

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bonard et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** N.\_\_\_\_\_, né en 1958, ressortissant [...], travaillait depuis avril 1999 en qualité de manoeuvre-régleur auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. Le 7 août 1999, alors qu'il conduisait sa voiture au Portugal, l'assuré a eu une collision frontale à 80 km/h. Cet accident de la circulation a entraîné un syndrome fémoro-patellaire bilatéral post-traumatique, contusion du genou gauche, contusion dorsale haute et contusion cervicale basse, l'évolution étant toutefois favorable compte tenu d'une atténuation des douleurs à la colonne lombaire et au genou (rapport médical du 18 novembre 1999 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA). L'assuré a repris son activité professionnelle le 22 novembre 1999, puis a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le 4 décembre 1999. Il a retrouvé un emploi, à partir du 7 février 2000, en qualité d'étancheur-asphalteur, pour le compte de l'entreprise [...] SA à [...].

Le 13 mars 2000, l'assuré a annoncé une rechute de son accident du 7 août 1999. Du 17 août au 20 septembre 2000, l'intéressé a séjourné à la Clinique J.\_\_\_\_\_ pour une prise en charge des cervico-dorso-lombalgies et des vertiges. Dans un rapport de synthèse du 17 octobre 2000, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics de vertiges d'origine centrale, de rachialgies chroniques et d'un syndrome fémoro-patellaire gauche. Estimant que seuls les vertiges limitaient les aptitudes au travail de l'assuré en hauteur en raison du risque lié aux pertes d'équilibre, ils ont attesté une capacité de travail entière dans une activité excluant le travail sur des toits, des échafaudages ou des escabeaux, ainsi que la conduite d'une automobile.

La CNA a finalement versé des indemnités journalières du 10 août au 10 octobre 1999, du 12 octobre au 21 novembre 1999, du 7 au 22 mars 2000 et du 17 août au 20 septembre 2000.

Le 12 avril 2001, l'assuré a annoncé à la CNA qu'en date du 8 avril 2001, il avait glissé sur des marches d'escaliers et qu'il avait chuté. Cet accident s'était soldé par une entorse de l'articulation acromio-claviculaire droite qui avait été traitée conservativement. La CNA est également intervenue pour prendre en charge cet accident. Dans un rapport du 2 octobre 2001, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré souffrait surtout des genoux et notamment du gauche, ainsi que du dos. S'agissant de l'épaule droite, il a estimé que l'assuré, six mois après une entorse de l'articulation acromio-claviculaire manifestement peu symptomatique, ne souffrait pas de retentissement fonctionnel évident. Malgré la présence d'un syndrome fémoro-patellaire, décrit tantôt à gauche, tantôt à droite, le Dr R.\_\_\_\_\_ a attesté une totale capacité de travail, en précisant que la poursuite du traitement, qui ne s'adressait plus qu'aux genoux, n'était plus à la charge de la CNA.

Par décision du 3 octobre 2001, la CNA, après avoir versé des indemnités journalières du 11 avril au 2 octobre 2001, a mis un terme à ses prestations d'assurance au motif qu'il ne subsistait plus d'incapacité de travail ou de traitement nécessité par les seules suites de l'accident assuré.

**b)** Le 9 novembre 2001, N.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de "*problèmes de dos*".

Dans un rapport médical du 23 novembre 2001, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a notamment retenu des lombalgies basses fonctionnelles et une chondropathie rétro-patellaire des deux genoux. Il a en outre indiqué qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions figurant dans l'annexe au rapport médical, la symptomatologie du patient n'étant pas expliquée par les constatations objectives. Il a dès lors proposé de soumettre l'intéressé à une expertise médicale auprès d'un médecin qui ne soit pas impliqué dans les traitements.

Dans un rapport médical du 3 décembre 2001, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé différents diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré, notamment des cervicalgies et dorso-lombalgies persistantes, des gonalgies bilatérales et un syndrome vertigineux persistant. En outre, il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité d'asphalteur et ce, dès le 7 août 1999 pour une durée indéterminée. Par certificat médical du 8 octobre 2003, il a confirmé que son patient était toujours en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 12 février 2002, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne-rhumatologie, a retenu comme diagnostics un trouble somatoforme douloureux persistant, des rachialgies diffuses chroniques dans le cadre de troubles statiques, un status post-contusion cervico-dorsale post-traumatique et un syndrome fémoro-patellaire G (D : septembre 1999). Elle a attesté une totale incapacité de travail de l'assuré dans son activité d'asphalteur pour la période allant du 7 août 1999 au 20 septembre 2000, puis a considéré que la capacité de travail de l'intéressé était à nouveau entière dès le 21 septembre 2000 dans une activité adaptée soit excluant le travail sur les toits, les échafaudages, les escabeaux, ainsi que la conduite automobile.

Par courrier du 20 novembre 2002, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI un rapport médical établi le 21 juin 2002 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a posé un diagnostic en trois volets, dont seuls les deux premiers concernaient les suites des accidents subis par l'intéressé les 7 août 1999 et 8 avril 2001. Ce praticien a notamment retenu, pour le premier accident, des vertiges d'origine cérébrale (centrale) post-traumatiques, des contractures et myalgies cervico-scapulaires post-traumatiques, un syndrome fémoro-rotulien douloureux post-traumatique bilatéral et une neuropraxie d'un nerf cutané au genou antérieur droit, pour le second accident, une subluxation acromio-claviculaire droite, et, indépendamment d'une relation traumatique, des lombalgies récidivantes. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a dès

considéré que les séquelles de l'accident de 1999 n'étaient pas guéries et entravaient la capacité de travail de l'assuré, que les vertiges excluèrent toute occupation au-dessus du sol (escabeau, échelles, etc), que l'accident de 2001, causé par ces derniers, était séquellaire de l'accident de 1999 et que l'état des genoux rendait difficile, voire impossible les travaux en terrain inégal ou avec des dénivellations (escaliers, échelles, etc.), ainsi qu'avec des accroupissements (montages en bas).

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour la réalisation d'une expertise psychiatrique afin de déterminer si les plaintes somatiques non objectivables entraient dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux et s'il existait une comorbidité psychiatrique. Dans un rapport du 8 décembre 2003 faisant suite à un examen psychiatrique du 6 novembre 2003, les Desses Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, ont posé les diagnostics suivants :

"Rachialgies diffuses chroniques. Troubles statiques et séquelles de maladie de Scheuermann  
Status après contusion cervico-dorsale (accident du 7.8.1999)  
Syndrome fémoro-patellaire bilatéral  
Status après subluxation acromioclaviculaire droite (8.4.2001)  
Absence de comorbidité psychiatrique".

En l'absence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation importante de l'environnement psychosocial et de limitation fonctionnelle psychiatrique, les Drs Y.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée du point de vue médico-juridique, ce d'autant plus qu'il existait une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives modérées. Par ailleurs, à défaut d'un véritable sentiment de détresse, le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant ne pouvait être retenu. En l'absence de comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique, la capacité de travail de l'assuré était totale. Tel était également le cas sur le plan somatique, l'ancienne

activité d'étanchéité ou manœuvre en génie civil exercée par l'assuré respectant les limitations fonctionnelles relatives au travail en hauteur.

**c)** Par décision du 10 décembre 2003, confirmée sur opposition le 6 décembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, considérant que sa capacité de travail était entière tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, les quelques limitations fonctionnelles relevées ne concernant pas l'activité professionnelle précédemment exercée par l'intéressé. L'OAI s'est en particulier fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 8 décembre 2003 des Dresses Y. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, ainsi que sur l'appréciation médicale du 2 octobre 2001 du Dr R. \_\_\_\_\_, lequel, au vu de l'ensemble du dossier CNA, avait conclu à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dès le 3 octobre 2001. Enfin, dans un rapport médical du 11 septembre 2002 établi à la demande de la CNA, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, division médecine des assurances de la CNA à Lucerne, a exposé qu'une atteinte du genou droit ainsi qu'une blessure expliquant les douleurs persistantes au genou gauche ne pouvaient être objectivées, que les séquelles d'un éventuel mécanisme d'accélération cervicale étaient de toute manière guéries lors de la reprise du travail par l'assuré au mois de novembre 1999, et que s'agissant de l'épaule droite, il convenait tout au plus d'éviter des travaux au-dessus de la tête.

**d)** Saisi d'un recours de l'assuré formé le 22 décembre 2004 par l'intermédiaire de son conseil, le Tribunal des assurances a, par jugement du 29 mars 2006, rejeté le recours précité, motif pris que "*les rapport probants (...) de la Clinique J. \_\_\_\_\_ et du SMR retiennent tous deux une entière capacité de travail exigible de l'assuré tant sur le plan somatique, le cas échéant éventuellement dans une activité respectant certaines limitations, que sur le plan psychique. L'intéressé ne saurait par conséquent prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité*".

Ce jugement est entré en force.

**e)** Dans l'intervalle, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, la CNA a, par décision sur opposition du 22 mai 2003, confirmé sa décision du 3 octobre 2001. Saisi d'un recours de l'assuré formé le 9 septembre 2003 par l'intermédiaire de son conseil, le Tribunal des assurances a, par jugement du 9 juillet 2004, rejeté le recours précité, motif pris que *"les plaintes actuelles ne sont pas d'étiologie accidentelle, et que le statu quo ante ou sine est bien atteint à la date retenue par la CNA. Les vertiges et les autres troubles, notamment cervico-scapulaires et aux deux genoux dont se plaint actuellement le recourant, n'étant pas de la responsabilité de l'assurance-accident, c'est à bon droit que celle-ci a mis fin à ses prestations dès le 3 octobre 2001"*.

A la suite d'un recours de N.\_\_\_\_\_ contre le jugement précité, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a considéré que le recours formé devant la juridiction cantonale le 9 septembre 2003 était tardif, si bien qu'elle ne pouvait pas, par son jugement du 9 juillet 2004, entrer en matière sur le recours précité (arrêt du TFA U 44/05 du 13 avril 2006).

**B. a)** Par lettre du 11 septembre 2007 adressée à l'OAI, le conseil de l'assuré a mentionné que suite à un accident du 25 février 2007, l'intéressé avait mandaté le Dr A.L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 28 août 2007, ce praticien avait notamment retenu des séquelles neuropsychologiques importantes (notamment discopathies C4-C7, hernie discale médiane en C4-C5), ainsi que des problèmes de genoux. Selon le conseil de l'assuré, ce dernier présentait une incapacité de travail totale et définitive en qualité d'étañheur asphalteur. La reconversion vers une activité différente apparaissait impossible au vu de l'ensemble des diagnostics, du moins avec un rendement acceptable pour un employeur. L'OAI a dès lors traité le courrier du 11 septembre 2007 comme une nouvelle demande.

**b)** Dans un projet de décision du 17 octobre 2008, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 11 septembre 2007, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Se référant à un avis médical du 26 septembre 2008 du SMR, l'OAI a retenu que les problèmes décrits dans le rapport du Dr A.L. \_\_\_\_\_ étaient curables et que l'accident allégué comme cause des problèmes énoncés n'avait pas été annoncé à l'assurance idoine.

L'assuré ayant contesté le projet précité, l'OAI a soumis le cas au SMR, qui, par avis médical du 7 janvier 2009, a préconisé un examen clinique au SMR afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

Dans un rapport du 27 janvier 2009 faisant suite à un examen clinique orthopédique du 26 janvier 2008 (recte 2009), le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants :

*-avec répercussion sur la capacité de travail*

- Cervicobrachialgies à gauche, hernies discales C5-C6 et C6-C7, sans trouble neurologique. M 54.2
- Dorsalgies chroniques sur probable séquelle de maladie de Scheuermann. M 54.6
- Lombalgies chroniques. M 54.5
- Syndrome rotulien bilatéral. Status après entorse du genou G avec déchirure du ligament croisé antérieur.
- Vertiges d'origine indéterminée.

*-sans répercussion sur la capacité de travail*

- Tabagisme chronique.
- Status après entorse acromio-claviculaire épaule G.

Concernant la capacité de travail exigible, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que jusqu'en février 2007, l'assuré était en mesure de travailler dans son métier habituel d'étancheur et asphalteur. Suite à l'accident de

février 2007, qui avait provoqué une déchirure du ligament croisé antérieur du genou gauche, l'assuré avait perdu sa capacité de travail en qualité de manœuvre de la construction. Par contre, l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée, soit excluant le port de charges supérieur à 15 kg, le travail accroupi ou à genou, la montée ou la descente d'escaliers ou les pentes à répétition. L'assuré était dès lors en mesure d'effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, les déplacements à plat étant possibles.

**c)** Par décision du 9 juin 2010 confirmant un projet de décision du 2 avril 2009 (lequel annulait et remplaçait celui du 17 octobre 2008), l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. Il a considéré que dès le 25 février 2007, l'activité habituelle de manœuvre régleur était contre-indiquée. Toutefois, une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites. L'OAI a ainsi procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+3.67 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'181 fr.05. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 55'851 fr., mettait en évidence une perte de gain de 3'669 fr 95, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 6.6 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles.

**d)** Par communication du 2 avril 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un rapport final du 6 mai 2009, le Service de réadaptation de l'OAI a mis fin à l'aide précitée. En effet, dans le cadre d'un entretien, l'assuré avait déclaré que son état de santé restait instable

et qu'il ne lui permettait pas de réfléchir à un objectif de poste, n'ayant plus travaillé depuis dix ans.

**C. a)** Par acte de son mandataire du 8 juillet 2010, N.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision de l'OAI du 9 juin 2010. Le recourant conclut, sous suite de dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès la date que justice dira, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée. Il fait état d'une sensible aggravation de son état de santé en raison d'un accident survenu le 25 février 2007 lequel a causé des séquelles l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle exigible sur le marché général du travail, même réputé équilibré. Il requiert enfin la jonction du présent recours avec celui en matière d'assurance-accidents (AA 23/10) et par conséquent, une dispense de l'avance de frais.

**b)** Dans sa réponse du 4 octobre 2010, l'Office AI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

**c)** Dans sa réplique du 16 novembre 2010, le recourant s'est référé à celle déposée le même jour dans le cadre du litige l'opposant à la CNA. Il soutient ainsi que la CNA ne saurait écarter l'avis du Dr A.L. \_\_\_\_\_ en se référant simplement au fait qu'elle a estimé antérieurement que les vertiges n'étaient pas consécutifs à l'accident de 1999. Il ajoute que ses vertiges se sont aggravés au point de provoquer désormais des chutes assez fréquentes. Il confirme dès lors la nécessité d'une instruction complémentaire.

**d)** Dans sa duplique du 22 décembre 2010, l'Office AI s'est référé au rapport du 27 janvier 2009 du SMR faisant suite à un examen clinique orthopédique concluant à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce rapport remplissant toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical, l'Office AI a confirmé sa décision du 9 juin 2010.

**e)** Par courrier du 22 novembre 2011, le recourant a produit un rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui préconise une expertise rhumatologique en raison de la pathologie lombaire et cervicale chronique malgré la composante traumatique qui a causé la pathologie intra-médullaire.

**f)** Par lettre du 6 décembre 2011, le recourant a soumis les questions qui pouvaient être posées dans le cadre d'une expertise rhumatologique et orthopédique (en ce qui concerne le genou). Il soutient ainsi que les dernières observations médicales sont anciennes et ne tiennent pas compte des éléments nouveaux découverts récemment (atteinte intra-médullaire).

**D.** Le 16 février 2012, le juge instructeur a informé les parties que cette cause était instruite et jugée parallèlement à la cause AA 23/10 (recours de l'assuré contre une décision du 20 janvier 2010 de la CNA). Il est donc tenu compte, dans la présente cause, du dossier de la CNA.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 8 juillet 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent. Respectant pour le

surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**2.** En l'espèce, le recourant conteste un refus de révision de la décision initiale. Dès lors, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, de sorte qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité.

**a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de

manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références).

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

**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 vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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).

**4.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du 9 juin 2010, il a considéré que l'état de santé physique du recourant ne justifiait pas l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Pour sa part, le recourant soutient qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle, ajoutant qu'au vu du rapport médical du 18 novembre 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique s'impose.

**a)** Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit le jugement du 29 mars 2006 du Tribunal des assurances et la décision litigieuse du 9 juin 2010.

Pour statuer sur le droit à la rente, le Tribunal des assurances, dans son jugement du 29 mars 2006 faisant suite au recours formé contre la décision sur opposition du 6 décembre 2004, s'est référé au rapport du 17 octobre 2000 de la Clinique J.\_\_\_\_\_ qui faisait état de l'existence chez l'assuré de rachialgies diffuses, de troubles statiques discrets, ainsi que de vertiges centraux apparus dans les suites de l'accident de 1999; les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ont en outre relevé que seuls les vertiges limitaient l'aptitude au travail, en hauteur, en raison du risque lié aux pertes d'équilibre. Ils ont dès lors conclu que la capacité de travail de l'intéressé était de 100 % dans une activité excluant le travail sur les toits, les échafaudages, les escabeaux, ainsi que la conduite automobile. Les conclusions des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ étant sérieusement

motivées et cohérentes, il n'existe aucun indice concret permettant de mettre en doute leur bien-fondé. Il n'y a donc aucun motif de s'en écarter. Dans leur rapport médical du 8 décembre 2003 faisant suite à un examen clinique du recourant du 6 novembre 2003, les Dresses Y.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du SMR ont relevé que sur le plan somatique, la capacité de travail exigible était entière, se référant sur ce point aux rapports médicaux retenus par la CNA pour fonder ses conclusions. Les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ quant à la reconnaissance d'une totale incapacité de travail (rapport du 3 décembre 2001) n'étaient donc corroborées par aucun autre document médical, pas même par le rapport du 21 juin 2002 du Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel ne se prononçait pas quant au taux d'incapacité de travail du recourant.

**b)** Si les différents praticiens s'accordent à dire que le recourant présente une pathologie au niveau du genou gauche suite à l'accident du 25 février 2007, ainsi que des cervicalgies, des dorsalgies, des lombalgies et des vertiges d'origine indéterminée, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assuré relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique, susceptible de constituer une aggravation de son état de santé.

**c)** Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail

pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

**5.** En l'espèce, l'assuré se plaint essentiellement d'une aggravation de son état de santé en raison de douleurs cervicales, de douleurs aux genoux et de vertiges.

**a)** S'agissant des cervicalgies, l'assuré a précisé que les douleurs apparaissaient lorsqu'il faisait des mouvements de rotation de la tête; au repos, il avait peu de douleurs. L'IRM cervicale pratiquée le 12 février 2008 a révélé les mêmes lésions que sur celle effectuée le 7 novembre 2006, soit une protusion discale C4-C5 et des hernies discales C5-C6 et C6-C7. Dans son rapport du 27 janvier 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a écarté tout trouble neurologique, précisant qu'il n'y avait pas de trouble de la statique, ni sur le plan frontal, ni sur le plan sagittal. Pour sa part, le Dr A.L. \_\_\_\_\_ a évoqué des douleurs discrètes à la mobilisation dans toutes les directions, sans retenir toutefois de contracture musculaire, de limitation fonctionnelle particulière, ni d'indication chirurgicale (rapport médical du 28 août 2007).

**b)** Le recourant se plaint en outre de vertiges intermittents surtout lors des changements de position, en particulier en se relevant, mais également en position assise ou couchée. Cette pathologie ne repose toutefois sur aucune constatation médicale objective. Ainsi, si le Dr A.L. \_\_\_\_\_ a signalé la présence de vertiges en précisant qu'*"il me paraît évident que cette symptomatologie est consécutive à l'accident de 1999"*, il n'a émis qu'une appréciation générale sur la base des plaintes de son patient. En outre, l'IRM cérébrale pratiquée le 26 janvier 2007 était dans les limites de la norme, de même que l'EMG (électromyogramme) effectuée le 14 mars 2008. En tout état de cause, le Dr A.L. \_\_\_\_\_ n'a mis en évidence aucune aggravation de cette atteinte depuis l'appréciation médicale du 1<sup>er</sup> février 2001 du Dr B.L. \_\_\_\_\_, qui concluait à une capacité de travail entière. Au contraire, il a signalé que l'évolution était relativement favorable, mais très lente.

**c)** S'agissant du syndrome fémoro-patellaire bilatéral, tant le Dr A.L. \_\_\_\_\_ que le Dr S. \_\_\_\_\_ admettent une aggravation de cette atteinte, notamment depuis l'accident du 25 février 2007 ayant provoqué une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, associé à une contusion osseuse et un épanchement intra-articulaire. L'IRM pratiquée le 7 mars 2007 a également mis en évidence une méniscopathie grade II du ménisque interne. Les médecins précités ont dès lors exclu la reprise de l'activité habituelle de manœuvre dans la construction. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. Le Dr A.L. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur ce point, se limitant à mentionner que tout reclassement professionnel était illusoire, sans donner de plus amples explications.

**d)** Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir que par rapport aux circonstances qui ont justifié le refus d'octroi d'une rente d'invalidité par jugement du 29 mars 2006, la situation du recourant ne s'est pas modifiée, à tout le moins que son état de santé n'a pas subi de détérioration significative ayant une incidence sur son droit à la rente dans le sens d'une augmentation. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a en effet exposé de manière convaincante les motifs pour lesquels d'une part, l'assuré n'était désormais plus en mesure de reprendre son activité de manœuvre dans la construction et d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé devait toutefois lui être reconnue. Par conséquent, l'appréciation de l'atteinte à la santé sur le plan médical a été clairement définie par le Dr S. \_\_\_\_\_ dont le rapport du 27 janvier 2009, fondé notamment sur l'ensemble des examens d'imagerie et cliniques effectués par les praticiens consultés par l'assuré et par l'expert du SMR, remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. L'intimé s'est dès lors fondé à juste titre sur ces constatations pour statuer sur le droit aux prestations. Le dossier permettant ainsi de juger la cause en l'état, il ne se justifie pas d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

**e)** Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité nettement inférieur à 20 %, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. L'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé (moins de 7 %) se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis plus de 10 ans. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité que l'Office AI a effectué dans le cadre de la décision attaquée ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif aux taux d'invalidité inférieur à 20 % finalement retenu.

**6.** Le recourant estime enfin qu'il n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle sur un marché du travail équilibré.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références).

**b)** In casu, il y a lieu de rappeler que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi

léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. A titre d'exemples, on peut citer les activités de surveillant de machines, gardien de parking ou ouvrier d'usine (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assuré puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

**7. a)** Au vu de ce qui précède, il s'avère que le recourant présente une capacité de travail entière dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, de sorte qu'il n'existe aucun motif justifiant de procéder à une révision de la décision statuant sur le droit à la rente. Dès lors, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de

dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 9 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, par 450 francs (quatre cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Nordmann, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :