

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 juillet 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs  
Greffière: Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al.1 , art. 28, art. 28a al.1 LAI; art. 6, art. 7, art, 8, art. 16,  
art. 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_, né le 21 janvier 1959, a été victime le 1<sup>er</sup> juillet 1999 d'un accident sur l'autoroute, alors qu'il conduisait son véhicule. Il a subi les blessures suivantes: rupture de la rate, fracture des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> côtes à gauche, pneumothorax à gauche, contusion du rein gauche, du foie et du myocarde. Après les traitements médicaux, Z.\_\_\_\_\_ a tenté en vain de reprendre son travail de maçon/manœuvre dans une entreprise de construction, à deux reprises en 2000 et 2001; il y a renoncé à cause de douleurs (arthralgies, myalgies diffuses). La CNA, assureur accidents, a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 7 février 2000, au motif que les troubles présentés par l'assuré étaient désormais imputables exclusivement à un état maladif. La décision n'a pas été contestée et elle est entrée en force.

**B.** Le 6 décembre 2001, Z.\_\_\_\_\_ a présenté à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: Office AI) une demande de prestations AI (demande de rente).

L'Office AI a rendu le 2 novembre 2006 une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a retenu que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, telle une activité industrielle légère (montage en mécanique, surveillance d'un processus de production). Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'Office AI avait mandaté un psychiatre (Dr D.\_\_\_\_\_, à Lausanne) et une rhumatologue (Dresse B.\_\_\_\_\_, à Vevey) afin d'établir des expertises médicales. Sur la base des avis des experts, le Service médical régional de l'AI (SMR) avait défini ainsi les limitations fonctionnelles, au plan somatique : « pas d'utilisation d'engins à vibrations, pas d'activité répétitive des membres supérieurs, pas d'activité à genoux, pas d'activité des bras au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges supérieures à 25 kg, nécessité d'alternance des positions assise/debout avec déplacements ».

Dans sa décision du 2 novembre 2006, l'Office AI a procédé à une comparaison des revenus annuels (en 2000 : sans invalidité : 51'333 fr. 75 ; avec invalidité : 50'075 fr. 98) et il a arrêté le degré d'invalidité à 2.45 %. Le seuil de 40 % pour le droit à une rente n'était donc pas atteint. Il ne se justifiait pas non plus de mettre sur pied des mesures professionnelles, au regard notamment du résultat d'un stage d'évaluation professionnelle organisé en 2005, que l'assuré avait interrompu prématurément en s'estimant incapable de reprendre une activité lucrative à un taux supérieur à 10 %.

Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Le Tribunal des assurances du canton de Vaud, dans un jugement rendu le 24 septembre 2007 (AI 272/06 - 277/2007), a rejeté le recours et confirmé la décision attaquée. Z.\_\_\_\_\_ a recouru en vain au Tribunal fédéral contre ce jugement (arrêt de la IIe Cour de droit social 9C\_79/2008 du 29 septembre 2008).

**C.** Le 22 mai 2008 - quelques mois après la notification du jugement du Tribunal des assurances mais avant l'arrêt du Tribunal fédéral -, Z.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'Office AI une nouvelle décision de la CNA (décision sur opposition du 13 novembre 2007), qui avait été rendue après qu'il avait lui-même demandé à l'assureur-accidents en juin 2007 d'ouvrir à nouveau le dossier, en raison d'un diagnostic nouveau sur le plan neurologique ou psychique ; la CNA avait refusé d'intervenir, en l'absence d'un lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 1999, et Z.\_\_\_\_\_ avait recouru en vain au niveau cantonal contre cette décision sur opposition (arrêt du 22 juillet 2010 de la Cour des assurances sociales dans la cause AA 144/07).

En s'adressant à l'Office AI le 22 mai 2008, Z.\_\_\_\_\_ a également déposé un rapport de l'oncologue Dr V.\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, indiquant de nouveaux diagnostics, principalement un adénocarcinome rectal (status après résection d'un polype le 18 février 2008). L'assuré a fait valoir que, sa situation s'étant considérablement aggravée, le dossier devait être rouvert. Le 26 mai 2008, il a encore

produit une lettre du Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre et médecin adjoint à l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon, qui le suit dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Le Dr P.\_\_\_\_\_ indiquait qu'une reprise professionnelle lui semblait impossible compte tenu des troubles mnésiques constatés par le service de neuropsychologie du CHUV. La Prof. G.\_\_\_\_\_, neuropsychologue au CHUV, s'était prononcée dans le cadre de la procédure concernant les prestations de l'assurance-accidents. Dans un premier rapport de 2002, puis dans un rapport du 12 avril 2007 confirmant ce premier rapport, cette spécialiste avait noté des « troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale de la dysfonction exécutive et des troubles gnosiques visuels ». En définitive, elle retenait des « performances cognitives globalement insuffisantes, chez un patient à la collaboration difficile ».

L'Office AI a demandé des rapports médicaux aux Drs V.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 8 juillet 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics posés sur le plan psychiatrique, soit état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) depuis 2001, état de stress post-traumatique (F43.1) depuis juillet 1999, atteinte cognitive avec des troubles mnésiques antérogrades épisodiques sévères en modalité visuo-spatiale déficitaire, dysfonctions exécutives, difficultés constructives et gnosies visuelles, depuis mai 2002. Il a ajouté notamment ce qui suit :

"Le status psychique de M.Z.\_\_\_\_\_ actuellement est superposable à celui décrit dans le dernier rapport AI qui vous a été adressé [le 30 octobre 2003]. Le patient continue à signaler une fatigue, une irritabilité, une agressivité. Il décrit une grande colère auprès des médecins qui le suivent en disant qu'ils ne le prennent pas au sérieux. Il décrit souvent ses colères et ses frustrations face au système médical. Il souffre d'un tableau dépressif avec anhédonie, troubles du sommeil et difficultés à se concentrer. Nous constatons une chronification des symptômes psychiques. Le pronostic est réservé."

Le Dr P. \_\_\_\_\_ estime l'incapacité de travail à 100 % depuis juin 2001.

Dans un rapport du 29 octobre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Le traitement oncologique de l'adénocarcinome rectal découvert en début d'année est terminé. Il est probable que le patient présente pendant encore plusieurs mois une tendance aux diarrhées en relation avec le traitement subi (irradiation rectale, résection transanale). La pathologie oncologique et le traitement subi ne devraient néanmoins pas avoir d'impact à long terme sur sa capacité de travail. La situation sociale du patient est apparemment assez complexe et je vous suggère de vous référer au Dr Q. \_\_\_\_\_ si vous avez besoin d'informations plus générales concernant l'état de santé de Monsieur Z. \_\_\_\_\_. Compte tenu du pronostic oncologique favorable, il n'est pas prévu que je revoie le patient ultérieurement Une surveillance coloscopique sera organisée par le Dr Q. \_\_\_\_\_."

Le SMR a estimé que, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008, la capacité de travail de l'assuré était entière (avis médical du 21 janvier 2009).

**D.** Le 5 février 2009, l'Office AI a communiqué à l'assuré un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus de prestations AI.

L'assuré a présenté des objections. Il a notamment produit une lettre de son médecin généraliste traitant, le Dr Q. \_\_\_\_\_ à Yverdon-les-Bains, lequel estime que sa capacité de travail est nulle par l'addition de handicaps (diarrhées, incontinence anale partielle, nycturie, syndrome d'apnée du sommeil sans possibilité d'adapter un appareil de type CPAP « en raison de l'épuisement de ses ressources psychiques »). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a donné des indications complémentaires dans un rapport médical du 27 avril 2009, où il cite les diagnostics existant depuis 1999 (lombalgies, gonalgies notamment) et décrit ainsi l'état actuel :

"Troubles du sommeil, trouble de la concentration avec somnolence, défécations impérieuses avec diarrhées et incontinence anale, impériosité mictionnelle avec diminution du jet urinaire et pollakiurie, lombalgies chroniques, gonalgies bilatérales, douleurs à l'épaule gauche avec limitation de l'abduction, douleurs thoraciques mécaniques, dyspnée d'effort".

A propos des diarrhées et des difficultés urinaires, le SMR a exposé, dans un avis du 15 juin 2009, que ces problèmes étaient secondaires au traitement de la tumeur rectale et qu'ils devraient s'amender avec le temps. Il a précisé :

"Nous devons ajouter aux limitations fonctionnelles somatiques une activité à proximité d'un lieu d'aisance, l'assuré étant susceptible de s'exonérer 4 à 5 fois durant une journée de travail. Une baisse de rendement temporaire de 10 % mais de plus d'une année depuis l'automne 2008 doit être prise en compte."

L'Office AI a rendu le 31 août 2009 une décision formelle de refus de rente d'invalidité. Sa motivation est en substance la suivante :

"Il ressort de l'avis du Service médical régional AI (SMR) qu'au plan psychiatrique les rapports médicaux nouvellement en notre possession ne font état que de pathologies psychiatriques déjà connues ensuite de notre première décision du 2 novembre 2006 confirmée par le Tribunal cantonal.

Par contre, du point de vue somatique, notre assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tel serait le cas dans des activités industrielles légères et le montage en mécanique, avec toutefois une diminution de rendement de 10 %, pour tenir compte du fait que M. Z. \_\_\_\_\_ est susceptible de se rendre plusieurs fois par jour aux toilettes "en urgence". Il s'agit là en outre d'une nouvelle limitation fonctionnelle (nécessité d'avoir des toilettes à proximité).

Compte tenu de ce qui précède, il convient de procéder au calcul du préjudice économique.

[...]

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de notre assuré qu'il exerce une activité légère de substitution à 100 % avec une diminution de rendement de 10 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 55'958.00.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi en 2009 à CHF 50'362.20.

Sans atteinte à la santé et en exerçant son activité habituelle de maçon (sans formation), notre assuré pourrait prétendre réaliser, en 2009, un revenu annuel de CHF 54'342.00 (selon décompte de salaire du 30 mai 2001: CHF 4'050.00 x 12, indexé à 2009).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	54'342.00
avec invalidité	CHF	50'362.20

La perte de gain s'élève à CHF 3'980.00 = un degré d'invalidité de 7.3%.

Ainsi, à l'échéance du nouveau délai d'attente, soit en avril 2009 (l'incapacité de travail en lien avec la tumeur ayant débuté le 10 avril 2008), notre assuré subit un préjudice économique de 7 %, lequel n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Cependant, le droit à une aide au placement étant ouvert, nous accorderons cette prestation sur simple renvoi du formulaire y relatif dûment complété."

**E.** Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, Z.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision précitée de l'Office AI. Il demande l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité « dès telle date que justice dira ». Il se réfère aux avis de ses médecins traitants (Dr P.\_\_\_\_\_, Dr Q.\_\_\_\_\_) ainsi qu'aux avis de la Prof. G.\_\_\_\_\_, neuropsychologue au CHUV, qui s'était prononcée dans le cadre de la procédure concernant les prestations de l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 28 novembre 2009, l'Office AI propose le rejet du recours.

**F.** Z.\_\_\_\_\_ a par ailleurs communiqué à l'Office AI, le 1<sup>er</sup> décembre 2009, de nouvelles pièces médicales : un courrier du 25 novembre 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, à propos d'un épisode dépressif moyen en septembre 2009, suivi d'un effondrement dépressif le 23 octobre 2009 ; un courrier du 12 novembre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, retenant le diagnostic de rupture irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le 18 décembre 2009, l'Office AI lui a répondu que l'aggravation alléguée de l'état de santé était postérieure à la décision du 31 août 2009.

Dans une prise de position adressée à la Cour de céans le 21 décembre 2010, l'Office AI a précisé qu'il maintenait sa décision du 31 août 2009, l'éventuelle aggravation étant postérieure à cette décision.

**G.** L'Office AI a reçu le 14 octobre 2009 un rapport de l'organisme chargé du contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud. Des inspecteurs de cet organisme (rattaché à la Fédération vaudoise des entrepreneurs) avaient constaté le 17 juin 2009 la présence de Z.\_\_\_\_\_ sur un chantier au Mont-sur-Lausanne, où il travaillait comme carreleur.

Z.\_\_\_\_\_ a expliqué, dans une détermination adressée le 19 janvier 2010 au Tribunal cantonal, qu'il avait effectivement travaillé sur ce chantier du 10 au 17 juin 2009, durant 47 heures.

### **E n d r o i t :**

**1.** Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, qui respecte au surplus les conditions formelles du droit fédéral (notamment l'art. 61 let. b LPGA), est recevable.

**2.** Le recourant conteste la décision attaquée en estimant avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

**a)** Selon le droit fédéral, 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; s'il est de 70 % au moins, il donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 28a al. 1 LAI dispose que l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Conformément à cette norme, 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.

**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 les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2). 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 son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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)** Le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé depuis la précédente décision négative de l'Office AI (du 2 novembre 2006), confirmée par le Tribunal des assurances quelques mois avant sa demande de réouverture du dossier. L'argumentation de son acte de recours est brève : il se réfère d'une part à l'avis de son psychiatre, le Dr P.\_\_\_\_\_, qui se prononce dans le sens d'une chronification des symptômes psychiques et d'une incapacité totale de travail ; d'autre part, il mentionne les différents problèmes énumérés par son médecin généraliste, le Dr Q.\_\_\_\_\_.

**aa)** Aux termes de l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner 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. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une

invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2; cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**bb)** Pour apprécier l'état de santé du recourant et déterminer s'il y a eu aggravation, seuls les faits qui ont pu être constatés par l'Office AI sont déterminants. En d'autres termes, des problèmes de santé qui seraient survenus après la décision attaquée, du 31 août 2009, ne sont pas pertinents. Le cas échéant, ils doivent être invoqués par l'assuré dans la cadre d'une nouvelle demande de prestations AI, et être soumis non pas à la juridiction cantonale mais à l'administration. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4, 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b).

En particulier, si le psychiatre traitant a constaté, en septembre et en octobre 2009, des atteintes justifiant un traitement particulier, se distinguant de ses constatations générales antérieures sur un état devenu chronique ou stabilisé (épisode dépressif en septembre 2009, effondrement dépressif en octobre 2009), cela signifie que le recourant ne peut pas soutenir qu'il s'agit simplement d'avis médicaux complémentaires au sujet d'un problème de santé durable, et que ces épisodes postérieurs devraient être pris en considération dans le cadre du contrôle judiciaire de la décision rendue en août 2009. Au contraire, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état de faits nouveaux, dont la portée doit être appréciée ou vérifiée dans le cadre d'une nouvelle procédure administrative.

**cc)** Sur le plan psychique ou psychiatrique, il faut relever tout d'abord que le Dr P.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une aggravation depuis

2006, mais qu'il évoque au contraire une situation « superposable » à celle prise en considération antérieurement. Sur ce plan, aussi bien l'Office AI que le Tribunal des assurances s'étaient fondés sur l'appréciation de la capacité de travail faite par l'expert indépendant (Dr D. \_\_\_\_\_), plutôt que sur celle du médecin traitant. Dans son jugement du 24 septembre 2007, le Tribunal des assurances avait donc retenu, avec l'expert, que le recourant n'avait jamais présenté une diminution majeure de sa capacité de travail du point de vue strictement psychiatrique. L'avis du Prof. G. \_\_\_\_\_ avait été pris en compte, mais il avait été indiqué que les performances cognitives globalement insuffisantes, avec troubles mnésiques, ne constituaient pas une entrave significative dans des activités manuelles simples (jugement précité, p. 13).

Actuellement, le recourant persiste en réalité à se référer à ces avis médicaux datant de 2002 ou 2003, et il ressort du dossier – sous l'angle de la vraisemblance prépondérante – que les éléments pris en considération dans la première procédure AI n'ont pas changé de manière significative jusqu'au moment où la décision attaquée a été rendue.

L'Office AI, saisi d'une nouvelle demande de prestations, pouvait donc se référer aux constatations médicales faites antérieurement. L'avis du SMR à ce sujet n'est pas critiquable.

**dd)** Sur le plan somatique, le recourant se réfère pour l'essentiel à un avis de son médecin généraliste traitant, qui mentionne différentes atteintes. Il ne prétend pas que le contenu de l'expertise rhumatologique effectuée dans le cadre de la première procédure AI (Dresse B. \_\_\_\_\_) serait dépassé ; il ne ressort du reste pas du dossier que les lombalgies, gonalgies et autres atteintes de ce genre se seraient aggravées de manière à exclure l'exercice d'une activité industrielle légère, avec les limitations fonctionnelles déjà retenues en 2006.

Le fait que le recourant a pu travailler comme carreleur pendant plusieurs jours au printemps 2009 n'a pas à être analysé plus avant. L'Office AI n'en a pas directement tenu compte dans la décision

attaquée. Cela montre en tout cas qu'il est désormais apte à travailler à un taux nettement supérieur à celui qu'il estimait lui-même (10%, soit une demi-journée par semaine) lorsqu'il a mis fin au stage d'évaluation professionnelle avant la première décision de refus de prestations AI.

Le recourant se réfère à de nouveaux problèmes, consécutifs à la survenance et au traitement de l'adénocarcinome rectal en 2008. L'Office AI a tenu compte de cela, sur la base d'un nouvel avis du SMR, en complétant la liste des limitations fonctionnelles et en comptant une diminution du rendement dans l'exercice d'une activité adaptée. Le recourant ne prétend pas que ces inconvénients ou handicaps auraient été mal appréciés, de ce point de vue. On ne voit pas pourquoi ils empêcheraient l'exercice d'une activité professionnelle adaptée. Il convient en outre de relever que le traitement de l'adénocarcinome n'a pas entraîné une incapacité de travail d'une année au moins, ce que l'oncologue traitant a d'emblée indiqué.

Quant aux problèmes relatifs à la qualité du sommeil, ils ne sont à l'évidence pas en eux-mêmes propres à empêcher le recourant de travailler durant la journée. L'avis du médecin traitant n'indique au reste pas clairement pour quels motifs certains traitements ne sont pas appliqués (par exemple la CPAP pour apnées du sommeil). Quoi qu'il en soit, l'Office AI n'était pas tenu d'examiner en détail les conséquences de chacun de ces troubles, dès lors que son appréciation au sujet de l'exigibilité d'une activité adaptée, déjà motivée dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations, restait globalement valable.

**ee)** Il s'ensuit que l'Office AI était fondé à revoir la situation - en complétant la liste des limitations fonctionnelles, en réestimant la diminution de rendement - et à retenir, en définitive, que l'exercice d'une activité légère adaptée restait exigible.

Les calculs des revenus déterminants à comparer ne sont pas contestés. Le taux d'invalidité ainsi fixé (7.3 %) est largement inférieur au

seuil de 40 %. C'est donc sans violer le droit fédéral que l'Office AI a refusé d'octroyer au recourant une rente d'invalidité, en fonction de son état de santé à la période déterminante. Le recours est par conséquent entièrement mal fondé.

**3.** Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Les frais de la procédure de recours, arrêtés à 600 fr., doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant Z.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour M. Z.\_\_\_\_\_)
- 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 :