

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 octobre 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :     M.    Jomini et M. Zbinden, assesseur  
Greffière     :     Mme    Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 8 LPGA; 4 et 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1954, de nationalité espagnole, travaillait comme éboueur au service de la Commune de [...] lorsqu'il a été victime, le 25 septembre 2000, d'un accident de la circulation ("coup du lapin"). Le diagnostic retenu était celui d'entorse cervicale bénigne traitée de manière symptomatique. Le 28 mai 2002, H.\_\_\_\_\_ a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Une évaluation par le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a été réalisée dès le mois d'août 2003. L'avis médical du 29 octobre suivant a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée avec comme limitation un port de charges limité à 25 kg.

L'assuré a effectué un stage de quatre semaines en mai 2004 auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI) d'Yverdon-les-Bains, afin que soient examinées ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion. Le rapport médical établi par la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Organisation romande pour l'intégration professionnelle (ci-après: Orip), le 1<sup>er</sup> juin 2004, retenait que l'assuré présentait des altérations dégénératives lombaires et cervicales basses. La Dresse N.\_\_\_\_\_ a insisté sur les limitations réelles de mobilité et intellectuelles de l'intéressé, ayant pu constater une dextérité fine extrêmement mauvaise, une qualité de travail très souvent insuffisante, ainsi que de gros problèmes linguistiques et d'acquisition des consignes; elle a conclu qu'aucune activité, même des plus simples, ne pouvait être exigée de lui.

Au vu des conclusions discordantes, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Genève. Dans leur rapport du 28 juin 2005, le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin-chef, spécialiste FMH en médecine

interne générale, et la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin-expert, spécialiste FMH en rhumatologie, ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome cervico-vertébral, syndrome lombovertébral et épisode dépressif de type moyen, sans symptôme somatique (F33.0). Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. S'agissant des limitations au plan physique, il existait, objectivement, de légers troubles dégénératifs ainsi que des troubles statiques du rachis, mais peu d'explications à ces douleurs. Il n'y avait pas de franche limitation dans les amplitudes articulaires, que ce soit aux membres supérieurs, inférieurs ou lors de la mobilité rachidienne, ni de limitations au plan psychique, mental et social. Les experts soutenaient que l'épisode dépressif de type moyen, réactionnel, dont souffrait l'intéressé, pouvait être amélioré par une prise en charge psychiatrique, mais ne l'empêchait pas de s'adapter à un environnement professionnel. Se prononçant sur les activités exigibles de la part de l'assuré, les experts ont retenu qu'un travail simple, sans contraintes physiques, avec possibilité de changer de position librement (assis et debout) pouvait, en théorie, et d'un point de vue somatique, être effectué à 100%, mais qu'en pratique, la fatigabilité, les douleurs, ainsi que le manque de motivation rendaient la reprise d'une activité même adaptée tout à fait improbable.

Par décision sur opposition du 25 octobre 2007, confirmant sa précédente décision du 27 février 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, se fondant particulièrement sur le rapport d'expertise du 28 juin 2005 qu'il considérait comme probant. Il estimait que le syndrome vertébral aigu banal présenté par l'intéressé devait se résoudre en quelques jours de mise à l'incapacité de travail et que l'épisode dépressif moyen réactionnel n'était pas de nature à l'empêcher de s'adapter à un environnement professionnel. Partant, l'assuré présentait, sur le plan médical, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé, ainsi que dans son ancien travail de chargeur au ramassage des ordures ménagères.

Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a, par jugement du 8 mai 2008 (cause AI 466/07 - 207/2008), rejeté le recours formé par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition, retenant en substance que ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI et que l'exercice d'une activité simple, sans exigences intellectuelles ou travaux de force, était pleinement exigible, ainsi que l'avaient retenu les experts du COMAI. Il relevait que les conclusions retenues à l'issue du stage au COPAI devaient être appréciées avec réserve, dans la mesure où ce centre n'objectivait pas les constatations qu'il faisait par rapport à l'attitude montrée par l'assuré. Par ailleurs, l'expertise privée, sollicitée par l'assuré, du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, du 28 août 2005, relevait les éléments non organiques présents chez l'assuré, en constatant que les plaintes n'adoptaient pas une topographie précise et que l'examen clinique révélait une dysharmonie fonctionnelle de façon générale, avec une autolimitation permanente. De plus, dite expertise ne se prononçait pas expressément sur la capacité de travail de l'intéressé. Le Tribunal a ainsi conclu qu'aucune raison ne justifiait de s'écarter des conclusions du COMAI, dont l'expertise, qui comprenait un volet psychiatrique et un autre rhumatologique, avait valeur probante au sens de la jurisprudence. N'ayant pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, ce jugement est entré en force.

**B.** Le 12 septembre 2008, H.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente. Il indiquait présenter une incapacité de travail depuis novembre 2001 et renvoyait à l'avis de son médecin traitant pour le surplus.

Dans un rapport médical du 4 novembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), a relevé que d'un point de vue somatique, l'assuré présentait une discarthrose et une arthrose inter-apophysaire sévère, avec des troubles dégénératifs importants allant de C1 à C6, associés à une discarthrose et une arthrose inter-apophysaire pluri-

étagée, une discarthrose lombaire basse, prédominante en L5-S1, une arthrose inter-apophysaire ainsi qu'une coxarthrose bilatérale, élément non présenté antérieurement. D'un point de vue psychiatrique, il existait de nouveaux diagnostics influençant la capacité de gain de l'assuré, découverts lors d'une évaluation psychiatrique et d'un testing neuropsychologique, que le Dr D.\_\_\_\_\_ expliquait comme suit:

"Les performances cognitives sont globalement altérées. Les perturbations mnésiques, exécutives et attentionnelles, associées à un ralentissement important, sont suffisamment importantes pour que le service considère comme une nécessité absolue un retrait de permis de conduire avec contre-indication médicale à la conduite. On note également une limitation significative de la capacité de travail dans une activité simple en raison des mêmes troubles neuropsychologiques."

Interpellé par l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques post-accident de la circulation, de lombopygalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis - tous deux existant depuis neuf ans - et d'état anxieux chronique. Il a mentionné, comme sans répercussion sur la capacité de travail, une probable intelligence limite. Au terme du rapport daté du 30 janvier 2009, il a indiqué que l'incapacité de travail dans la profession d'ouvrier de la voirie était totale depuis le 11 octobre 2001, que le patient n'était plus apte à exercer des métiers physiques, précisant qu'aucune amélioration de l'état de santé n'était à attendre.

Dans un rapport du 2 mars 2009 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré présentait des cervicalgies chroniques invalidantes depuis 2000, que la situation s'était dégradée avec des lombopygalgies bilatérales sur des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis et une coxarthrose bilatérale, et qu'elle s'aggravait en raison d'un patient limité d'un point de vue intellectuel, ne parlant qu'en dialecte espagnol et présentant des troubles cognitifs sévères. Il énonçait une évolution défavorable chez un patient qui présentait maintenant un syndrome douloureux chronique. Outre les limitations physiques, il retenait des

limitations dans la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation ainsi que dans la résistance, concluant que l'intéressé était absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Analysant les dernières pièces médicales dans un avis du 21 avril 2009, le SMR, par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a constaté l'absence d'informations relatives à un éventuel suivi psychiatrique de l'assuré, à une éventuelle prise de traitement psycho-actif ainsi qu'à l'existence d'une péjoration significative de l'état de santé de l'intéressé depuis octobre 2007 et son influence sur les limitations fonctionnelles objectives et sur la capacité de travail.

Par lettre du 19 juin 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en ces termes:

"Suite à votre demande, je vous transmets ci-dessous les renseignements médicaux complémentaires concernant l'assuré susnommé.

Mr H.\_\_\_\_\_ ne fait pas l'objet d'un suivi psychiatrique. Il prend de la Fluoxétine 20 mg/j prescrit par le Dr D.\_\_\_\_\_ depuis 2003.

Il n'y a aucune amélioration de son état de santé depuis l'accident de circulation en septembre 2000. Il souffre toujours des mêmes maux: Cervicalgies chroniques post-traumatiques avec lombopylalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis. Ces douleurs sont aggravées au moindre effort et Mr H.\_\_\_\_\_ ne peut plus rien faire.

Ses capacités intellectuelles limitées et son faible degré de formation professionnelle rendent difficile l'apprentissage de nouveaux métiers."

Dans un nouvel avis médical du 16 juillet 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a observé, à la lecture des réponses du Dr W.\_\_\_\_\_, que l'état de santé de l'assuré était inchangé depuis 2000. Il concluait cependant que le constat du Dr D.\_\_\_\_\_ concernant une évolution défavorable vers un syndrome douloureux chronique et l'absence de limitations fonctionnelles objectives clairement définies justifiaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumato-psychiatrique) de type COMAI.

L'expertise pluridisciplinaire a été réalisée en septembre 2009 au Centre d'observation médicale de l'AI de Nyon (ci-après: CEMed) par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie FMH, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et F.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. L'expertise a mis en évidence des atteintes à la santé invalidantes sous la forme de cervico-scapulalgies et lombosciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis cervical et lombaire, présents depuis septembre 2000. Les experts ont également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2000, une dysthymie (F34.1) depuis 2000, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), de début indéterminé. Au terme du rapport daté du 26 février 2010, il a été retenu que les seules limitations potentiellement objectivables étaient le port régulier de charges particulièrement importantes (25 kg et plus) à cadence maximale et un engagement régulier particulièrement lourd. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychique; les limitations cognitives étaient, selon toute vraisemblance, anciennes et n'avaient pas empêché l'assuré d'être actif dans des professions manuelles simples. En conclusion, l'exigibilité sur le plan du travail était totale dans le cadre d'une activité adaptée.

Par avis SMR du 8 mars 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité simple respectant les limitations fonctionnelles précédemment reconnues, relevant que l'expertise du CEMed ne révélait pas de péjoration de l'état de santé depuis octobre 2007.

Dans un projet de décision du 20 avril 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 24.67% après comparaison des revenus. La motivation de ce projet était en substance la suivante:

"Au dépôt de votre nouvelle demande du 15 septembre 2008, vous sollicitez un nouvel examen de votre droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Pour ce faire, nous avons questionné vos médecins et votre dossier a ensuite été examiné par le Service médical régional.

Les éléments médicaux n'étant pas suffisants pour se déterminer, nous avons mandaté le CEMED (Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité) à Nyon en vue d'une expertise pluridisciplinaire qui s'est déroulée les 10, 22 et 23 septembre 2009.

A réception de celle-ci, nous constatons que vous ne présentez aucune péjoration de l'état de santé depuis octobre 2007. Il persiste une pleine capacité de travail dans une activité simple respectant les limitations fonctionnelles précédemment reconnues, c'est-à-dire le port de charges qui doit être limité à 25 kg et cela depuis le 7 février 2002.

Au vu de ce qui précède, nous avons déterminé votre degré d'invalidité sur la base d'une approche théorique. [...]"

Par décision du 31 mai 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 avril 2010, reprenant sa motivation.

**C.** H.\_\_\_\_\_, alors assisté de son conseil, a recouru le 28 juin 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi de prestations AI, notamment une rente, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction. Il fait valoir en substance que l'OAI a mal instruit son dossier et a suivi les avis des médecins et experts qui n'ont selon lui pas valeur probante au sens de la jurisprudence.

Dans sa réponse du 12 octobre 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par lettre du 2 novembre 2010 à la Cour des assurances sociales, le mandataire du recourant a indiqué ne plus représenter son client.

**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 énonce qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal 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 Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par H.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 31 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2.** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 12 septembre 2008, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, ce dernier reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son dossier et d'avoir suivi des avis de médecins et experts qui n'auraient pas valeur probante au sens entendu par la jurisprudence.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputé 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.

A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

L'art. 28 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérés comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 du dossier (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 dûment 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 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**d)** En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 3a; 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 412 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b).

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

**b)** Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie

avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108; 130 V 75 consid. 3.2).

**5.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Après avoir examiné le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 26 février 2010, il a considéré, par décision du 31 mai 2010, que l'état de santé de ce dernier ne s'était pas péjoré depuis la décision du 25 octobre 2007. Pour sa part, le recourant estime que ses problèmes de santé, tant au niveau physique que psychique, se sont aggravés et que les avis des médecins et experts, dépourvus de toute valeur probante, ne sauraient être suivis.

**a)** Dans le cadre de la première demande de prestations AI, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été réalisée par le COMAI au printemps 2005. Les diagnostics posés étaient un syndrome cervico-vertébral, un syndrome lombo-vertébral et un épisode dépressif de type moyen, sans symptôme somatique. Au terme de l'expertise, les Drs U. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont retenu qu'il existait, objectivement, de légers troubles dégénératifs et des troubles statiques du rachis, mais peu d'explications à ces douleurs. Ils ont constaté l'absence de limitations dans les amplitudes articulaires – que ce soit aux membres supérieurs, inférieurs ou lors de la mobilité rachidienne – ainsi qu'au plan psychique, mental et social, précisant que l'épisode dépressif de type moyen, réactionnel, dont souffrait l'intéressé, pouvait être amélioré par une prise en charge psychiatrique, mais ne l'empêchait pas de s'adapter à un environnement professionnel. Les experts ont conclu à une capacité de travail théorique de 100% dans une activité simple, sans contraintes physiques, avec possibilité de changer librement de position.

En l'absence d'éléments d'ordre physique et psychique invalidants, il s'est avéré que le recourant ne pouvait prétendre à des prestations AI.

**b)** La décision litigieuse retient que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans le sens d'une péjoration depuis octobre 2007. A cet égard, l'OAI se réfère à l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 26 février 2010, aux termes de laquelle le recourant présente une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

Les diagnostics à caractère incapacitant retenus lors de cette expertise sont des cervico-scapulalgies et des lombosciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis cervical et lombaire, présents depuis septembre 2000. Les experts diagnostiquent également un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dysthymie et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool, mais reconnus comme sans influence sur la capacité de travail. Ils concluent qu'il n'existe pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychique et que les seules limitations potentiellement objectivables sont le port régulier de charges particulièrement importantes (25 kg et plus) à cadence maximale et un engagement régulier particulièrement lourd.

**c)** Sur le plan somatique, il ressort du dossier de la cause que le recourant présente des cervicalgies chroniques et des lombosciatalgies, engendrant certaines limitations fonctionnelles, particulièrement le port de charges limité à 25 kg. Ces atteintes ne sauraient cependant être retenues comme des pathologies nouvelles invalidantes; en effet, elles existent depuis septembre 2000 et n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps. Cette appréciation émanait déjà de l'expertise du COMAI, à l'origine de la décision du 25 octobre 2007, avant d'être retenue par les experts du CEMed, dont le rapport a fondé la décision du 31 mai 2010.

L'avis du médecin traitant n'infirmes au demeurant pas cette appréciation. En effet, dans le rapport du 30 janvier 2009, ainsi que dans la lettre explicative du 19 juin 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ soutient que les atteintes somatiques existent depuis neuf ans, soit depuis l'accident de la circulation ("coup du lapin") dont a été victime le recourant en septembre 2000. Il en conclut que le patient n'est plus apte à exercer des métiers physiques.

Le rapport du 2 mars 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_ mentionne, sur le plan physique, des cervicalgies présentes depuis 2000, une dégradation de la situation avec des lombopygialgies bilatérales sur des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis et une coxarthrose bilatérale. Il conclut à une évolution défavorable chez un patient présentant désormais un syndrome douloureux chronique dans le cadre de troubles dégénératifs sévères associés à ses troubles cognitifs, et à une incapacité de travail totale dans une quelconque activité. On constate à cet égard que les experts du CEMed retiennent les atteintes énoncées (cervicalgies, lombosciatalgies, syndrome douloureux somatoforme, cf. consid. 5b *supra*) qu'ils estiment présentes depuis 2000.

Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation des experts du CEMed, sur le plan somatique, est concluante. Le rapport d'expertise, convaincant et étayé, remplit les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351) et aucune opinion contraire ne vient sérieusement le remettre en cause. Il appert ainsi, comme l'a relevé le SMR dans l'avis du 8 mars 2010, qu'aucune péjoration de l'atteinte à la santé somatique n'a été mise en évidence depuis octobre 2007. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'expertise du CEMed, quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité simple respectant les limitations fonctionnelles reconnues.

**d)** Le recourant présente une nouvelle demande de prestations AI en invoquant, notamment, une aggravation sur le plan

psychique. Il ne donne toutefois pas de véritables renseignements sur ce point.

En 2005, les experts du COMAI retenaient que l'épisode dépressif de degré moyen n'empêchait pas le recourant de s'adapter à un environnement professionnel. Au terme de la procédure relative à la première demande de prestations AI, il a été admis que l'exercice d'une activité simple, sans exigences intellectuelles (ni travaux de force), était pleinement exigible. En janvier 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de probable intelligence limite mais n'affectant pas la capacité de travail. Interpellé par l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ fait état, dans son rapport du 4 novembre 2008, de nouveaux diagnostics invalidants qu'il explique par des performances cognitives altérées et des perturbations mnésiques, exécutives et attentionnelles, associées à un ralentissement important. En mars 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ relève que la situation s'aggrave en raison d'un patient limité d'un point de vue intellectuel, ne parlant qu'en dialecte espagnol et présentant des troubles cognitifs sévères. Il énonce une évolution défavorable chez un patient qui présente désormais un syndrome douloureux chronique. Eu égard à cet élément, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, avec un volet psychiatrique.

Les experts du CEMed mentionnent que le recourant a une mauvaise compréhension du français, que les questions doivent souvent être précisées, que le raisonnement et le jugement sont limités mais que, selon toute vraisemblance, les limitations cognitives sont anciennes et n'ont pas empêché l'expertisé d'être actif dans des professions manuelles simples. Ils constatent l'absence de comorbidité psychique grave, d'état psychique cristallisé et de perte d'intégration sociale. Ils estiment que le syndrome douloureux somatoforme persistant, la dysthymie et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool sont sans répercussion sur la capacité de travail du recourant; il n'existe pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychique.

La Cour observe que l'investigation neuro-psychologique a été détaillée. Cependant, la sphère thymique est peu explorée et on ne trouve que quelques affirmations rapides après qu'il a été indiqué que l'expertisé avait une mauvaise compréhension du français. On peut toutefois comprendre que l'expert psychiatre se soit limité à un examen sommaire, dans la mesure où, lorsque la nouvelle demande de prestations est déposée dans un laps de temps très court après un précédent refus, il est peu probable que, dans une configuration telle que celle du recourant, on puisse déceler une aggravation sur le plan psychiatrique, en l'absence d'une aggravation sur le plan somatique. En outre, sur le plan psychiatrique, l'examen de l'ensemble du dossier n'apporte pas d'éléments en faveur d'une pathologie psychique invalidante.

Au demeurant, quand bien même le recourant invoque une aggravation sur le plan psychiatrique, il semble n'avoir pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique ni n'avoir été dirigé, par ses médecins traitants (somatiques), vers un psychiatre. A cet égard, le Dr W.\_\_\_\_\_ a clairement affirmé que le recourant ne faisait pas l'objet d'un suivi psychiatrique (cf. lettre du 19 juin 2009 à l'OAI). Or les experts du COMAI avaient précédemment indiqué que l'épisode dépressif pouvait être amélioré par une prise en charge psychiatrique.

De surcroît, les rapports des Drs W.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ne sauraient à eux seuls justifier la reconnaissance d'une atteinte psychique invalidante. En effet selon la jurisprudence, une telle reconnaissance suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 3b *supra*). Or, d'une part, les Drs W.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ne sont ni psychiatre ni psychothérapeute, mais respectivement médecin généraliste et rhumatologue et, d'autre part, la description des atteintes psychiques retenues ne met pas en évidence la symptomatologie voulue pour le codage diagnostic selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes). *A contrario*, l'expert psychiatre du CEMed a posé les diagnostics selon la CIM-10 (F45.4 - F34.1 - F10.25).

A l'aune de ce qui précède, il n'y a pas lieu de reconnaître une aggravation de la situation du recourant, sur le plan psychiatrique, depuis la décision de refus de prestations AI. L'appréciation de l'intimé quant à l'état de santé et à la capacité de travail du recourant n'est dès lors pas critiquable à ce sujet.

**e)** En définitive, la situation médicale du recourant, tant sur les plans physique que psychique, ne laisse apparaître aucune péjoration de la capacité de travail depuis la décision du 25 octobre 2007. Partant, il convient d'admettre que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

**6.** Au vu de ce qui précède, il faut admettre que c'est à juste titre que l'OAI, aux termes du prononcé entrepris, a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et a calculé le degré d'invalidité de celui-ci en se fondant sur une évaluation théorique de sa capacité de gain. Le calcul de l'intimé, vérifié d'office - et qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant -, s'avère correct, si bien qu'il y a lieu de confirmer le taux d'invalidité de 24.67% qui en résulte. Cela étant, si le taux d'invalidité du recourant est certes passé de 0%, au moment de la décision initiale du 25 octobre 2007, à 24.67%, dans la décision litigieuse rendue le 31 mai 2010, il n'en demeure pas moins que ce taux reste inférieur au seuil prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a *supra*).

**7. a)** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** Les frais de justice doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, puisque le

recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 31 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de H. \_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- H. \_\_\_\_\_
- 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 :