définitive, le recours doit donc être admis et la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

**8. a)** Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours formé par I. \_\_\_\_\_ le 13 janvier 2009 est admis.
  
- II. La décision rendue le 12 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005.
  
- III. L'intimé doit payé au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Guerry (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :