

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 novembre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à Aigle, recourant, représenté par le Service juridique de Procap  
à Bienne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1955, ressortissant algérien au bénéfice d'un permis C, divorcé, a déposé le 7 octobre 1997 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Cette première demande a été rejetée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) du 11 juin 1999. Cet acte administratif est entré en force.

Invoquant la même atteinte à la santé que précédemment, l'intéressé a déposé une seconde demande le 11 avril 2001.

Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2002, l'OAI a refusé toutes prestations d'assurance, au motif que l'assuré présente "une capacité de travail et de gain entière dans des activités adaptées à [son] état de santé".

Le 28 mars 2002, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant à son annulation.

Par jugement du 9 mai 2003 (cause n° AI 105/02 - 178/2003), le Tribunal des assurances (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a notamment considéré ce qui suit:

"(...)

In casu, le recourant présente un diabète et des séquelles de hernie discale L5-S1 opérée les 26 juin et 4 août 1997. En procédure administrative ou en procédure judiciaire, ont été produits des rapports établis les 22 mai 2001, 3 et 1<sup>er</sup> novembre 2001, ainsi que 2 septembre 2002 par son médecin traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_. Le dossier comporte en outre des avis libellés les 12 juillet 2001 et 25 juin 2002, par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à Monthey (VS), auquel le Docteur F.\_\_\_\_\_ l'avait adressé pour consilium.

Aucun de ces avis n'évoque une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Bien plutôt, dans son rapport du 3 novembre 2001, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique expressément que l'état de santé de son patient s'est amélioré (depuis le dépôt de son précédent rapport, du 17 décembre 1997). Dans une note complémentaire du 1<sup>er</sup> novembre 2001 annexée au rapport du surlendemain, il précisait que "pour ce qui est de la capacité de travail, le diabète ne devrait en aucun cas la limiter, à moins qu'il y ait une grande aggravation". Pour ce qui est de l'atteinte dorsale, il s'agit de séquelles à long terme, stabilisées, des opérations de 1997. Selon le Dr F. \_\_\_\_\_, la capacité de travail pourrait être complète "dans un travail adapté évitant cependant des mouvements trop fréquents du rachis et le port de charges lourdes". Le Dr I. \_\_\_\_\_ n'infirmes nullement cette appréciation.

Il ressort à l'évidence de ces avis médicaux que l'état de santé du recourant n'a subi aucune péjoration depuis la notification de la première décision de refus de rente. Les conditions d'un examen au fond n'étaient dès lors pas remplies selon l'article 87 alinéa 4 RAI précité, disposition à laquelle la décision entreprise aurait pu se référer.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée. (...)"

Ce jugement est entré en force.

**B.** Le 6 décembre 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente.

Le 24 mai 2006, l'OAI a rendu la décision sur opposition, à la teneur suivante:

"En date du 14 avril 2005, vous avez formé opposition contre la décision du 6 avril 2005. Nous avons examiné votre opposition et pouvons vous communiquer notre décision sur opposition.

Conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que s'il est établi de manière plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

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 117 V 200 cons. 4b).

Par décision du 6 avril 2005, nous avons refusé d'entrer en matière sur votre nouvelle demande de rente au motif que vous n'avez fait

valoir aucun fait nouveau et qu'une reprise d'activité à 100% était prévue malgré l'intervention chirurgicale que vous avez subie le 10 février 2003.

Dans votre opposition, vous alléguiez que vous avez de plus en plus de peine à vous déplacer en raison de vos douleurs. Vous produisez un certificat médical établi le 9 mai 2005 par le Dr M. \_\_\_\_\_, votre médecin traitant, dont il ressort que vous n'avez en fait pas pu reprendre votre activité et que les symptômes se sont aggravés malgré l'intervention du 10 février 2003. Le Dr M. \_\_\_\_\_ ajoute que votre état de santé s'est encore péjoré depuis lors.

Or, au vu des rapports médicaux du Service de neurochirurgie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ et de votre médecin traitant, nous estimons qu'il est indispensable de compléter l'instruction de votre dossier sur le plan médical, afin de déterminer dans quelle mesure votre état de santé s'est aggravé.

En conclusion, c'est à tort que nous avons refusé d'entrer en matière sur votre demande. Il s'ensuit que l'opposition doit être admise et qu'il convient de reprendre l'instruction de votre demande. Après instruction, vous recevrez une nouvelle décision sur le fond.

**Notre décision est par conséquent la suivante:**

L'opposition est admise et la décision contestée du 6 avril 2005 est annulée."

Dans un rapport médical du 27 juin 2006 adressé à l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cure d'une hernie discale L5-S1 gauche le 26 juin 1997, cure pour récurrence de la même hernie discale le 4 août 1997, cure d'une hernie discale L5-S1 droite le 10 février 2003 et intervention pour lyse isthmique bilatérale L5-S1 le 13 juin 2006. Ce praticien a indiqué qu'il était prématuré pour se prononcer sur les résultats de cette opération. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'aide cuisinier depuis le 9 avril 2001.

Dans un avis médical du 19 février 2008, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) s'est exprimée en ces termes:

"Assuré de 53 ans, d'origine algérienne, en Suisse depuis 1992, a travaillé comme aide-cuisinier à 50% de juin 1999 au 31.10.2000, date de son licenciement. Ouvrier-forestier de formation, il avait bénéficié de mesures professionnelles en 1998-1999 en raison de dorso-lombalgies sur hernie discale L5-S1 gauche (opérée à 2 reprises en 1997), qui ont abouti à une réadaptation sur le plan

professionnel: dès le 01.05.1999, il retrouve une pleine CT dans une activité adaptée. En avril 2001, invoquant la même atteinte à la santé, il dépose une nouvelle demande de rente, refusée par l'OAI le 01.03.2002 au motif que l'assuré présente une CT et de gain entière dans des activités adaptées à son état de santé. L'assuré fait recours au TCA, recours rejeté le 09.05.2003.

Nouvelle demande le 06.12.2004, d'abord refusée, puis finalement admise par l'OAI. Le nouveau médecin traitant de l'assuré atteste une aggravation de l'état de santé (voir Attestation médicale du 09.05.2005) avec une nouvelle cure de hernie discale L5-S1 droite le 10.02.2003. Dans son rapport médical du 27.06.2006, la Dresse M. \_\_\_\_\_ atteste d'une IT à 100% en tant qu'aide-cuisinier à partir du 09.04.2001. Une 4<sup>ème</sup> intervention neurochirurgicale pour lyse isthmique bilatérale L5-S1 a lieu le 13.06.2006. Par la suite, le patient n'est plus suivi au Service de neurochirurgie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_, mais par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ à [...]. Cette dernière, dans son rapport médical du 07.09.2007, ne se prononce pas sur la CT de l'assuré n'ayant pas assez d'éléments objectifs pour se déterminer. En l'absence d'éléments médicaux suffisants pour déterminer la CT résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, et afin de préciser les limitations fonctionnelles qu'il présente, nous estimons qu'un examen rhumatologique SMR est nécessaire."

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR le 4 mars 2008, par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 6 mars 2008, il a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après 4 opérations lombaires, dont 3 cures chirurgicales de hernie discale L5-S1 et spondylodèse L5-S1 de type PLIF pour spondylolisthésis de L5 sur S1 (M 54.4).
- Syndrome rotulien bilatéral (M 22.2).

Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu une suspicion d'atteinte du nerf cubital droit dans le cadre d'un status après plaie palmaire du poignet droit, discrète arthrose nodulaire des doigts avec le cinquième doigt droit à ressaut et un diabète insulino-requérant. Sous l'intitulé "appréciation du cas", il s'est exprimé en ces termes:

"Cet assuré s'est été opéré 4 fois au niveau de la région lombaire. Il a ainsi bénéficié de 2 cures de hernie discale L5-S1 G en 1997, d'une

cure de hernie discale L5-S1 D par isthmotomie en 2003 ainsi que d'une spondylodèse L5-S1 de type PLIF pour spondylolisthésis L5/S1 D sur spondylolyse bilatérale. Par ailleurs, le 13.03.08, il bénéficiera encore de l'ablation de la spondylodèse unilatéralement, en raison d'une vis sous-pédiculaire L5 D qui se trouve en contact avec la racine L5 D. Dans un second temps, il se pourrait également qu'il bénéficie de la pose d'un stimulateur médullaire. Actuellement, l'assuré se plaint essentiellement de lombosciatalgies postérieures bilatérales à prédominance D. Il présente également des brûlures des orteils et de la face externe des pieds, surtout à D. Il se plaint aussi de lâchages des 2 membres inférieurs au niveau des genoux et d'une perte de sensibilité de tout le membre inférieur D.

Par ailleurs, l'assuré signale encore une hypoesthésie du 5<sup>ème</sup> doigt D et de la moitié du 4<sup>ème</sup> doigt D avec des accrochages du 5<sup>ème</sup> doigt D, lorsque ce dernier passe de la position fléchie à tendue. D'autre part, il présenterait également des lâchages d'objets avec la main D.

Au status actuel, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais l'on note la présence de 2 signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées et d'une certaine démonstrativité de l'assuré. La mobilité cervicale est également diminuée, mais surtout en flexion. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant une discrète arthrose nodulaire des doigts, un 5<sup>ème</sup> doigt D à ressaut et un syndrome rotulien bilatéral. Le status neurologique est sp, mis à part une aréflexie rotulienne D et une hyporéflexie achilléenne bilatérale. Il existe également un déficit de force à l'extension du gros orteil D signant un syndrome radiculaire moteur L5 D et une hypoesthésie algo-tactile de tout le pied D, signant une atteinte sensitive L5-S1 D. Il faut relever également une hypoesthésie algotactile du 5<sup>ème</sup> doigt D et de la moitié du 4<sup>ème</sup> doigt D qui fait poser le diagnostic d'atteinte du nerf cubital dans le cadre d'un status après plaie palmaire du poignet D, qui a été suturée en 1993. En présence de ces troubles sensitifs du nerf cubital D, nous proposons au médecin-traitant de l'assuré de faire pratiquer encore un EMG des membres supérieurs.

Comme seul examen radiologique, nous avons un cliché de type scopique des 3 dernières vertèbres lombaires, qui met en évidence un status après spondylodèse L5-S1 de type PLIF pour un spondylolisthésis de L5 sur S1. Sur cet examen, on n'arrive même pas à analyser la cage inter-somatique. Cependant, selon une lettre de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ à la Dresse M. \_\_\_\_\_, une IRM lombaire de 2006 montre une cage intersomatique en position intradiscale et une spondylodèse en position correcte, mis à part une vis sous-pédiculaire L5 D qui se trouve en contact avec la racine L5 D. Cette vis sous-pédiculaire L5 D qui se trouve en contact avec la racine L5 D, peut donc très bien expliquer la symptomatologie et la clinique de l'assuré, et notamment l'atteinte sensitivo-motrice de L5.

L'anamnèse, le status et les examens radiologiques nous font poser les diagnostics susmentionnés. Les pathologies présentées nous font définir des limitations fonctionnelles qui ne sont respectées ni dans l'activité d'ouvrier forestier, ni dans celle d'aide-cuisinier. Par contre,

dans une activité adaptée, la capacité de travail peut être estimée à 50%. Effectivement, nous retenons tout de même une capacité de travail réduite à 50%, au vu de la présence d'une atteinte de la racine L5 D qui peut conduire à des douleurs neurogènes gênantes, même dans une activité sédentaire. Cependant, il faut relever que cette capacité de travail dans une activité adaptée devrait être réévaluée après l'ablation de la spondylodèse unilatérale ou de la pose d'un stimulateur médullaire, les douleurs neurogènes pouvant très bien s'améliorer après ces 2 opérations. Il faut ainsi relever que la situation n'est donc pas encore stabilisée.

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

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?***

Incapacité de travail de 100% comme ouvrier forestier depuis juin 1997. Par ailleurs, dans une activité d'aide-cuisinier, il y a une incapacité de travail totale depuis juin 1997 et de 50% depuis le 04.02.98, soit 6 mois après la 2<sup>ème</sup> intervention chirurgicale. Cette capacité de travail est restée de 50% jusqu'à la 3<sup>ème</sup> intervention chirurgicale. Depuis cette intervention chirurgicale survenue en février 2003, la capacité de travail est nulle également dans l'activité d'aide-cuisinier. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est restée complète jusqu'au 13.06.06, date de la spondylodèse L5-S1 qui s'accompagne d'une vis sous-pédiculaire L5 D qui se trouve en contact avec la racine L5 D. Depuis cette date, la capacité de travail a été nulle pendant 6 mois même dans une activité adaptée jusqu'au 13.12.06. À partir de cette date, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50%.

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

Comme signalé à la question précédente.

***Concernant la capacité de travail exigible***, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR du 04.02.08, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'ouvrier forestier et d'aide-cuisinier. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est de 50%. Cependant, cette capacité de travail de 50% dans une activité adaptée pourrait encore s'améliorer après l'intervention chirurgicale du 13.03.08 ou après la pose d'un stimulateur médullaire, ces opérations pouvant permettre la disparition des douleurs neurogènes qui sont la cause de la restriction de la capacité de travail dans une activité adaptée. Ainsi, on peut dire que la situation n'est pas stabilisée et qu'elle devra être réévaluée d'ici 1 année.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0% COMME AIDE-CUISINIER ET OUVRIER FORESTIER.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 50% DEPUIS: DÉCEMBRE 2006".

Dans un rapport médical du 18 août 2008 destiné à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 27 juin 2006, ajoutant celui de status après ablation d'une vis sous-pédiculaire L5 droite le 13 mars 2008. Il a indiqué ce qui suit à propos de l'anamnèse:

"Après l'ablation de la vis sous-pédiculaire L5 droite, réalisée par la Dresse Z.\_\_\_\_\_ le 13.03.2008, des lombo-sciatalgies ont augmenté. Un examen neurologique, réalisé par le Dr D.\_\_\_\_\_ le 28 mai 2008, a mis en évidence un déficit sensitif de type S1 de prédominance droite, avec aréflexie achilléenne et participation du dermatome L5. Sur sa proposition, un traitement de Lyrica en dose progressive était introduit de même que du Saroten retard et du sulfate de quinine.

Après avoir parcouru une distance de maximum 100 mètres, le patient doit s'arrêter entre 5 et 10 minutes en raison de fortes douleurs du mollet et du pied droits où il a la sensation de brûlure. Les symptômes sont également présents au MIG, mais dans une moindre mesure.

Présence de myalgies du MID «comme déchirure musculaire» qui persistent en permanence, jours et nuits, moins marquées à gauche.

Ces phénomènes obligent le patient à changer fréquemment sa position car il lui serait impossible de rester assis ou debout pendant plus que 10 minutes.

Le pronostic est réservé, l'évolution pouvant s'étendre sur 4 à 5 ans.

Point 1.7 [Questions sur l'activité exercée à ce jour, énumérations des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?]

Le patient ne peut rester debout ou assis pendant un temps utile, ni porter des charges. Il lui était également impossible de monter ou descendre des escaliers dans le cadre d'une activité professionnelle. Son périmètre de marches est fortement diminué."

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a en outre répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI:

"[1. Quelle est l'évolution depuis l'intervention du 13 mars 2008?]

A la suite de l'intervention du 13.03.2008, à savoir l'ablation d'une vis sous-pédiculaire L5 droite, l'évolution était défavorable avec augmentation des douleurs. De ce fait, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ avait adressé le patient au Dr D.\_\_\_\_\_ et le traitement antalgique a été intensifié.

[2. Quelles sont précisément les limitations fonctionnelles actuelles?]

Le patient ne peut rester debout ni assis durant un temps utile pour effectuer des travaux. Il lui est également impossible de porter des charges même d'une faible importance. Il ne peut monter ou descendre des escaliers dans le cadre d'une activité professionnelle. Son périmètre de marche est également très limité.

[3. Quelle est l'évolution (dates et taux) de la capacité de travail exigible du point de vue médical depuis mars 2008 dans une activité adaptée aux limitations citées sous point 2?]

En raison des restrictions énumérées sous le point 2, il sera difficile de trouver une activité strictement adaptée comme le suggère le Dr X.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 06 mars 2008. Avant de prendre, par exemple, la décision de soumettre le patient à une évaluation de ses capacités à l'ORIPH ou dans un atelier protégé, il faudra attendre l'évolution et la décision de la mise en place d'un stimulateur médullaire."

Parmi les points particuliers à respecter, le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé l'augmentation progressive de la capacité de travail.

Dans un rapport médical du 17 octobre 2008 destiné à l'OAI, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle, un examen par le médecin-conseil de l'OAI lui paraissant indispensable pour le surplus. Le 3 novembre 2008, elle a répondu comme suit aux questions complémentaires posées par l'OAI:

**"La pose d'un simulateur médullaire est-elle prévue, et si oui à quelle date?**

Oui, à moyen terme mais on n'a pas encore fixé de date.

**Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assuré après l'intervention du 13.03.2008 (ablation de la vis sous-pédiculaire L5 droite)? Cette intervention a-t-elle amélioré ou aggravé les douleurs? En cas d'aggravation, comment s'explique-t-elle?**

L'intervention n'a ni aggravé ni amélioré les douleurs.

**Comment appréciez-vous la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente (nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc)? Et quelle est l'évolution de cette**

**capacité de travail dans une activité adaptée depuis l'intervention du 13.03.2008?**

Oui, mais la capacité est plutôt limitée par des traitements médicaux: Saroten et Lyrica à haute dose."

La Dresse Z.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, établi le 28 mai 2008. Celui-ci ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré ni sur une éventuelle aggravation de son état de santé.

Dans un avis médical du 9 décembre 2008, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ s'est exprimée comme suit:

"Assuré de 53 ans, ayant subi plusieurs interventions au niveau lombaire pour des hernies discales depuis 1997 (voir avis médical SMR du 19.02.2008). Dans le cadre de sa demande de prestations du 06.12.2004, un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR le 04.03.2008. Néanmoins, une nouvelle intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse) a eu lieu le 13.03.2008, étant attendue une amélioration des douleurs. L'état de l'assuré n'étant pas stabilisé, il a été décidé de réinterroger ses médecins traitant, et notamment le neurochirurgien (voir avis médical SMR du 16.09.2008).

Il ressort du rapport médical de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ (Questions complémentaires du 03.11.2008), que la dernière intervention neurochirurgicale n'a rien changé aux douleurs. La pose d'un stimulateur médullaire envisagée depuis longtemps n'est toujours pas prévue. Un rapport de consultation du 28.05.2008 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, décrit des plaintes et un status similaires à celui établi lors de l'examen clinique SMR du 04.03.2008.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, en l'absence d'amélioration ou de péjoration de l'état de santé de l'assuré suite à l'intervention neurochirurgicale du 13.03.2008, il convient d'en rester aux conclusions (appréciation de l'exigibilité, limitations fonctionnelles et évolution de l'incapacité de travail) de l'examen clinique SMR du 04.03.2008, résumées dans le rapport d'examen SMR du 03.04.2008. Une IT totale dans toute activité est toutefois justifiée suite à l'intervention du 13.03.2008, limitée à 3 mois post-opératoire."

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> mai 2009, l'OAI a constaté ce qui

suit:

"[...]

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail depuis juin 1997 dans votre

ancienne activité d'ouvrier forestier. Cependant, vous conservez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical.

Dès le 10 février 2003, vous présentez une incapacité de travail totale dans votre dernière activité d'aide-cuisinier. Toutefois, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées demeure de 100%.

Afin de déterminer votre préjudice économique alors présenté, et par conséquent le degré d'invalidité, le revenu que vous auriez pu obtenir en exerçant une activité à plein temps sans atteinte à la santé, est comparé avec les gains résultant de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, CHF 4'557.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'739.28 (CHF 4'557.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 56'871.36.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.40 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'667.56 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 51'900.80.

Le degré d'invalidité présenté alors est calculé ainsi:

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:**

sans invalidité	CHF	57'668.00			
avec invalidité	CHF	51'900.80			
La perte de gain s'élève à	CHF	5'767.20	=	un	degré
d'invalidité de 10%					

Or, un degré d'invalidité inférieur à 10% n'ouvre pas le droit à une rente.

En date du 13 juin 2006, vous avez subi une nouvelle intervention chirurgicale (spondylodèse L5-S1) engendrant une incapacité de travail totale. A partir du 13 décembre 2006, soit 6 mois après cette intervention, vous conservez une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir;

Nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges excédant 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, horaires réguliers, possibilité de prendre les repas à heure fixe.

Afin de déterminer votre préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 28 LAI, soit au 13 juin 2007, le revenu que vous auriez pu percevoir en exerçant une activité lucrative sans atteinte à la santé est comparé aux gains résultant de l'exercice, à un taux de 50%, d'une activité lucrative adaptée.

Comme indiqué ci-dessus, pour déterminer ces revenus on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.40 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'026.08 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'013.04 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service,

la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu du taux d'activité partiel, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 27'011.74.

Votre degré d'invalidité présenté à partir de l'échéance du délai de carence, soit dès le 13 mars 2007, est calculé ainsi;

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:**

sans invalidité	CHF	60'026.00			
avec invalidité	CHF	27'011.75			
La perte de gain s'élève à	CHF	33'014.25	=	un	degré
d'invalidité de 55 %					

**Notre décision est par conséquent la suivante:**

Dès le 1.3.2007, vous avez droit à une demi-rente."

Le 3 juin 2009, l'assuré a contesté ce préavis, arguant présenter une incapacité de travail complète depuis longtemps.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a adressé à l'OAI deux rapports médicaux, datés des 8 juin et 7 juillet 2009.

Dans un avis médical du 13 juillet 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit:

"Assuré de 53 ans, qui présente des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et status après 5 interventions chirurgicales lombaires ainsi qu'un syndrome rotulien bilatéral. Suite à un examen clinique au SMR en mars 2008 et après analyses des rapports médicaux nous ayant été adressés par la suite, il a été retenu une exigibilité de 50% dans une activité adaptée à des limitations fonctionnelles précises (voir rapport d'examen clinique SMR du 03.04.2008 et avis médical SMR du 09.12.2008). Un projet d'octroi d'une demi-rente (inv. 55%) à partir de mars 2007 a été adressé à l'assuré en date du 01.05.2009, projet que l'assuré conteste.

A l'appui de sa contestation, nous avons deux rapports médicaux de son nouveau médecin traitant (08.06.2009 et 07.07.2009). Néanmoins, ces deux rapports médicaux n'apportent pas d'éléments nouveaux. En effet, l'intervention et l'examen neurologique mentionnés dans le RM du 08.06.2009 ont été pris en compte dans

l'appréciation du 09.12.2008. Par ailleurs, les éléments cliniques relevés dans le RM du 07.07.2009 sont superposables aux conclusions de l'examen clinique SMR du 06.03.2008. A noter que l'implantation d'un stimulateur médullaire est évoquée depuis longtemps, mais toujours en attente.

En conclusion, ces deux rapports médicaux n'apportent pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier notre appréciation de l'exigibilité. Les conclusions du rapport d'examen SMR du 03.04.2008 et de l'avis médical SMR du 09.12.2008 restent valables."

Dans une lettre à l'assuré du 12 août 2009, l'OAI a notamment écrit ce qui suit:

"[...]

Vous alléguiez que votre état de santé justifie une incapacité de travail totale. A l'appui de votre courrier, votre médecin, le Dr G. \_\_\_\_\_, nous a fait parvenir deux lettres en date des 8 juin 2009 et 7 juillet 2009 relatant votre situation.

Ces documents ont été soumis pour appréciation auprès du Service médical régional AI (SMR). Nous vous faisons part ci-après de leurs conclusions.

Vous présentez des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, et un status après 5 interventions chirurgicales lombaires, ainsi qu'un syndrome rotulien bilatéral.

Dans le cadre de l'instruction de votre demande, il convient de rappeler qu'un examen clinique rhumatologique a été effectué auprès du Service médical régional (ci-après: SMR) en date du 4 mars 2008.

Selon les conclusions de cet examen, il ressort que votre incapacité de travail dans votre activité d'aide-cuisinier est totale depuis le 10 février 2003. En revanche, dans une activité adaptée respectant les différentes limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, la capacité de travail exigible demeure de 100% de février 2003 au 12 juin 2006.

Toujours sur la base de cet examen clinique effectué auprès du SMR, et tenant compte également des rapports médicaux parvenus par la suite, il a été retenu que vous avez ensuite présenté suite à une intervention chirurgicale une incapacité de travail totale du 13 juin 2006 au 12 décembre 2006. A partir du 13 décembre 2006, vous présentez une capacité de travail de 50% dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir; nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges excédant 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, horaires réguliers, possibilité de prendre les repas à heure fixe).

[...]

En l'espèce, il est constant que le rapport d'examen clinique précité remplit les exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter de ses conclusions.

Après une lecture attentive des deux rapports remis par votre médecin traitant, le SMR précise que ces documents n'apportent pas d'éléments nouveaux.

En effet, l'intervention et l'examen neurologique mentionnés dans le rapport médical du 8 juin 2009 ont été pris en compte dans l'appréciation précitée de la capacité de travail résiduelle. Par ailleurs, les éléments cliniques relevés dans le rapport médical du 7 juillet 2009 sont superposables aux conclusions de l'examen clinique du SMR du 6 mars 2008. A noter que l'implantation d'un stimulateur médullaire est évoquée depuis longtemps, mais toujours en attente.

En l'absence d'éléments nouveaux, ou dont nous n'aurions pas tenu compte, il s'ensuit que notre position est fondée, et se doit d'être entièrement confirmée. En conséquence, vous recevrez prochainement, à savoir dès le calcul de la prestation effectué par votre caisse de compensation, une décision formelle sujette à recours."

Par décision du 31 août 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente ordinaire d'invalidité de 306 fr., basée sur un taux d'invalidité de 55% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009. L'OAI a en outre indiqué ce qui suit: "Nous vous notifierons ultérieurement une nouvelle décision pour la période de mars 2007 à août 2009."

Le 30 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a alloué à l'assuré une demi-rente ordinaire d'invalidité de 306 fr., basée sur un taux d'invalidité de 55% du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 août 2009.

**C.** Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2009, S.\_\_\_\_\_, représenté par Procap, a recouru contre la décision du 31 août 2009, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que soit constaté son droit à un trois-quarts de rente d'invalidité au moins ce, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007. Il réclame au surplus le renvoi du dossier à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il estime que l'instruction médicale est insuffisante et critique les

conclusions de l'avis du SMR du 9 décembre 2008. Il sollicite ainsi la mise en œuvre d'une expertise somatique pluridisciplinaire destinée à fournir des renseignements sur l'évolution de la capacité de travail résiduelle à la suite de la dernière intervention chirurgicale du 13 mars 2008, en tenant compte de l'ensemble des problèmes de santé qu'il présente. Par ailleurs, il considère que c'est un abattement maximal de 25% qui aurait dû être appliqué au revenu d'invalidé. Il relève qu'en retenant les mêmes bases de calcul que celles admises par l'office intimé et en ne retenant qu'une déduction de 20%, on aboutirait à un taux d'invalidité arrondi de 60% (59,99%), ce qui ouvrirait le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. Il a produit diverses pièces, dont une lettre du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2009 indiquant notamment ce qui suit:

"[...]

En résumé, les problèmes médicaux non retenus dans la décision de l'AI sont les suivants:

1. Lombosciatalgies irradiant aux membres inférieurs des deux côtés avec claudication intermittente à 100 mètres et lâchage du pied droit, lors de la marche.
2. Position assise limitée à 30 minutes. Position debout limitée à 20 minutes.
3. Parésie de la main droite suite à la section complète de l'artère cubitale droite et du muscle cubital antérieur et à la lésion du nerf cubital droit en 1993.
4. Arthrose interphalangienne droite."

Par décision du 30 octobre 2009, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 octobre 2009.

Dans sa réponse du 15 décembre 2009, l'OAI écrit que le recourant critique le fait d'avoir retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé, ainsi que le montant du revenu d'invalidé. Sur ce dernier point, l'OAI estime qu'une réduction de 10% sur le revenu d'invalidé est conforme à la jurisprudence actuelle au vu du taux d'activité partiel retenu. Il ne se justifie pas de tenir compte d'autres facteurs de réduction. S'agissant de la capacité de travail retenue, l'OAI renvoie à l'avis du 7 décembre 2009 du SMR joint en annexe et dont la teneur est la suivante:

"Suite à une décision d'octroi d'une demi-rente (inv. 55%) dès mars 2007, l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en date du 01.10.2009.

Par la voie de son avocat, la contestation porte principalement sur le fait que la décision repose sur des avis médicaux SMR, faits sur dossier, et se rapportent aux conclusions de l'examen clinique réalisé au SMR le 04.03.2008, alors qu'une intervention chirurgicale a encore eu lieu le 13.03.2008, postérieurement à cet examen clinique SMR.

La reprise d'une activité à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à partir du 14.12.2006, c'est-à-dire 6 mois après la spondylodèse L5-S1, se base sur les connaissances médicales du médecin examinateur, spécialiste FMH en rhumatologie.

L'avis médical du 09.12.2008 prend en compte les rapports médicaux postérieurs à l'examen clinique SMR du 04.03.2008. Néanmoins, l'intervention du 13.03.2008 a consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse, notamment d'une vis sous pédiculaire L5 droite, pouvant potentiellement être en contact avec la racine L5 et donc pouvant potentiellement expliquer la symptomatologie douloureuse et l'atteinte sensitivo-motrice de L5, comme l'a mentionné le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen clinique SMR en page 5. Le rapport médical de la Drsse Z.\_\_\_\_\_ du 03.11.2008 constate que «l'intervention n'a ni aggravé ni amélioré les douleurs». A la question de l'appréciation de la CT résiduelle de l'assuré dans une activité strictement adaptée, la Drsse Z.\_\_\_\_\_ répond que «la capacité de l'assuré est plutôt limitée par des traitements médicaux...». Elle ne quantifie pas précisément la CT résiduelle. Par conséquent, compte tenu de l'absence d'aggravation ou d'amélioration objectivées notamment par le rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 28.05.2008 qui décrit des plaintes et des constatations cliniques superposables à celles de l'examen clinique SMR, nous avons estimé que la CT résiduelle de l'assuré était inchangée par rapport à l'examen clinique SMR du 04.03.2008.

Par ailleurs, tant pour l'avis médical SMR du 09.12.2008 que pour l'avis médical SMR du 13.07.2009 dans le cadre de l'audition, les nouveaux rapports médicaux au dossier ont chaque fois été discutés avec le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin qui avait examiné l'assuré en mars 2008 au SMR.

Quant au rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 28.09.2009, il n'apporte aucun élément médical nouveau.

En conclusion, sur la base des rapports médicaux à notre disposition, suffisamment informatifs, nous n'avons pas jugé nécessaire de pratiquer un nouvel examen de l'assuré. En effet, la situation médicale de l'assuré apparaît inchangée suite à l'intervention du 13.03.2008, et par conséquent sa CT résiduelle également."

L'OAI propose en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Dans sa réplique du 22 février 2010, le recourant se plaint que la décision querellée fait abstraction de limitations fonctionnelles dont il aurait convenu de tenir compte. Il reproche en outre à l'OAI d'avoir retenu un taux d'abattement trop faible au regard de l'ensemble des désavantages salariaux auxquels il est concrètement exposé. Il considère que c'est un taux d'abattement de 20% qui aurait dû être retenu, ce qui ouvrirait le droit à un trois-quarts de rente. Il réitère enfin sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à réactualiser le dossier et à préciser la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée. En conséquence, il confirme intégralement les conclusions de son recours.

Dupliquant le 15 mars 2010, l'OAI expose, s'agissant de l'abattement retenu de 10%, que le recourant était âgé de 48 ans en 2003 (année d'ouverture du droit à la rente). Au bénéfice d'une autorisation d'établissement de type C, il ne présente aucune limitation liée à l'âge et à la nationalité ou à la catégorie de séjour. L'OAI relève par ailleurs que les limitations liées au handicap présenté par le recourant ont été dûment prises en considération lors de l'appréciation de sa capacité de travail. Au surplus, l'OAI renvoie à la décision querellée et à son écriture du 15 décembre 2009 qu'il confirme. Il joint un avis médical du SMR du 8 mars 2010, établi par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ auquel il se rallie et à la teneur suivante:

"Le conseiller juridique de l'assuré, dans sa réplique du 22.02.2010, n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause l'avis médical SMR du 07.12.2009. Qu'il s'agisse des rapports médicaux du Dr G.\_\_\_\_\_ du 08.06.2009 et du 07.07.2009 ou l'examen neurologique réalisé par le Dr D.\_\_\_\_\_ et dont le rapport date du 28.05.2008, ces rapports médicaux ont déjà été discutés dans les avis médicaux SMR précédents (09.12.2008, 13.07.2009 et 07.12.2009) et il n'y a rien de plus à ajouter. Il en est de même en ce qui concerne l'appréciation de l'évolution de la capacité de travail de l'assuré.

Une précision peut être apportée au sujet des névralgies du cubital droit post-traumatiques retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 07.07.2009. Cette atteinte a clairement été retenue par le Dr X.\_\_\_\_\_ lors de son examen clinique au SMR en mars 2008. Cette atteinte remonte à 1993, date à laquelle l'assuré a

été victime d'une «plaie au niveau de la face palmaire du poignet droit avec probable section des tendons qui a été suturée» (voir page 2 de l'examen clinique SMR du 04.03.2008). L'examen clinique du 04.03.2008, hormis une hypoesthésie algotactile des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main droite, a mis en évidence une mobilité normale des deux poignets. Malgré cette atteinte, qui je le rappelle remonte à 1993, l'assuré a été capable d'exercer une activité d'ouvrier forestier entre 1994 et 1997, puis de bénéficier d'un reclassement en qualité d'aide-cuisinier. Il est donc raisonnable d'admettre que cette atteinte n'influence pas la CT de l'assuré.

Par ailleurs, le diagnostic de discrète arthrose nodulaire des doigts avec 5<sup>e</sup> doigt droit à ressaut a également été retenu sans répercussion sur la CT de l'assuré. Là aussi, l'examen clinique SMR du 04.03.2008 a mis en évidence une discrète arthrose nodulaire des doigts des deux mains et non uniquement à droite. Néanmoins, l'enroulement des longs doigts était complet des deux côtés et aucune diminution de la force n'a été constatée à l'examen clinique. S'agissant dès lors d'une arthrose discrète, elle ne peut conduire à la définition de limitations fonctionnelles."

Le 24 mars 2010, le recourant a produit un rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_, daté du 22 mars précédent.

Le 3 mai 2010, l'OAI a transmis l'avis médical du SMR du 27 avril 2010 auquel il se rallie et à la teneur suivante:

"[...]

Un nouveau rapport médical daté du 22.03.2010, du Dr G. \_\_\_\_\_, est versé au dossier.

Dans ce rapport médical, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément médical qui n'était pas déjà connu au dossier, hormis la mise en évidence d'une occlusion des artères fémorales superficielles droites et gauches avec recanalisation chirurgicale envisagée. Néanmoins, cette atteinte vasculaire objectivée récemment n'est qu'une étiologie (diagnostic) expliquant la claudication des membres inférieurs que présente l'assuré. Toutefois, cette claudication (symptôme) était déjà connue et prise en compte précédemment dans l'appréciation de la CT résiduelle de l'assuré (voir examen clinique au SMR du 04.03.2008). Les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_ sont identiques à celles retenues par le Dr X. \_\_\_\_\_ lors de l'examen clinique SMR du 04.03.2008.

En ce qui concerne l'implantation d'un stimulateur médullaire, cette intervention était déjà envisagée en 2007 (voir rapport médical du 04.09.2007), puis réitérée en 2008 (voir Quest. compl. au rapport médical du 03.11.2008). Une telle intervention, dont le but est antalgique, devrait apporter une amélioration des douleurs, ou tout au plus un status quo.

Par conséquent, le rapport médical du 22.03.2010 n'apporte pas d'élément médical nouveau, susceptible de modifier l'appréciation médicale de la CT faite dans le rapport d'examen SMR du 03.04.2008, ni de modifier l'appréciation médicale faite dans les avis médicaux SMR du 07.12.2009 et du 08.03.2010."

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA) par S. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 31 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision de refus de rente du 1<sup>er</sup> mars 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 9 mai 2003. Formellement, le recours du 1<sup>er</sup> octobre 2009 est dirigé contre la décision de l'OAI du 31 août 2009, octroyant au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et non contre celle du 30 septembre 2009, octroyant au recourant une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 août 2009. Or, dans son recours, le recourant conclut à l'octroi d'un trois quarts de rente au moins dès le 1<sup>er</sup> mars 2007. En conséquence, il y a aussi lieu d'examiner la question du degré d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 août 2009.

**3.** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004 (RO 2004 743), 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. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 c. 5.2.3; 117 V 198 c. 4b; 109 V 108 c. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2). Ainsi, 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 (ATF 117 V 198 c. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 c. 6.1).

**b)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Par ailleurs, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence

reconnait qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2).

**5. a)** En l'espèce, le Tribunal des assurances a retenu dans son jugement du 9 mai 2003 que l'état de santé du recourant n'avait subi aucune péjoration depuis la première décision de refus de rente, le 11 juin 1999. Il a en outre confirmé la décision du 1<sup>er</sup> mars 2002, rejetant la demande de prestations de l'assuré au motif que celui-ci présentait une capacité de travail et de gain entière dans des activités adaptées à son état de santé. A la suite de sa nouvelle demande de prestations déposée le 6 décembre 2004, le recourant a produit divers rapports médicaux émanant des différents médecins l'ayant examiné. Par décision sur opposition du 24 mai 2006, l'intimé a repris l'instruction de la demande après avoir rendu une décision de refus d'entrer en matière. Considérant que les éléments médicaux recueillis n'étaient pas suffisants pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles devant en outre être précisées, un examen rhumatologique a été effectué au SMR le 4 mars 2008.

Se fondant sur les conclusions de cet examen, l'OAI a retenu, par décisions des 31 août 2009 et 30 septembre 2009, que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007, basée sur un taux d'invalidité de 55%. Une aggravation de l'état de santé du recourant a donc d'ores et déjà été

reconnue par rapport à la décision de refus de rente du 1<sup>er</sup> mars 2002, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 9 mai 2003.

**b)** Cela étant, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il prétend que son dossier médical n'a pas été actualisé. Certes, le Dr X.\_\_\_\_\_ conclut son examen en affirmant que, la situation n'étant pas stabilisée, elle devrait être réévaluée d'ici une année. C'est ce qu'a amplement fait l'intimé. En effet, l'OAI, par l'intermédiaire du SMR (avis du 9 décembre 2008), s'est déterminé sur le rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 18 août 2008, ainsi que sur celui du Dr D.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2008. Il a de surcroît invité la Dresse Z.\_\_\_\_\_ à répondre à des questions complémentaires, ce que celle-ci a fait le 3 novembre 2008. Il s'est également déterminé sur les rapports médicaux du Dr G.\_\_\_\_\_ des 8 juin et 7 juillet 2009 (avis médical du SMR du 13 juillet 2009). Le SMR s'est également déterminé sur le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2009 produit à l'appui du recours (avis médicaux des 7 décembre 2009 et 8 mars 2010) et s'est enfin prononcé sur le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2010 (avis médical du 27 avril 2010). Au vu de ce qui précède, le dossier et l'appréciation sur le plan médical ne nécessitent aucune réactualisation.

**c)** Sur le fond, le recourant soutient que la décision querellée fait abstraction de limitations fonctionnelles dont il eut fallu tenir compte. Il ajoute que les éléments médicaux au dossier ne renseignent pas sur l'évolution de la capacité de travail résiduelle à la suite de l'intervention chirurgicale du 13 mars 2008 et ne tiennent pas compte de l'ensemble des problèmes de santé qu'il présente. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr M.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 18 août 2008) et la Dresse Z.\_\_\_\_\_ (réponse aux questions complémentaires du 3 novembre 2008) se sont prononcés à la demande de l'OAI sur l'évolution depuis l'intervention du 13 mars 2008. Ainsi, dans son avis du 9 décembre 2008, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ estime qu'une incapacité de travail totale dans toute activité est justifiée à la suite de l'intervention du 13 mars 2008, limitée à 3 mois post-opératoire. De plus, l'intervention et l'examen neurologique mentionnés dans le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 8 juin 2009 ont été pris en

compte dans l'appréciation du 9 décembre 2008 (avis médical du 13 juillet 2009). D'autre part, le rapport de consultation du 28 mai 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_ décrit des plaintes et un status similaires à celui établi lors de l'examen clinique au SMR le 4 mars 2008. Par ailleurs, les éléments cliniques relevés dans le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2009 sont superposables aux conclusions de l'examen clinique du SMR du 4 mars 2008. Quant à l'implantation d'un stimulateur médullaire, elle est évoquée depuis longtemps mais n'a toujours pas été réalisée. Enfin, dans ses avis des 9 décembre 2008 et 13 juillet 2009, le SMR a considéré que les rapports médicaux produits par le recourant ne faisaient pas état d'éléments médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation de l'exigibilité. Ainsi, en l'absence de péjoration ou d'amélioration de l'état de santé du recourant à la suite de l'intervention neurochirurgicale du 13 mars 2008 (cf. réponses de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2008 aux questions complémentaires de l'OAI), il convient de s'en tenir aux conclusions (appréciation de l'exigibilité, limitations fonctionnelles et évolution de l'incapacité de travail) de l'examen clinique effectué au SMR le 4 mars 2008. Au vrai, ni le Dr M.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 18 août 2008), ni le Dr G.\_\_\_\_\_ (avis médicaux du 8 juin et du 7 juillet 2009) ne se prononcent clairement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

**d)** Dans ces conditions, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que les documents médicaux produits par le recourant n'objectivent aucune nouvelle limitation fonctionnelle susceptible de modifier l'exigibilité de la capacité de travail qui lui a été reconnue et que le recourant n'a ainsi pas rendu plausible une modification de son degré d'invalidité. Cette constatation scelle le sort du litige, puisque le rapport médical produit en annexe au mémoire de recours du 1<sup>er</sup> octobre 2009 et celui produit ultérieurement, qui sont tous deux postérieurs à la décision attaquée du 31 août 2009, ne peuvent être pris en considération dans le contrôle judiciaire de cette décision (TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010), ce qui exclut au demeurant également la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, telle que requise par le recourant. Celui-ci n'a en effet pas démontré que son état de santé s'était

péjoré jusqu'au moment déterminant de la décision litigieuse. On se bornera seulement à relever que le SMR s'est déterminé à trois reprises (avis des 7 décembre 2009, 8 mars et 27 avril 2010) sur les deux rapports médicaux produits par le recourant en procédure judiciaire et considère qu'il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux de nature à remettre en cause les conclusions de l'examen clinique effectué par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 4 mars 2008.

**6.** Sur le plan économique, le recourant estime qu'un abattement de 20% au moins aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé, en ce sens que le taux de 10% retenu par l'intimé ne tient pas compte de la possibilité de travailler à temps partiel uniquement.

**a)** La prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la réduction du revenu d'invalidé ressortant des statistiques, alors même qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc). 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 perspectives salariales (ATF 126 V 75 c. 5a/bb et les références citées; TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 c. 5.3.3).

**b)** Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne

l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'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 (ATF 137 V 71).

**c)** En l'espèce, le passage à une activité légère exercée à temps partiel a été largement pris en considération dans la fixation du taux d'incapacité de travail. Il ressort du dossier qu'en raison de la nature des limitations qu'il subit, le recourant ne peut plus effectuer qu'une activité légère et adaptée de type industriel, ce qui le désavantage par rapport à des travailleurs en pleine possession de leur capacité de travail et susceptibles d'être engagés sur le champ. L'absence de formation scolaire et professionnelle constitue également un facteur dont il y a lieu de tenir compte dans cette appréciation. En revanche, l'âge et la nationalité du recourant, au bénéfice d'un permis C, ne saurait avoir des effets sur le montant du salaire, au regard des activités - généralement simples et répétitives - entrant en ligne de compte pour lui. Eu égard à l'ensemble de ces circonstances, une réduction globale de 15 % tient raisonnablement compte de la situation (cf. TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 déjà cité). On obtient alors un revenu d'invalidé de 25'511 fr. qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 60'026 fr., donne un taux d'invalidité de 57,50%, arrondi à 58% (ATF 130 V 121) taux ouvrant droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Pour le surplus, le recourant ne conteste pas le recours aux salaires statistiques et les bases de calcul retenues par l'intimé, si bien que le calcul effectué doit être confirmé.

**7.** En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Il s'ensuit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2007.

**8.** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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 31 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, sont provisoirement mis à la charge du canton, sous réserve des montants déjà payés à titre de franchise.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt 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).

Le greffier :