

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2011

Présidence de M. JOMINI

Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à Cottens, recourant,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI; art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. Environ 6 mois après sa naissance le 30 septembre 1951, Z._____ (ci-après : l'assuré) a contracté une rougeole suivie d'une affection oculaire bilatérale, celle-ci occasionnant un glaucome congénital de l'œil gauche ainsi qu'une abulbie de l'œil droit débouchant sur le port d'une prothèse oculaire. Depuis 1969, le prénommé bénéficie de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité (AI), sous la forme d'une participation aux frais de renouvellement de sa prothèse oculaire. En revanche, il s'est vu refuser une rente d'invalidité à deux reprises au début des années septante.

Sur le plan professionnel, l'intéressé a dirigé sa propre exploitation agricole, avant d'exercer le métier de cantonnier pour le Service des routes de [...], dès 1979.

B. a) En date du 18 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI tendant au versement d'une rente, au motif qu'il souffrait de douleurs dorsales depuis novembre 1999.

b) Procédant à l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr Q._____, généraliste, médecin traitant de l'assuré. Dans son rapport du 25 janvier 2006, ce praticien a indiqué que l'intéressé présentait les atteintes suivantes se répercutant sur la capacité de travail :

en "Lombo-sciatalgies récidivantes sur discopathie étagée de L3 à S1.
Status après une décompression foraminale et stabilisation de L5 S1
novembre 2005.
Etat anxio-dépressif chronique depuis 1999."

S'agissant des atteintes sans effet sur la capacité de travail, le Dr Q._____ a mentionné, outre la vision monoculaire de l'assuré, une diverticulite sigmoïdienne opérée en 2002. Il a précisé que les lombo-sciatalgies s'étaient déclarées plus de 5 ans auparavant et que l'intéressé était sous anti-dépresseurs depuis plus de 6 ans. Il a relevé que son

patient se trouvait en arrêt de travail depuis le 9 mai 2005, que l'état de santé était stationnaire, et qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail en raison de l'intervention pratiquée en novembre 2005. Des divers actes médicaux joints à ce rapport, il ressortait notamment que l'assuré avait eu recours à un traitement psychiatrique en février 2000 en rapport avec ses douleurs dorsales, et qu'il présentait une arthrose interfacettaire postérieure ainsi qu'une protrusion discale L4-S1.

Par communication du 21 mars 2006, le Service du personnel de [...] a informé l'OAI que l'intéressé s'était trouvé en incapacité de travail à 100% du 9 mai 2005 au 5 mars 2006, et avait réintégré son poste à 50% le 6 mars 2006.

Interpellé par cet office, le Dr N._____, neurochirurgien ayant pratiqué l'intervention subie par l'assuré en novembre 2005, a fait part de ses observations par rapport du 4 mai 2006, mentionnant les atteintes suivantes :

"Status après décompression canalaire et foraminale L5/S1, discectomie bilatérale L5/S1 et mise en place de cages intersomatiques avec greffes hétérogènes puis stabilisation postérieure par distracteur interépineux en date du 29 novembre 2005.

Patient borgne (aveugle du côté droit), troubles de la vision du côté gauche (70° d'acuité visuelle au niveau de l'œil gauche).

Hernie de la paroi abdominale."

Ce spécialiste a exposé en substance que l'évolution postopératoire était favorable d'un point de vue neurochirurgical, et que moyennant une adaptation sur la place de travail avec restriction des sollicitations physiques et respect des mesures de prudence (« *éviter le port de charges supérieures à 15 kg ainsi que des positions avec antéflexion prolongée du torse, changement fréquent de position* »), le patient avait repris son emploi à 100% depuis le 24 avril 2006, avec une productivité ne dépassant pas les 50% - solution qui n'était que provisoire. Considérant que le travail de cantonnier était devenu trop lourd pour l'assuré et que ce dernier ne pourrait se réinsérer dans un autre domaine compte tenu de son âge, de sa formation et de la situation sur le marché du travail, le Dr N._____ a préconisé la recherche d'un arrangement qui

permettrait de réduire les sollicitations physiques de l'intéressé dans sa profession habituelle.

Le 10 mai 2006, la Dresse P._____, médecin cantonal adjoint, a transmis deux rapports médicaux à l'OAI. Le premier, établi le 4 mai 2006 par le Dr N._____, indiquait que l'assuré pourrait travailler à 100% et augmenter significativement sa productivité, à condition que les sollicitations physiques soient limitées et les mesures de prudence idoines respectées. Le second rapport, rédigé le 23 janvier 2006 par le Dr Q._____, reprenait pour l'essentiel les observations formulées par ce praticien dans son constat du 25 janvier 2006.

Par courrier du 14 juillet 2006, le Service du personnel de [...] a informé l'OAI que l'assuré avait repris son travail le 24 avril 2006 sans aucune limitation fonctionnelle, et qu'il percevait un salaire correspondant à son rendement.

c) Par décision du 9 octobre 2006 confirmant un projet de décision du 30 août 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé. Il a rappelé que celui-ci avait présenté une incapacité de travail totale à partir du 9 mai 2005, avant de réintégrer son emploi le 6 mars 2006 tout d'abord à un taux de 50%, puis, à compter du 24 avril 2006, à un taux de 100% sans limitation. Se fondant sur l'entière capacité de travail récupérée par l'assuré dans son activité habituelle - avec un rendement et un salaire correspondant à son emploi - au terme du délai d'attente d'une année fixé par la loi, l'office a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'envisager des mesures professionnelles, ni de reconnaître le droit à une rente d'invalidité.

L'intéressé n'a pas recouru contre ce prononcé, qui est ainsi entré en force.

C. En date du 17 mai 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, faisant valoir qu'il souffrait de douleurs

dorsales et d'un état anxio-dépressif chronique depuis 1999. Il a annexé à sa requête un document libellé comme suit :

"Arrêt Maladie de Monsieur Z. _____

2002 28 octobre au 19 novembre = arrêt à 100% = crise de
= diverticules
2002 10 décembre = arrêt à 100% = opération du côlon
=
2003 arrêt 100% jusqu'au 22 janvier (suite opération)
= Reprise à 50% du 23 janvier au 28 février (suite opération)
2004 12 juillet au 19 septembre = arrêt 100% opération
= éventration
2005 9 mai au 31 décembre = arrêt 100% = douleurs dorsales +
= opération du dos
2006 1^{er} janvier au 3 mars = arrêt 100% = suite opération du dos
=

Prise de médicaments pour état dépressif depuis ma 1^{ère} hospitalisation en février 2000.

18 novembre 2008 à ce jour = arrêt à 100% selon ordre du Médecin cantonal de Lausanne"

D. a) Sur demande de l'OAI, le Dr Q. _____ a exposé ses conclusions dans un rapport du 15 juin 2009. Il a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail consistaient en un canal étroit opéré en 2005, des lombalgies chroniques et un état dépressif, atteintes existant depuis plus de 10 ans. Il a confirmé que l'intéressé était en arrêt de travail depuis le 18 novembre 2008, tout en précisant que cette incapacité serait probablement définitive, l'activité de cantonnier n'étant plus exigible. En revanche, il a estimé que demeuraient envisageables des activités légères permettant d'alterner les positions assise et debout, comprenant l'usage d'escaliers, mais évitant le port de charges supérieures à 5 kg. En sus de diverses pièces déjà produites à l'appui de son précédent rapport du 25 janvier 2006, ce praticien a versé au dossier deux écrits rédigés les 18 novembre 2008 et 7 mai 2009 par la Dresse P. _____; cette dernière exposait, dans sa première missive, que l'assuré était « *inapte à reprendre son activité professionnelle pour raisons de santé et ce [...] pour une durée d'environ 6 mois* », durée prolongée de 6 mois supplémentaire aux termes du second courrier.

b) Par acte du 17 juillet 2009, l'OAI a invité le Dr Q._____ à indiquer si des faits nouveaux concernant l'état de santé de l'assuré étaient survenus depuis la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006. Dans sa réponse du 26 août 2009, ce praticien s'est contenté de se référer à une « *nouvelle demande par méd[ecin] cantonal* », tout en joignant à son écrit les deux courriers précités de la Dresse P._____.

c) Dans un avis du Service médical régional Suisse romande de l'AI (ci-après : le SMR) du 23 septembre 2009, le Dr G._____, médecin auprès de ce service, a relevé qu'aucun élément objectif récent ne témoignait d'une aggravation des affections dorsales dont l'assuré disait souffrir depuis plus de 10 ans, si bien qu'il convenait d'instruire plus avant le dossier pour que le SMR puisse être à même de prendre position.

A la requête de l'OAI, l'assuré a précisé, par courrier du 15 octobre 2009, qu'il était toujours en arrêt de travail, que le Dr Q._____ était son seul médecin traitant, qu'il n'avait pas consulté de rhumatologue ou de chirurgien orthopédique, et qu'aucune imagerie médicale n'avait été effectuée au cours des 12 derniers mois. Il a ajouté qu'en revanche, il se rendait une fois par mois chez une ostéopathe.

Le 22 octobre 2009, la Dresse P._____ a informé l'OAI que l'intéressé était toujours en arrêt de travail « *pour raison médicale* ». Elle a relevé qu'une évaluation sur les plans rhumatologique et orthopédique paraissait prématurée au vu des mesures d'instruction que l'office serait appelé à entreprendre, et a renvoyé pour le surplus au rapport médical dressé par le Dr Q._____.

d) Dans un avis du SMR du 2 février 2010, le Dr J._____, médecin rattaché à ce service, a retenu que l'intéressé souffrait principalement de lombalgies chroniques dans le cadre d'un canal lombaire étroit, d'une arthrose facettaire postérieure, et d'une protrusion discale L4-S1, étant précisé que la perte d'un œil dans l'enfance constituait une pathologie associée du ressort de l'AI, à l'inverse des autres troubles présentés par l'assuré (état dépressif et status après

diverticulite). Ce praticien a estimé que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle de l'intéressé, mais qu'elle demeurait intacte dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de celui-ci, à savoir dans une « *activité légère permettant l'alternance des positions, pas de travail en flexion du torse, accroupi ou à genoux, pas de marche en terrain inégal, pas de travail en hauteur* », rejoignant sur cette question les indications fournies dans le rapport du Dr Q._____ du 15 juin 2009.

e) Par courrier du 9 février 2010, l'OAI a informé l'assuré que les conditions requises pour bénéficier d'une orientation professionnelle étaient réalisées et que des démarches allaient être initiées dans ce but.

Nantie de cette information, la Dresse P._____ a, par écrit du 17 février 2010, spontanément fait part de son étonnement face à un tel projet, cela d'autant que l'assuré comptait prendre sa retraite anticipée en juin 2010.

Entendu par un agent de l'OAI le 22 février 2010, l'assuré a indiqué en substance qu'outre les atteintes déjà connues de l'autorité, il souffrait d'acouphène depuis début 2010, de douleurs cervicales et de maux de têtes. Il a précisé que la Caisse de pension de [...] lui avait octroyé une rente entière d'invalidité temporaire du 11 janvier au 30 juin 2010. Il a fait valoir que compte tenu de son état physique et psychologique, de son âge et de sa longue activité, il n'envisageait plus de reprendre une quelconque activité professionnelle et prévoyait de pouvoir bénéficier d'une pré-retraite dès 2011.

Dans le cadre d'un nouvel entretien avec l'OAI le 3 mai 2010, l'assuré a expliqué qu'il ne souhaitait pas poursuivre les démarches d'orientation professionnelle entamées par l'office, attendu que la Caisse de pension de [...] avait prolongé le versement de sa rente d'invalidité temporaire jusqu'au 30 septembre 2010 et qu'il envisageait de prendre sa retraite anticipée dès le 1^{er} octobre 2010.

F. Le 17 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations AI. Retenant que ce dernier présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, qu'il disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (soit une activité légère permettant l'alternance des positions, sans travail en flexion du torse, accroupi ou à genoux, sans marche en terrain inégal et sans travail en hauteur) depuis novembre 2008, et qu'il avait refusé d'acquiescer à la mesure d'intervention précoce qui lui avait été proposée en raison d'une pré-retraite prévue dès le 1^{er} octobre 2010, l'office a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'806 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2008, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%) et d'un abattement de 15%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'052 fr. 67. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 79'073 fr. en 2009, mettait en évidence une perte de gain de 27'020 fr. 33, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 34,17%, inférieur au seuil légal de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

G. L'intéressé a présenté ses objections au projet précité par acte du 31 mai 2010, relevant qu'il souffrait d'une cataracte de l'œil gauche et que l'intervention initialement projetée pour rétablir sa vision avait dû être abandonnée en raison de ses antécédents médicaux. Il s'est en outre étonné de n'avoir jamais été entendu par le SMR.

Interpellée par l'OAI, la Dresse O._____, spécialiste FMH en ophtalmologie assurant la prise en charge de l'assuré depuis le 11 novembre 2008, a fait part de ses observations dans un rapport du 28 juin 2010. S'agissant des diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, elle a indiqué que l'intéressé présentait un phtisis bulbi de l'œil droit depuis l'enfance, ainsi qu'une cataracte débutante de l'œil gauche depuis 2009. Elle n'a pas évoqué l'existence d'une incapacité de travail, mais a

souligné que l'intéressé devait éviter de monter sur une échelle ou un échafaudage dans le cadre professionnel. Elle a relevé que l'acuité visuelle de l'œil gauche atteignait un niveau de 0,6 corrigé mais était appelée à diminuer en fonction de la progression de la cataracte; sur ce point, elle a précisé que le comptage endothélial bas de l'assuré engendrait pour le moment un risque opératoire trop élevé, se référant en cela à deux pièces annexées à son rapport, soit un courrier du 22 juin 2010 et une fiche de consultation du 28 mai 2010 rédigés par le Dr I. _____, ophtalmologue.

Dans un avis du 27 juillet 2010, les Drs J. _____ et T. _____, du SMR, ont relevé que le port d'une prothèse à l'œil droit était connu depuis l'enfance et n'avait pas empêché l'assuré de travailler en vision monoculaire, de telle sorte que cette atteinte ne pouvait être considérée comme incapacitante. Selon cet avis, la baisse de vision de l'œil gauche entraînait certes des limitations fonctionnelles dans des activités nécessitant une acuité parfaite (travaux de précision, mécanique fine, horlogerie, etc.), mais n'interférait pas avec l'exercice d'une activité adaptée, cela d'autant que l'acuité visuelle gauche était déjà de 0,5 corrigé en 1974. Il était également rappelé que le SMR se prononçait sur la base du dossier pour autant que cela fût possible, pratique qui était conforme à la mission définie par l'Office fédéral des assurances sociales.

H. Par décision du 30 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, reprenant l'argumentation développée dans son préavis du 17 mai 2010.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a répondu aux objections de l'assuré, en reprenant l'argumentation développée par le SMR dans l'avis médical du 27 juillet 2010.

I. Par acte du 24 août 2010, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée. Il se prévaut notamment de l'importance de ses problèmes oculaires et relève qu'une opération de la cataracte de son

œil gauche n'est pour le moment pas envisageable en raison de ses antécédents médicaux et du risque qu'il vienne à perdre son œil valide également. Il allègue que la diminution de son acuité visuelle le gêne dans ses activités (« *vision trouble, gêne soleil-ombre, lecture difficile, difficulté à [s]e déplacer dans des lieux pas plats* »). Il ajoute que ses atteintes oculaires et dorsales l'ont plongé dans la dépression, tout en produisant divers documents à l'appui de ses dires.

J. Dans sa réponse du 19 octobre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'office estime avoir retenu à juste titre que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans la mesure où cette constatation émane du rapport du Dr Q._____ du 15 juin 2009 ainsi que de l'avis du SMR du 2 février 2010. Il joint à ses déterminations un nouvel avis de ce service du 6 octobre 2010, rédigé par les Drs J._____ et T._____, confirmant la teneur du rapport du 2 février 2010 nonobstant la fiche de consultation du Dr I._____ du 28 mai 2010, et rappelant que si le travail habituel de l'assuré n'est pas envisageable en raison des contraintes rachidiennes, une activité adaptée à la fois aux problèmes de vue et à l'atteinte vertébrale demeure exigible à 100%.

K. Dans des déterminations du 15 novembre 2010, le recourant fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré, en particulier au niveau oculaire. Il relève que s'il a toujours travaillé avec une faible acuité visuelle, sa vision est désormais troublée en raison de la cataracte affectant son œil gauche. Il se plaint de ne pas avoir été examiné personnellement par un médecin de l'AI, et allègue s'être entretenu le 12 novembre 2010 avec le Dr Q._____, lequel aurait émis un « *avis inchangé* » quant à l'incapacité de travail à 100%. Il souligne qu'il pourra officiellement prendre sa retraite d'ici un peu plus de deux ans, et qu'une réinsertion professionnelle dans un nouveau domaine d'activité lui semble douteuse dans un laps de temps aussi court. Il annexe divers documents à sa prise de position, dont un compte-rendu de la Dresse O._____ datant du 27 avril 2010, énonçant des conclusions essentiellement similaires à celles figurant dans le rapport de cette praticienne du 28 juin 2010.

L'office AI a fait part de ses observations le 2 décembre 2010, en se référant à sa décision.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 et 58 LPGA, 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. Déposé dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA), selon les formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LGPA), le recours est recevable à la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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).

2. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir procédé à une évaluation incorrecte de son invalidité, en ne tenant pas suffisamment compte de la dégradation de son état de santé sur les plans physique et psychique depuis la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006. Il se plaint, en outre, de ne pas avoir été examiné personnellement par le SMR. Enfin, il soutient que l'on ne saurait exiger de lui qu'il s'adapte dans un nouveau domaine d'activité, alors même qu'il envisage de prendre sa retraite anticipée en septembre 2013.

3. a) A teneur 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Selon 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 c. 4.3.1).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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 liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). 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 la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

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 liquider 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 également 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 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 les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1 et les références).

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) En l'occurrence, l'assuré s'est vu refuser le droit à une rente d'invalidité aux termes d'une première décision rendue le 9 octobre 2006,

motif pris qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, dès lors qu'il avait réintégré son emploi le 24 avril 2006 avec un rendement et un salaire correspondant au poste occupé au sein du Service des routes de [...]. Dans la mesure où il était manifeste que l'intéressé ne subissait ainsi aucun préjudice économique, l'office s'est abstenu de procéder à l'évaluation de l'invalidité - inexistante, dans de telles circonstances - sur la base des constats médicaux recueillis.

Le 17 mai 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, se prévalant de douleurs dorsales et de troubles psychiques, tout en indiquant se trouver en arrêt de travail à 100% depuis le 18 novembre 2008. Attendu que cette constellation était, de prime abord, différente de celle régnant au moment de la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006, c'est à juste titre que l'OAI, saisi de cette nouvelle demande, a d'emblée sollicité des rapports médicaux et est donc entré en matière sur dite requête.

b) En effet, aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon l'art. 87 al. 4 RAI, 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'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies.

Les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI doivent 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 I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2, 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue

plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et les références).

c) Compte tenu de ce qui précède, il s'agit, dans le cas particulier, d'examiner si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité – et partant le droit à la rente – de l'assuré s'est effectivement produit depuis la première décision de l'OAI prononcée le 9 octobre 2006.

5. L'intéressé allègue que ses problèmes de santé au niveau physique et psychique se sont aggravés depuis la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006.

a) Sur le plan physique, l'assuré souffre de douleurs dorsales ainsi que de troubles oculaires.

aa) S'agissant des atteintes dorsales, rien au dossier n'incite à croire que celles-ci se seraient aggravées de manière significative depuis la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006. Ainsi, dans son rapport du 15 juin 2009, le Dr Q._____ se réfère à des lombalgies chroniques et à un canal [lombaire] étroit opéré en 2005. Précédemment, dans son constat du 25 janvier 2006, ce praticien avait retenu des lombosciatalgies récidivantes sur discopathie étagée de L3 à S1 ainsi qu'un status après décompression d'une sténose foraminale et stabilisation d'une hernie discale L5 S1 pratiquées à la fin du mois de novembre 2005. Quant au Dr N._____, celui-ci avait fait état, dans son rapport du 4 mai 2006, d'un status après une intervention neurochirurgicale pratiquée le 29 novembre 2005, comprenant une décompression canalaire et

foraminale L5/S1, une discectomie bilatérale L5/S1 et la mise en place de cages intersomatiques avec greffes hétérogènes puis stabilisation postérieure par distracteur interépineux. Les pathologies indiquées par le Dr Q. _____ en date du 15 juin 2009 sont entièrement superposables à celles diagnostiquées en 2006, comme le relève le SMR dans son avis du 23 septembre 2009, retenant, après examen des pièces produites à l'appui de la nouvelle demande de prestations, qu'aucun élément objectif récent ne témoigne en faveur d'une aggravation des lombalgies et du canal lombaire étroit présentés par l'assuré. Pour le surplus, s'il est vrai que dans son avis du 2 février 2010, ce service se rapporte - en sus des atteintes précitées - à une arthrose facettaire postérieure ainsi qu'à une protrusion discale L4-S1, il reste que ces deux affections sont connues des autorités depuis 2006 (cf. let. B.b supra), de sorte qu'elles ne constituent pas un élément nouveau dans le cadre de la présente procédure.

bb) Sur le plan oculaire, il est constant que l'intéressé présente depuis l'enfance une abulbie de l'œil droit et un glaucome de l'œil gauche. A elles seules, ces affections ne sauraient être décisives dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où elles étaient déjà connues des autorités lors du prononcé du 9 octobre 2006 et qu'elles n'ont pas connu de modification notable depuis lors.

Cela étant, il appert que l'assuré souffre d'une cataracte de l'œil gauche depuis 2009, et qu'à teneur du rapport de la Dresse O. _____ du 28 juin 2010, l'acuité visuelle de cet œil est appelée à diminuer en fonction de la progression de la cataracte - éléments qui constituent manifestement des faits nouveaux postérieurs à la décision de refus du 9 octobre 2006.

b) L'intéressé présente un état anxio-dépressif chronique depuis 1999, ainsi qu'en attestent les rapports du Dr Q. _____ des 25 janvier 2006 et 15 juin 2009. L'examen des pièces versées au dossier ne révèle toutefois que peu d'indications sur ce sujet. Tout au plus apparaît-il que l'assuré a suivi un traitement psychiatrique en février 2000 en rapport avec ses douleurs lombaires, et qu'il prend des anti-dépresseurs depuis

cette période (cf. let. B.b et C supra; cf. rapport d'évaluation de l'OAI du 24 février 2010 p. 2 [réalisé au terme de l'entretien du 22 février 2010]). Pour le reste, le dossier ne contient pas d'informations supplémentaires concernant les troubles psychiques en question, dont on ignore l'intensité. Plus particulièrement, rien n'incite à croire que l'assuré aurait bénéficié d'un traitement psychiatrique depuis 2006, étant rappelé que jusqu'en automne 2009 à tout le moins, il n'était suivi que par le Dr Q._____, généraliste (cf. lettre du recourant du 15 octobre 2009, let. D supra). En tout état de cause, il n'apparaît pas que l'état anxio-dépressif présenté par l'assuré se soit dégradé depuis 2006 au point de devenir insurmontable et de ne pouvoir être surpassé par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part du recourant (cf. consid. 3b supra).

d) En ce qui concerne l'acouphène, les douleurs cervicales et les maux de têtes dont le recourant s'est plaint lors de l'entretien avec l'OAI en date du 22 février 2010 (cf. let. D.e supra), la Cour ne saurait s'attarder sur de tels troubles, dès lors qu'ils ne sont pas attestés par des rapports médicaux et que le recourant ne s'y est plus référé depuis lors.

e) Par ailleurs, si la Dresse P._____ a indiqué, dans des courriers des 18 novembre 2008, 7 mai 2009 et 22 octobre 2009, que le recourant n'était pas en mesure de travailler pour des raisons médicales, elle n'a toutefois pas spécifié la nature des motifs médicaux invoqués, pas plus qu'elle n'a indiqué les éléments concrets à la base de son appréciation. Dès lors, la Cour de céans ne saurait voir dans de telles allégations la preuve concrète d'une dégradation de l'état de santé du recourant - étant rappelé, du reste, que la Dresse P._____, en tant que médecin cantonal adjoint, se prononçait sur la possibilité pour l'assuré d'exercer le métier de cantonnier, et non pas sur la question de l'invalidité au sens de la LPGA.

f) En résumé, il appert qu'à l'exception de la cataracte de l'œil gauche apparue en 2009, l'état de santé du recourant n'a subi aucune modification notable depuis la décision de refus de prestations du 9 octobre 2006.

6. Cela étant, il reste à déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, élément décisif pour la détermination du degré d'invalidité et donc de la rente d'invalidité à laquelle il peut prétendre. Sur ce point, l'assuré se prévaut d'une incapacité de travail de 100% (cf. notamment réplique du 15 novembre 2010 p. 1). L'intimé estime, quant à lui, que l'assuré dispose il est vrai d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de cantonnier, mais qu'en revanche, cette capacité demeure complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (à savoir, une activité légère permettant l'alternance des positions, sans travail en flexion du torse, accroupi ou à genoux, sans marche en terrain inégal et sans travail en hauteur).

a) Aux termes de son rapport du 15 juin 2009, le Dr Q. _____ souligne que si les affections dorsales et psychiques de l'assuré sont incapacitantes, tel n'est en particulier pas le cas de la vision monoculaire présentée par celui-ci. Ce praticien retient en outre que l'intéressé ne peut plus travailler comme cantonnier, mais qu'il est à même d'exercer des activités légères permettant d'alterner les positions assise et debout, qu'il peut monter des escaliers, mais qu'il doit éviter de porter des charges supérieures à 5 kg.

Dans son rapport du 28 juin 2010, la Dresse O. _____ relève que la perte de l'œil droit ainsi que la cataracte de l'œil gauche affectant son patient constituent des troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail de celui-ci. Elle indique toutefois ne pas détenir d'informations concernant l'impact de ces pathologies sur les aptitudes professionnelles de l'assuré (cf. rapport du 28 juin 2010 ch. 1.7 p. 2), et mentionne uniquement que l'intéressé doit s'abstenir de monter sur une échelle ou un échafaudage dans le cadre de son travail.

Si les médecins précités ont émis des constats divergents en ce qui concerne la nature des atteintes influant sur la capacité de travail de l'assuré, ils s'accordent néanmoins pour retenir que l'intéressé est en

mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans aucune restriction quant au taux d'occupation. En particulier, si le rapport de la Dresse O._____ est certes concis, il n'en résulte pas moins clairement que, sur le plan ophtalmologique, l'assuré est pleinement apte à exercer un emploi pour autant qu'il s'agisse d'un poste n'impliquant pas de travail en hauteur. Aussi, il y a lieu d'accorder valeur probante à ces rapports médicaux, dès lors qu'ils répondent aux réquisits posés par la jurisprudence dans ce domaine (cf. consid. 3c supra) et que, même s'ils partent de postulats différents, ils n'en aboutissent pas moins à des conclusions similaires.

b) Ces conclusions sont corroborées par le SMR. Ainsi, dans un avis du 2 février 2010, ce service considère que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère permettant l'alternance des positions, ne comportant pas de travail en flexion du torse, accroupi ou à genoux, ni de marche en terrain inégal, ou de travail en hauteur. Dans un avis du 27 juillet 2010, le SMR expose que la perte de l'œil droit ne peut être considérée comme une atteinte incapacitante, et que si la baisse de la vision de l'œil gauche entraîne des limitations fonctionnelles dans des activités nécessitant une acuité parfaite (travaux de précision, mécanique fine, horlogerie, etc.), elle n'interfère pas avec l'exercice d'une activité adaptée, cela d'autant que l'acuité visuelle de l'œil gauche était déjà de 0,5 corrigé en 1974. Enfin, dans un avis du 6 octobre 2010, le SMR maintient que si l'activité habituelle de l'assuré n'est plus envisageable en raison des contraintes rachidiennes, un travail adapté à la fois aux problèmes de vue et à l'atteinte vertébrale demeure exigible à 100%.

c) Dans la mesure où les avis médicaux versés au dossier retiennent à l'unanimité une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, c'est à juste titre que l'OAI a fait sienne cette appréciation dans sa décision du 30 juillet 2010.

S'agissant plus particulièrement de la vision monoculaire du recourant, il faut considérer que celle-ci ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice d'une activité industrielle légère (cf. à cet égard TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010, concernant un assuré atteint de cécité, glaucome néo-vasculaire et décollement de la rétine de l'œil gauche). A ce propos, il est significatif de relever, à l'instar du SMR dans son avis du 27 juillet 2010, qu'en dépit d'une acuité visuelle de l'œil gauche de 0,5 corrigé en 1974 (cf. rapport du 28 octobre 1974 du Dr D._____, précédent ophtalmologue traitant du recourant, pièce figurant au dossier de l'intimé), l'assuré n'en a pas moins été en mesure, à cette époque, de diriger sa propre exploitation agricole. En tout état de cause, la vision monoculaire de l'assuré était déjà connue des autorités lors de la décision négative du 9 octobre 2006, de sorte que cet élément ne saurait être décisif à lui seul dans le cadre de la présente procédure (cf. consid. 5a/bb supra).

C'est le lieu de préciser, par surabondance, que selon la fiche de consultation du Dr I._____, du 28 mai 2010, deux raisons se sont jusqu'ici opposées à une opération de la cataracte : il s'est avéré, d'une part, qu'il y avait lieu d'attendre que l'acuité visuelle de l'assuré - de 0.6 (corrigé) - soit « *inférieure à 0.5 avant d'opérer* », et il est apparu, d'autre part, que le comptage endothélial était « *bas pour oser intervenir avec cette vision* ». Autrement dit, il n'est pas exclu que l'assuré puisse bénéficier à terme d'une intervention ophtalmochirurgicale, lorsque son acuité visuelle et son comptage endothélial auront atteint les niveaux requis. En l'état du dossier, la vision monoculaire de l'intéressé n'est donc pas destinée à suivre inéluctablement une évolution défavorable dont la seule issue serait la cécité, contrairement ce qu'il prétend dans sa réplique du 15 novembre 2010. Au demeurant, si d'aventure cette évolution devait effectivement s'avérer négative, il serait, cas échéant, loisible au recourant d'introduire auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations dûment étayée, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête.

Compte tenu de ce qui précède, l'on ne saurait abonder dans le sens du recourant, qui critique la position de l'intimé et se prévaut d'une incapacité de travail totale, sans fournir le moindre élément de preuve concret susceptible d'étayer ses dires. En particulier, c'est en vain que l'intéressé prétend, dans sa réplique du 15 novembre 2010, que le Dr Q._____ aurait émis un avis inchangé « *quant à [son] incapacité de travail à 100%* », à l'issue d'un entretien survenu le 12 novembre 2010. D'une part, l'assuré n'a pas attesté par pièce la teneur des propos imputés à son médecin traitant. D'autre part, une certaine circonspection s'impose, compte tenu du fait que le Dr Q._____, dans son rapport du 15 juin 2009, émet une opinion inverse, en retenant que l'intéressé est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée.

7 Par ailleurs, c'est en vain que le recourant conteste la fiabilité des avis médicaux du SMR, au motif qu'il n'a pas été examiné personnellement par ce service. En effet, contrairement à l'opinion de l'assuré, la question de la valeur probante des avis médicaux du SMR ne se pose pas dans le cas d'espèce, car ce n'est pas en fonction de l'appréciation de ce service que l'affaire a été jugée (ou qu'elle devrait l'être), mais bien sur la base des rapports des spécialistes qui l'ont examiné personnellement. L'avis du SMR constitue une synthèse des documents médicaux recueillis, sans véritable portée autonome pour l'instruction de la cause (cf. arrêt TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4). Ainsi, l'absence d'examen clinique réalisé par le SMR se justifie en raison du fait que ce service a repris les avis des médecins traitants, dont il rejoint l'essentiel des constatations (cf. à cet égard, l'avis du SMR du 2 février 2010, p. 2, dernier paragraphe).

8. Le recourant fait valoir que compte tenu de son âge et de son niveau de formation, il ne pourra pas se réinsérer sur le marché du travail.

a) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de cette assurance, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le

mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

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. 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 (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes

et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2; 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

b) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (cf. arrêt TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2, et, implicitement, l'arrêt TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2), il apparaît que le moment déterminant pour procéder à l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite n'a pas encore été fixé – moment de la naissance éventuelle du droit à la rente ou moment de la décision

litigieuse. En l'espèce, la Cour peut s'abstenir de prendre position sur cette problématique. En effet, que l'on se fonde sur l'âge du recourant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (près de 58 ans et 2 mois), ou sur son âge au moment de la décision litigieuse (58 ans et 10 mois), il demeure que l'assuré n'était pas suffisamment proche de l'âge donnant droit à une rente de vieillesse (65 ans révolus pour les hommes, cf. art. 21 al. 1 let. a LAVS [[loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]) pour que l'on doive considérer qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché équilibré (cf. pour un cas d'admission, l'arrêt TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence citée, concernant un assuré âgé de près de 60 ans au moment de la naissance du droit à la rente, et de 61 ans et 5 mois au moment de la décision litigieuse). Aussi, au vu également du contexte personnel et professionnel de l'intéressé, la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé paraît objectivement exigible.

En tout état de cause, c'est en vain que le recourant expose qu'il compte prendre sa retraite anticipée dès qu'il aura atteint l'âge de 62 ans, en septembre 2013 (cf. réplique du 15 novembre 2010). En effet, à teneur de la jurisprudence précitée, seul est décisif l'âge légal de la retraite, et non celui de la retraite anticipée.

9. 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, après avoir rappelé que l'intéressé s'était refusé à suivre des mesures d'orientation professionnelle. Le calcul de l'intimé - 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 34,17% qui en résulte (cf. let. F supra). Cela étant, si le taux d'invalidité du recourant est certes passé de 0%, au moment de la décision négative du 9 octobre 2006, à 34,17%, selon la décision attaquée rendue le 30 juillet 2010, il demeure que ce taux reste inférieur au seuil

prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

10. 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. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (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 30 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est 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 :

- Z. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :