

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Férolles et M. Gasser, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

E._____, à Lausanne, recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 17 et 44 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1950, ayant travaillé comme maçon et nettoyeur, a déposé le 21 mai 2008 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), en faisant état d'une tumeur cancéreuse à la gorge diagnostiquée en juillet 2007.

Dans son rapport médical du 4 juin 2008 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant depuis mars 1993, a indiqué comme diagnostics un "carcinome épidermoïde de la face linguale de l'épiglotte stade cT3, cN2c, cMo traité par chimio-radiothérapie depuis juillet 2007", des "lombo-sciatalgies gauches irradiant dans le membre inférieur gauche depuis une dizaine d'années, d'intensité variable", ainsi qu'une "hypertension artérielle essentielle". Comme symptômes actuels, le médecin indiquait la persistance d'une dysphagie en relation avec une muqueuse buccale légèrement sèche mais avec une bonne mobilité linguale, sans lésions au niveau de l'ancien site tumoral. Son patient se plaignait également d'une discrète dysphagie et de douleurs dorsales sous forme de sciatalgies gauches intermittentes. Il était actuellement suivi au niveau oncologique, sans traitement médicamenteux, ni radiothérapie. On extrait par ailleurs ce qui suit du rapport médical:

"1.6. Incapacité de travail?"

100% attestée, depuis le 13.06.2007 jusqu'à non déterminée.

1.7. Questions sur l'activité exercée à ce jour?

Attention extrême au port de charges lourdes, dans son ancien métier de maçon.

L'activité exercée est-elle encore exigible?

Oui à un degré qu'il reste à déterminer, certainement pas à 100%.

Le rendement est-il réduit?

Oui, surtout en relation avec les douleurs lombo-sacrée (sciatalgies gauches).

1.8. Réadaptation professionnelle

Quel effet ont ces mesures sur la capacité de travail?

On ne peut pas considérer une reprise du travail à 100% dans ce métier particulièrement physique.

1.9 Peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle?

Oui.

A partir de quelle date et à quel degré?

Situation à évaluer avec le service universitaire d'ORL en relation avec la sonde PEG encore en place".

Il ressort de l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré que celui-ci a réalisé les revenus suivants auprès de différents employeurs:

- en 2003: il a gagné 67'206 fr. auprès d'U._____, 2'508 fr. auprès de W._____, 10'291 fr. auprès d'Y._____, soit au total 80'005 fr. en 2003;
- en 2004: il a réalisé un revenu de 60'039 fr. auprès d'U._____, 2'653 fr. auprès de W._____ et 14'187 fr. auprès d'Y._____, soit au total 76'879 fr en 2004;
- en 2005: il a réalisé un revenu de 56'593 fr. auprès d'U._____, de 2'601 fr. auprès de W._____ et de 15'037 fr. auprès d'Y._____, soit au total 74'231 fr. en 2005;
- en 2006: il a gagné 6'446 fr. auprès d'U._____, 1'730 fr. auprès de W._____, 50'923 fr. auprès d'O._____, et 14'082 fr. auprès d'Y._____, soit au total 73'181 fr. en 2006.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 3 juillet 2008, complété par O._____, société de placement de personnel, l'assuré exerçait, avant son atteinte à la santé, l'activité de maçon B, pour un salaire horaire de 33 fr. 31 y compris les indemnités de vacances, de jours fériés et le 13^{ème} salaire, depuis le 1^{er} février 2006. L'horaire de travail était de 9 heures par jour et 45 heures par semaine. En particulier, faisaient partie de son travail le montage de murs, le coffrage et le décoffrage ainsi que le nettoyage des chantiers. L'activité impliquait souvent de marcher, rester debout, soulever des poids de 10 à 25 kg de 3 à 5 heures 30 par jours, ainsi que parfois de soulever ou porter des poids de moins de 10 kg ou de plus de 25 kg.

Dans son rapport médical du 22 juillet 2008, la Dresse P._____, médecin assistant au service d'oncologie [...], a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un carcinome épidermoïde de la face linguale de l'épiglotte depuis l'été 2007. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a indiqué une hypertension artérielle ainsi que de l'arthrose. Le traitement ambulatoire était toujours en cours, le dernier contrôle ayant eu lieu le 22 mai 2008. La radiochimiothérapie avait débuté en juillet 2007 et s'était terminée en octobre 2007. L'assuré se trouvait en rémission complète. Il était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} juillet 2007, pour une durée indéterminée. On pouvait cependant s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 30% à partir de septembre 2008, éventuellement dans le cadre d'une autre activité professionnelle. L'augmentation de la capacité de travail était possible, mais devait être réévaluée avec le médecin traitant en raison de l'arthrose de l'assuré. La Dresse P._____ a listé les limitations fonctionnelles suivantes, valables à partir de septembre 2008: pas d'activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, pas de rotation en position assise ou debout, ne pas soulever ou porter de poids, ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ne pas monter les escaliers, un maximum de 4 heures par jour pour des activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, travailler avec les bras au-dessus de la tête au maximum 30 minutes par jour. Elle a encore indiqué une capacité d'adaptation limitée, l'assuré parlant très mal le français, ainsi qu'une résistance limitée.

Y._____ a indiqué à l'OAI au moyen du questionnaire pour l'employeur du 25 juillet 2008 que l'assuré avait exercé pour son compte l'activité de nettoyeur de bureau depuis 1991 jusqu'en juillet 2007, à raison de 11 heures par semaine. Son salaire horaire était de 17 fr. 35, vacances comprises. Cette activité n'impliquait pas de soulever ou porter des charges, mais impliquait de rester debout à 100% et de marcher à 100%.

Dans son rapport médical du 12 septembre 2008, le Dr J._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, "status après radiochimiothérapie d'un carcinome épidermoïde de l'hypopharynx existant depuis juin 2007", "lombalgies chroniques" et "douleurs dans les membres inférieurs prédominant à gauche d'origine indéterminée". Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a signalé une hypertension artérielle traitée. Le Dr J._____ a expliqué que l'assuré se trouvait en arrêt de travail à 100% depuis le 13 juillet 2007, avec prévision d'arrêt de travail à 50% depuis le 1^{er} octobre 2008. L'évolution après le traitement de radio-chimiothérapie était favorable et il n'y avait pas de signe clinique de récurrence locale. Actuellement, le patient était surtout gêné par son problème de lombalgies chroniques et des douleurs dans ses membres inférieurs prédominant à gauche. Le pronostic était favorable concernant le résultat après traitement de radiochimiothérapie, mais réservé concernant le problème des lombalgies. D'un point de vue médical, l'activité était encore exigible à 50% et le rendement était réduit en raison des douleurs qui avaient une influence sur la posture de travail. On ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Comme limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué une limitation des activités accroupies, à genou, ainsi que du port de charges lourdes en raison des lombalgies et des douleurs des membres inférieurs gauche. Il a encore précisé que les activités uniquement en position assise ou debout pouvaient être effectuées à raison de 4 heures par jour, pas d'activités dans différentes positions, ni exercées principalement en marchant, ne pas se pencher, pas de position accroupie ou à genoux, possibilité de soulever ou porter avec une limite de 15 kg, de monter les escaliers, monter sur une échelle ou un échafaudage à 50%, rotation en position assise ou à genoux à raison de 4 heures par jour, travailler avec les bras au-dessus de la tête à raison de 2 heures par jour. La résistance était par ailleurs limitée. Il n'y avait pas de limitation des capacités de concentration, de compréhension ou d'adaptation.

Il ressort d'un rapport médical du 18 août 2008 du Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et angiologie, du

Service d'angiologie du Centre hospitalier N._____, adressé au Dr M._____, ce qui suit:

" Rappel anamnestique:

Monsieur E._____ est un patient de 58 ans, (...), que vous nous avez adressé pour un bilan artériel des gros vaisseaux. Il n'a jamais eu d'accident vasculaire cérébral. Il se plaint de douleurs précordiales à l'effort. Il mentionne également des lombalgies chroniques exacerbées lors des changements de position. Lorsqu'il marche en montée, il ressent des douleurs aux hanches prédominant à gauche et il a l'impression que sa jambe est "morte". Il doit s'arrêter et les symptômes cèdent rapidement en quelques minutes. Il est asymptomatique lorsqu'il marche à plat. Il ne pratique pas une activité physique régulière. Il a exercé le métier de maçon et il est actuellement à l'arrêt de travail. Une demande d'assurance-invalidité serait en cours.

(...)

Conclusion:

L'échodoppler précérébral que nous avons réalisé aujourd'hui montre une athéromatose des carrefours carotidiens avec présence d'une plaque asymptomatique d'environ 50% dans la portion proximale de l'artère carotide interne D. L'aorte abdominale est de diamètre normal. L'échodoppler montre également une athéromatose non significative des carrefours fémoraux. Les index de pression cheville/bras sont normaux ddc (sic) au repos.

Comme l'anamnèse est suspecte d'une claudication vasculaire prédominant à gauche, un test sur tapis roulant a été réalisé et Monsieur E._____ a pu parcourir 210 m. avant d'arrêter l'effort en raison d'une fatigue du mollet gauche et de douleurs lombo-fessières. Cet examen a permis d'exclure une origine vasculaire aux douleurs. Les symptômes pourraient être dus à une arthrose lombaire et une coxarthrose bilatérale prédominant à gauche".

Il ressort d'un rapport médical du 2 juillet 2008 du Dr [...], médecin assistant au service de radio-oncologie du Centre hospitalier N._____, adressé au Dr M._____, qu'à huit mois de la fin de la radiochimiothérapie, l'assuré était en bon état général et ne présentait aucun signe clinique de récurrence.

Le rapport de l'IRM lombaire du 9 octobre 2008 fait état d'une discarthrose modérée étagée sans argument pour une hernie discale. Il y avait également des éléments de canal lombaire étroit d'origine constitutionnelle et majoré par les remaniements dégénératifs.

Un certificat médical du 8 septembre 2008 de la Dresse [...] indique que l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail à 50% du 1^{er} octobre 2008 au 1^{er} janvier 2009.

Dans son rapport médical du 28 octobre 2008 au Dr M._____, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a expliqué ce qui suit:

"(...)

Pour ce qui est de mon domaine de spécialité, M. E._____ rapporte des douleurs lombaires, se prolongeant au niveau des membres inférieurs sur un trajet postérieur, algies survenant principalement à la marche et lors des relèvements d'une position assise. Il est limité après environ une quinzaine de marches en montée, ressentant comme l'impossibilité de passer une jambe devant l'autre au-delà de cette distance, devant récupérer quelques minutes puis à nouveau faire une nouvelle tranche de 15 m. Pour ce qui est de la marche à plat, il ressent là aussi des douleurs mais qui n'ont pas d'influence sur sa démarche. Il n'évoque aucune paresthésie associée, une certaine fatigabilité.

Ses symptômes sont apparus de manière plus significative à la suite de son problème ORL, se plaignant auparavant de douleurs essentiellement du membre inférieur gauche mais plutôt supportable, symptômes qui n'ont pas généré d'incapacité ou justifié de prise en charge médicale particulière.

Un examen vasculaire a été réalisé au service d'angiologie en août 2008, écartant une claudication vasculaire.

(...)

Appréciation du cas:

M. E._____ présente certains critères anamnestiques d'une éventuelle claudication neurogène ceci dans un contexte de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire. Par ailleurs, il ressort actuellement un examen clinique relativement rassurant, peu contributif quant à l'étiologie des symptômes, la mobilité tronculaire est complète et indolore, seule la palpation segmentaire retrouvant des douleurs médianes paramédianes bilatérales de la charnière lombosacrée avec des zones d'insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière. On retrouve par ailleurs une discrète limitation de la mobilité en rotation de la hanche gauche dans un contexte de coxarthrose bilatérale débutante.

Les radiographies de la colonne lombaire face et profil relevant la présence d'une diminution de l'espace intersomatique pluri-étagé lombaire haut de L1 à L4 avec remaniement des plateaux correspondants et ostéophytose antérolatérale.

A la recherche d'un éventuel phénomène de canal lombaire étroit constitutionnel majoré par les remaniements dégénératifs mais sans hernie discale focale visualisée.

L'éventualité d'une claudication neurogène reste donc envisageable, le rentissement radiculaire réel devant être étayé par un bilan neurologique avec EMG. Les traitements antalgiques habituels ou anti-inflammatoires n'ont malheureusement que peu d'influence sur ce type de douleurs, vous suggérant éventuellement de débiter un traitement de Neurontin, voire de Lyrica, médication reconnue pour ce type de symptomatologie mais malheureusement au prix d'effets secondaires souvent mal tolérés par les patients.

Par ailleurs les symptômes allégués par M. E. _____ dépassent, à mon sens, largement le cadre d'une problématique rhumatologique seule, considérant son parcours médical et professionnel et une demande AI en cours, cette problématique complexe intégrant plusieurs disciplines médicales mériterait à mon sens une expertise multidisciplinaire.

(...)"

Dans son rapport médical du 3 novembre 2008, le Dr M. _____ a résumé la situation en ce sens que sur le plan oncologique, l'évolution était stable, qu'elle l'était également au plan rhumatologique, l'IRM lombaire ayant mis en évidence des éléments d'un canal lombaire étroit d'origine constitutionnelle et majoré par des remaniements dégénératifs. Il proposait de "viser une incapacité de travail de l'ordre de 50%" et d'essayer de trouver une activité à effort léger avec alternance des stations debout et assise. Un retour à son ancien métier de maçon était strictement contre-indiqué et n'était pas une alternative envisageable.

Faisant suite à la proposition du Dr B. _____ d'effectuer un bilan neurologique complet avec EMG des membres inférieurs, en raison de la suspicion d'une claudication neurogène, l'assuré a été vu par le Dr V. _____, spécialiste en neurologie. On extrait ce qui suit du rapport médical de ce dernier médecin, daté du 20 novembre 2008:

"(...)

Synthèse et conclusion:

Ce maçon de 58 ans souffre depuis longtemps d'une lombosciatalgie gauche et c'est depuis la découverte d'un carcinome épidermoïde de l'épiglotte en juin 2007 où il a développé des douleurs dans les deux membres inférieurs. Depuis cette année, il y a une limitation de son périmètre de la marche, après environ 20 mètres en montée, il y a l'installation d'une douleur qui descend du bas du dos dans la surface postérieure de la cuisse et de la jambe des deux côtés associée à une sensation d'engourdissement et faiblesse dans les deux pieds. Dès que le patient reprend la position assise, il y a une diminution voire

disparition des symptômes. L'examen neurologique révèle une hyporéflexie au niveau des membres supérieurs et une aréflexie au niveau des achilléens, cela pourrait également être en relation avec son ancien étylisme. Il n'y a par contre pas de déficit moteur ou sensitif. La démarche s'effectue sans difficulté. Aussi le bilan électrophysiologique des membres inférieurs est dans la limite de la norme, je ne trouve pas d'anomalie de la conduction nerveuse contrairement à un ENMG effectué il y a trois ans, la myographie des myotomes L4, L5 et S1 droits ne démontre que quelques rares signes d'une activité spontanée dans le myotome L5 droit. Je pense que la présentation clinique est bien compatible avec la présence d'un canal lombaire étroit, très souvent il n'y a pas une nette anomalie à l'examen électrophysiologique.

Je vous propose donc de présenter le patient à un spécialiste expérimenté dans la chirurgie du rachis comme par exemple, le Dr [...] à l'Hôpital Orthopédique. Eventuellement on pourrait encore tenter des infiltrations lombaires.

(...)"

L'assuré a effectué un stage au centre ???, _____ de [...] du 12 au 30 janvier 2009. A l'issue du stage, le Directeur du centre ???, _____ a relevé, dans un rapport du 30 janvier 2009, que les activités nécessitant la rotation du tronc ou celles mettant à contribution le dos de l'assuré devaient être évitées. Les travaux qui exigeaient des mouvements répétés d'inclinaison engendraient des douleurs. Par ailleurs, le métier de concierge professionnel avec toutes les connaissances exigées pour gérer un bâtiment dans son ensemble (techniques entre autre) ne semblait pas abordable. Cela étant, une mise au courant pour des travaux légers de nettoyage devait pouvoir s'effectuer directement au sein d'une entreprise. Durant les trois semaines de stage, l'assuré avait été présent à 100% et avait fourni un rendement d'environ 50%, notamment en raison de ses difficultés de respiration.

Dans son rapport médical du 18 février 2009, le Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a retenu ce qui suit:

"Assuré de 59 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1983, qui travaille comme maçon et nettoyeur. En arrêt de travail depuis juillet 2007, suite à la découverte d'un carcinome épidermoïde de l'hypopharynx. Prise en charge par radio et chimiothérapie à visée curative. Pose d'une PEG (gastrostomie percutanée endoscopique) en juillet 2007. Traitement terminé en octobre 2007.

L'évolution au plan oncologique est favorable. La PEG a pu être enlevée mi-août 2008. L'assuré est en rémission clinique. Cette atteinte justifie l'incapacité de travail entre juillet 2007 et octobre 2008. Depuis lors, la capacité de travail sur le plan oncologique est à nouveau entière.

Outre l'atteinte oncologique, l'assuré présente des lombalgies sur canal lombaire étroit avec claudication neurogène. L'assuré a été vu par le Dr V._____, neurologue et par le Dr B._____, rhumatologue. Le status clinique est rassurant. Absence de déficit moteur ou sensitif, ENMG normale. L'IRM met en évidence un canal lombaire étroit, ainsi qu'une discarthrose pluri-étagée modérée.

En raison de l'atteinte dorsale, des limitations fonctionnelles doivent être retenues. L'activité de maçon ainsi que l'activité de nettoyeur ne sont pas adaptées à l'atteinte ostéoarticulaire de l'assuré.

Dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles, la capacité de travail reste entière".

L'assuré a ensuite bénéficié d'une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'un cours de formation auprès des établissements [...] (ci-après: [...]) à [...], du 16 mars au 12 avril 2009, en vue de l'orientation et de l'évaluation de ses capacités professionnelles. On extrait ce qui suit du rapport de stage du 21 avril 2009:

"Synthèse:

La mesure d'orientation professionnelle conclut que l'assuré, ancien maçon et nettoyeur, âgé de bientôt 59 ans, n'est plus clairement dans une démarche de reclassement professionnel "à mon âge, qui va me donner du travail, j'ai déjà essayé à 50%". En effet, M. E._____ montre une certaine ambivalence dans ses propos, tout en étant adéquat lorsqu'il dit qu'il envisage la retraite ou/et des prestations financières de l'AI ou/et une éventuelle activité professionnelle à mi-temps (il parle de nettoyage ou de conciergerie, alors que l'???._____ semblait avoir écarté cette option selon le dossier).

Dans ce contexte, une importante préoccupation de l'assuré (à laquelle nous ne pouvions répondre) était de savoir quels étaient ses droits, ceci afin de pouvoir opérer des choix en toute connaissance de cause. M. E._____ était également très préoccupé par sa santé (essentiellement les peurs en lien avec les incertitudes concernant l'évolution de son cancer de la gorge) tout en indiquant qu'il préférerait travailler que ne rien faire.

(...)

Capacités physiques (motricité)

(...)

M. E._____ met de la bonne volonté dans l'exécution des activités, connues ou non connues et ses finitions peuvent être correctes et proches des temps normaux.

Vu ses limitations fonctionnelles, constatées durant l'observation, les positions statiques longues (plus d'une heure) sont à éviter ainsi que partiellement le port de charges. Sa résistance pour la journée entière nous semble insuffisante.

Nous l'avons testé sur deux postes de type répétitif, semblables à ceux de l'APAIL. Les résultats sont mitigés: ils sont assez bons dans la gravure des plaquettes (chaque pièce est différente mais les étapes et les gestes sont les mêmes), avec une production de qualité commerciale, et faibles dans le montage sériel (toutes les pièces sont identiques). Il faut dire que son tonus peut être très différent d'un jour à l'autre.

Compétences relevées

Très bon niveau d'attention ponctuelle, capacité d'organisation, proactif, bonne maîtrise, rapidité dans les prises de décision, bonne vision en deux dimensions.

Aptitudes à la formation

M. E. _____ peut suivre une formation pratique en entreprise, sans éléments théoriques.

Cibles professionnelles

- Agent de maintenance (bureaux, EMS, grands ensembles, hôpital), aide concierge. Les activités doivent être légères.
- Contrôle visuel de qualité à la production (il a un très bon niveau d'attention, même s'il est parfois affecté par ses constantes préoccupations sur sa santé, et il a un assez bon sens de la vision 2D).

M. E. _____ reste centré sur ses difficultés et problèmes de santé. Il nous dit accepter l'éventualité de travailler mais pas à plus de 50%. Il envisage volontiers un emploi dans le nettoyage ou la conciergerie mais avec des restrictions, par exemple au niveau des déplacements.

(...)"

Par rapport du 1^{er} mai 2009 adressé à l'OAI, le Dr M. _____ a indiqué que les symptômes actuels étaient les suivants: dorso-lombalgies chroniques, douleurs au niveau des deux membres inférieurs, céphalées récidivantes et surtout à l'effort, sécheresse buccale avec hyposialie, hypoacousies manifestes plus prononcées à gauche qu'à droite, épigastralgies récidivantes. Le médecin a synthétisé la situation de la manière suivante :

"Evolution de la pathologie:

Le carcinome de l'épiglotte qui a bénéficié d'une radio-chimiothérapie se trouve actuellement en rémission depuis fin 2007.

Retentissement sur l'état de santé: Sécheresse de la bouche très gênante avec hyposialie accentuée par une bronchite chronique de l'ancien tabagisme.

Déficits fonctionnels: douleurs des membres inférieurs plus à gauche qu'à droite sur troubles dégénératifs de la colonne dorso-lombo-sacrée et sur un canal étroit congénital et acquis.

Par rapport à l'examen pratiqué il y a six mois: la situation s'est détériorée. L'assuré demeure capable d'exercer de façon irrégulière l'activité suivante: travaux légers".

Par communication du 19 mai 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui octroyait une mesure professionnelle au sens de l'art. 17 LAI, sous la forme d'un réentraînement au travail et d'une préformation au travail industriel, notamment dans le domaine du contrôle de production, du 20 mai au 21 juin 2009. La mesure serait exécutée au sein de l'entreprise [...] à [...], l'agent d'exécution de la mesure étant les [...] à [...]. Selon la communication du 8 juin 2009, la mesure a été prolongée du 22 juin au 26 juin 2009.

Par projet d'acceptation de rente du 12 juin 2009, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait le droit à une rente entière d'invalidité du 13 juillet 2008 au 31 décembre 2008. L'OAI s'est basé sur les constatations suivantes:

"

- Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de maçon chez O. _____ depuis le 01.02.2006 et vous avez notamment une activité accessoire, en qualité de nettoyeur chez Y. _____ dès le 01.08.1991.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le SMR.
- Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence (...), le 13 juillet 2008, votre incapacité de travail est complète dans toute activité.
- Suite à une amélioration de l'état de santé, nous constatons que des mesures professionnelles sont indiquées.
- En effet, depuis le mois d'octobre 2008, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée. A ce sujet, vous bénéficiez actuellement des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité.
- Au vu de ce qui précède, vous avez droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 13 juillet 2008 jusqu'au 31 décembre 2008 (après trois mois d'amélioration de l'état de santé), sous déduction des indemnités journalières versées".

Il ressort du rapport de l'OAI du 29 juin 2009 que durant son stage en entreprise du 20 mai au 26 juin 2009, l'assuré avait principalement travaillé comme ouvrier à l'établi. Une formation dans le contrôle de qualité à la production avait été discutée, mais le stage avait montré qu'il ne disposait pas des ressources suffisantes pour suivre une telle formation. Au terme de la mesure, il était apte à travailler comme ouvrier à l'établi. L'assuré avait constaté que cette activité lui permettait d'alterner les positions et ne nécessitait pas le port de charges lourdes. Son rendement était fluctuant mais proche de la norme dans l'ensemble et l'assuré disait être à l'aise dans cette fonction. L'employeur qui l'avait accueilli en stage n'avait pas de poste de travail à proposer à l'assuré, de sorte qu'il convenait de l'accompagner dans ses recherches d'emploi. Par ailleurs, l'OAI avait pris en considération, pour calculer le revenu d'invalidé, le montant de 52'181 fr. selon les données découlant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS); le revenu sans invalidité était quant à lui de 71'167 fr. Ainsi, le taux d'invalidité était de 27%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

Par communication du 6 juillet 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'au terme de la mesure professionnelle, il était apte à travailler comme ouvrier à l'établi et que cette activité était adaptée car elle lui permettait d'alterner les positions et ne nécessitait pas le port de charges lourdes. La réadaptation professionnelle était achevée et il était en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à la rente, son taux d'invalidité étant de 27%.

Par une seconde communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait le droit à une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 1^{er} septembre 2009, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008, fondée sur les mêmes motifs que ceux contenus dans le projet d'acceptation du 12 juin 2009. Cette décision est entrée en force.

Il ressort du rapport final du 15 juin 2010 relatif à la mesure d'aide au placement accordée à l'assuré le 6 juillet 2009, ainsi que du courrier du même jour adressé à l'assuré, que l'OAI a mis fin à celle-ci, au motif que l'assuré avait repris son activité de maçon auprès d'U._____, depuis le 1^{er} juin 2010, par l'intermédiaire d'une agence de placement. Même si cette activité n'était pas recommandée, l'OAI respectait le choix de l'assuré.

B. Le 31 mai 2011, la Dresse D._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a adressé à l'OAI un rapport médical qui a la teneur suivante:

"M. E._____ présente, outre les douleurs invalidantes liées au canal lombaire étroit connu, des douleurs au niveau des membres inférieurs attribuées à une insuffisance artérielle. Actuellement, il doit marcher lentement, sur des distances sinon courtes, et peine à se relever lorsqu'il est accroupi (cf. rapport en annexe).

M. E._____ a dû se résoudre en 2009 à reprendre une activité sur les chantiers essentiellement, en tant qu'intérimaire, n'étant qualifié dans aucun autre domaine. A l'heure actuelle, il n'obtient plus de mandat, vraisemblablement car ses aptitudes et rendements sont trop limités.

Je souligne que l'initiative d'une réouverture du dossier AI de M. E._____ vient de moi, alors que je l'ai revu en consultation le 27.05.2011. Il m'est apparu clairement qu'il n'était plus apte, toutes atteintes à sa santé confondues, à exercer une activité professionnelle, si ce n'est très légère, avec des limitations et critères définis à respecter".

Etait joint à l'envoi de la Dresse D._____ un rapport médical du 7 mars 2011 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne et angiologie, rédigé notamment en ces termes:

"Ce patient de 60 ans qui cumule plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires, se plaint de douleurs dans les jambes à la marche latéralisées du côté gauche évoluant depuis 2005 environ et survenues sur un fond de lombalgies chroniques. Il décrit actuellement clairement que les douleurs dans le mollet gauche à la marche le gênent surtout lorsqu'il marche en montée et nettement moins à plat et pas du tout en descente. Il décrit aussi des douleurs dans les fesses qui paraissent provenir du bas du dos. A l'anamnèse par systèmes, il souffre d'une dyspnée en montée avec peut-être aussi une légère oppression thoracique, il souffre de quelques troubles de déglutition et d'une sécheresse de la muqueuse buccale (...).

(...)

Conclusions et propositions:

Le bilan artériel effectué chez votre patient a permis de clarifier l'origine des douleurs des membres inférieurs. Il souffre en effet d'une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche avec une occlusion de l'artère fémorale superficielle qui explique les douleurs dans le mollet à la marche en montée. Les autres localisations douloureuses touchant le bas du dos et les fesses proviennent d'un syndrome lombaire chronique qui s'est développé progressivement à la suite de son ancienne profession de maçon. Il y a certainement des troubles dégénératifs à ce niveau. Etant donné qu'il n'est pas invalidé dans la vie de tous les jours par sa claudication artérielle, je pense qu'il faut rester conservateur pour le moment. Je lui ai suggéré de marcher le plus régulièrement possible pour entretenir son capital artériel en poursuivant ses différents médicaments qui me paraissent bien adaptés pour ses facteurs de risque".

La Dresse D. _____ a également transmis à l'OAI un rapport d'examen du 6 juin 2011 du Dr X. _____, spécialiste en radiologie, faisant état d'une coxarthrose gauche avancée. Il était précisé ce qui suit dans le rapport de radiologie:

"(...)

Description:

Coxarthrose gauche avancée, avec pincement du fond du cotyle et polaire inférieur, surtout, sclérose du toit du cotyle, ostéophytose du sourcil et surtout grossière ostéophytose en collerette autour de la tête fémorale; intégrité de la ligne innominée, de la structure osseuse, des branches ilio et ischio-pubiennes, de l'hémibassin gauche, périostose des crêtes iliaques. Calcifications artérielles (...)"

L'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations le 20 juin 2011 en mentionnant comme atteintes à la santé un canal lombaire étroit, une insuffisance artérielle des membres inférieurs, une coxarthrose gauche avancée et un ulcère duodéal. Par lettre du 29 juin 2011, il a en outre demandé à l'OAI une réévaluation de son droit à des prestations.

Par avis médical du 4 juillet 2011, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie, du SMR, a indiqué ce qui suit:

"Cette 2^{ème} demande à l'initiative de la Dresse D. _____ est motivée par une insuffisance artérielle des membres inférieurs, obligeant l'assuré à marcher lentement sur des distances courtes.

Il ressort très clairement de l'examen angiologique du Dr T. _____ que l'assuré présente une occlusion de l'artère fémorale superficielle gauche à l'origine d'une claudication intermittente du mollet survenant à la marche en montée, et plus rarement à plat. Le Dr T. _____ n'a pas fait de test de marche, mais il précise que l'assuré n'est pas invalidé dans la vie de tous les jours, de sorte qu'un traitement conservateur est privilégié.

Dans ces conditions, même si l'atteinte artérielle n'est devenue symptomatique que récemment, elle n'entraîne pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Les douleurs n'apparaissent qu'à la marche en montée (plus rarement à plat), après une distance dépassant largement ce qui est exigé d'un ouvrier à l'établi.

La Dresse D. _____ indique que l'assuré a repris une activité sur les chantiers, ce qui n'est absolument pas adapté à son état de santé.

Dans ces conditions il n'y a pas lieu de modifier notre position".

Par projet de décision du 7 juillet 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, au motif que l'état de santé de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer sa capacité de travail. Celle-ci était toujours entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 15 juillet 2011, l'assuré s'est opposé au projet de décision et a requis un entretien avec l'OAI.

Par courrier du 20 juillet 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il devait fournir des éléments médicaux à l'appui de sa contestation, pour qu'elle ait une chance d'aboutir.

Par courrier du 26 juillet 2011, l'assuré a complété son opposition en précisant qu'il avait eu un cancer de la gorge en 2007 et que le traitement avait eu pour effet qu'il avait l'œsophage brûlé et qu'il supportait depuis lors les diverses séquelles dues au traitement du cancer. Il souffrait par ailleurs de douleurs dorsales et dans les jambes l'empêchant de se mouvoir correctement. Il devait d'ailleurs subir le 2 août 2011 une opération de la hanche gauche, avec pose d'une prothèse. Il

présentait en outre régulièrement des vertiges qui l'avaient déjà fait chuter et ses douleurs ne faisaient que s'intensifier et se propager à d'autres régions de son corps.

Il ressort d'une communication interne du 10 août 2011 de l'OAI les éléments suivants:

"Téléphone avec la Dresse D. _____ :

M'informe que l'assuré est actuellement hospitalisé pour la mise en place d'une prothèse de la hanche. Il faut compter environ trois mois de rééducation.

Est étonnée que l'avis du SMR du 4 juillet 2011 mentionne uniquement le problème d'insuffisance artérielle des MI et pas le canal lombaire étroit ni le problème de hanche. En effet des limitations fonctionnelles supplémentaires sont à prendre en considération, la Dresse D. _____ estime par exemple que l'assuré ne pourra plus travailler debout, même à l'établi.

Je lui explique le rôle du SMR (détermination CT et LF), des conseillers en réadaptation professionnelle et des gestionnaires ainsi que le contexte de loi à laquelle nous sommes soumis.

Au vu du dossier et des éléments amenés par la Dresse D. _____, nous convenons d'annuler notre projet du 7 juillet 2011, de resoumettre le cas au SMR afin que tous les problèmes médicaux soient pris en compte et d'octroyer l'aide au placement à l'assuré puisque ce dernier désire avant tout travailler. En effet, il a droit à sa retraite anticipée dans une année et demi seulement à cause des incapacités de travail qu'il a présenté lors de son cancer en 2007".

Par courrier du 10 août 2011, l'OAI a informé l'assuré que le projet de décision du 7 juillet 2011 était annulé et que l'instruction de son dossier allait être poursuivie.

Par avis médical du 17 août 2011, le Dr C. _____ du SMR a précisé que comme il s'agissait d'une deuxième demande, il ne lui était pas paru utile de mentionner l'atteinte rachidienne dont il avait déjà été tenu compte dans le rapport SMR du 18 février 2009, ni de la légère coxarthrose gauche relevée par le Dr B. _____ en 2008. On extrait par ailleurs ce qui suit de son rapport médical:

"C'est la raison pour laquelle je n'ai parlé que de l'atteinte nouvelle motivant la 2^{ème} demande. Comme je l'ai précisé, cette atteinte vasculaire n'entraîne pas de nouvelle limitation fonctionnelle, de telle sorte que l'on peut répondre comme suit à vos questions:

- Capacité de travail dans l'activité habituelle: 0% comme indiqué dans le rapport SMR du 18.02.2009
- Capacité de travail dans une activité adaptée: 100% comme indiqué dans le rapport SMR du 18.02.2009
- Limitations fonctionnelles à prendre en considération: travaux lourds, port de charges régulier > 12 kg, porte-à-faux, mouvements répétés d'inclinaison/rotation du tronc, station debout prolongée, possibilité d'alterner la position debout avec la position assise (mieux supportée), montée/descente d'escalier, travail sur machines vibrantes (comme indiqué dans le rapport SMR du 18.02.2009). A quoi on peut ajouter des marches à la montée".

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 4 octobre 2011, par lequel il a nié le droit à la rente. Il a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées par le SMR. Une activité dans le domaine industriel, dans lequel l'assuré avait déjà bénéficié de mesures de reclassement, était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité était de 26.7% - compte tenu d'un revenu sans invalidité de 71'167 fr. et d'un revenu avec invalidité de 52'181 fr. (avec un abattement de 15%) - ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. S'agissant des motifs, l'OAI a retenu ce qui suit:

"(...)

Résultat de nos constatations:

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

(...) nous constatons que vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans votre activité habituelle de maçon. Toutefois, votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes: travaux lourds, port de charge régulier supérieur à 12 kg, porte-à-faux, mouvements répétés d'inclinaison/rotation du tronc, station debout prolongée, possibilité d'alterner la position debout avec la position assise, montées/descentes d'escaliers, travail sur machines vibrantes, marches à la montée.

Dans ces conditions, force est de constater qu'une activité dans le domaine du travail industriel, domaine dans lequel vous avez été reclassé par nos soins, est adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933.11 fr. ($4'732 \times 41.7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+1.6% en 2007 et + 2.07% en 2008; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 61'389 fr. 47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174, consid. 4a).

(...)

Compte tenu de votre âge et de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalide est justifié.

Le revenu d'invalide s'élève ainsi à CHF 52'181 fr. 05.

Sans invalidité, dans votre activité habituelle, vous auriez pu prétendre, en 2008, à un revenu annuel de 71'167 fr.

Comparaison des revenus:

Sans invalidité CHF 71'167

Avec invalidité CHF 52'181.05

Perte de gain CHF 18'985.95 = un degré d'invalidité de 26.7%

(...)

La demande est rejetée".

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient octroyés.

Par courrier du 15 décembre 2011, l'assuré, représenté par DAS, Protection juridique, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision du 4 octobre 2011. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, au vu des nombreuses atteintes à la santé

dont il souffrait et afin que sa capacité de travail soit analysée de manière globale.

Le 16 février 2012, le Dr C. _____ du SMR a rédigé un avis médical à la teneur suivante:

"Se fondant sur la coexistence de pathologies multiples, Me [...], avocate de la DAS, sollicite la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Ses arguments sont cités ci-dessous:

1. M. E. _____ a eu un cancer de la gorge en 2007 avec les traitements de radiothérapie et de chimiothérapie: cette atteinte a été prise en compte par le SMR dans son rapport du 18 février 2009. Il est rappelé que l'évolution oncologique a été favorable. Le traitement radio et chimiothérapeutique s'est terminé en octobre 2007. La sonde de gastrostomie percutanée d'alimentation a été retirée en août 2008. A ce jour, l'assuré est considéré en rémission de son atteinte cancéreuse. D'un strict point de vue oncologique, la capacité de travail est entière (rapport du Dr J. _____, expert OLR, 12.09.2008).

2. Il a eu l'œsophage brûlé: les séquelles du traitement oncologique sont une xérostomie (bouche sèche), une dysgueusie (altération du goût) et une salive épaisse. L'assuré peut manger de tout sansodynodysohagie (difficultés à avaler).

3. Il souffre de douleurs dorsales: M. E. _____ présente une discarthrose étagée modérée et des éléments de canal lombaire étroit constitutionnel documentés par une IRM d'octobre 2008. Le rapport SMR du 18.2.2009 mentionne cette atteinte et en tient compte avec une description précise des limitations fonctionnelles qu'elle entraîne. C'est la pathologie rachidienne qui a été tenue pour responsable de l'incapacité de travail totale dans l'activité de maçon et de nettoyeur.

4. Et de douleurs dans les jambes: les douleurs dans les jambes sont dues à une insuffisance artérielle des membres inférieurs obligeant l'assuré à marcher lentement sur des distances courtes. Cet aspect a été investigué dans les règles de l'art par le Dr T. _____, spécialiste en angiologie, qui a diagnostiqué une occlusion de l'artère fémorale superficielle gauche à l'origine d'une claudication intermittente survenant à la marche à la montée, et plus rarement à plat. Le spécialiste précise que l'assuré n'est pas invalidé dans sa vie de tous les jours, de sorte qu'un traitement conservateur est privilégié. Comme je l'ai dit dans mon avis du 17.08.2011, cette atteinte ne diminue pas la capacité de travail dans une activité adaptée, mais introduit une nouvelle limitation fonctionnelle (marche à la montée).

5. Il doit subir une intervention pour la pose d'une prothèse de la hanche gauche: s'agissant d'un évènement à venir, on ne peut pas préjuger de son effet à long terme sur la capacité de travail. Il conviendra de revoir la situation le moment venu.

6. Il a des vertiges suffisamment importants pour qu'il chute: ces vertiges ne sont mentionnés dans aucun des documents médicaux à disposition.

En résumé, nous disons que tous les éléments (à l'exception des vertiges) cités par Me [...] ont été correctement investigués. Les limitations fonctionnelles y relatives ont été prises en compte dans notre évaluation de l'exigibilité. Une expertise ne se justifie pas à nos yeux".

Par décision du 20 février 2012, l'OAI a nié le droit à la rente, pour les mêmes motifs que ceux contenus dans le projet du 4 octobre 2011. L'OAI a par ailleurs complété la motivation par courrier séparé, précisant que selon l'avis du SMR, tous les éléments cités dans la contestation du 15 décembre 2011 avaient été correctement investigués, les limitations fonctionnelles y relatives avaient été prises en compte et qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. La contestation n'apportait donc aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la position de l'OAI, l'instruction étant complète aux plans médical et économique.

C. Par acte du 26 mars 2012, E._____, représenté par DAS protection juridique, a recouru contre la décision du 20 février 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et très subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mesures d'instruction complémentaire. En substance, il fait valoir que l'OAI a violé les dispositions légales relatives au calcul du taux d'invalidité, contestant les revenus avec et sans invalidité et en déduisant qu'il présente, après comparaison des revenus, un degré d'invalidité de 53.1%, lui ouvrant le droit à une demi-rente. Dans un autre moyen, il se plaint d'un défaut d'instruction. A cet égard, il explique que dans la mesure où sa coxarthrose s'est aggravée, le SMR ne pouvait pas, dans son avis médical du 16 février 2012, se référer au rapport médical du Dr B._____ du 28 octobre 2008. Il soutient également que le fait que les vertiges n'aient été mentionnés dans aucun rapport médical, aurait dû conduire l'OAI non pas à les exclure, mais à demander des rapports médicaux supplémentaires, requérant dès lors la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire ou

le renvoi de la cause à l'intimé pour mesures d'instruction complémentaires.

Dans sa réponse du 15 mai 2012, l'OAI a renvoyé, s'agissant du calcul du revenu sans invalidité, à un nouveau calcul, établissant un montant de 76'457 fr. brut, correspondant à l'addition des revenus suivants:

- un montant de 62'022 fr. pour l'activité mentionnée dans le questionnaire de l'employeur du 3 juillet 2008 complété par O._____, selon le calcul suivant: 26.55 fr. brut par heure x 41.5 heures (horaire hebdomadaire moyen) x 4.33 (nombre de semaines par mois) x 13;
- un montant de 14'435 fr. correspondant à la moyenne des revenus réalisés annuellement auprès d'Y._____ SA entre 2004 et 2006.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a confirmé que selon lui, il convenait de se référer aux données statistiques résultant de l'ESS. Il a en outre renvoyé à l'avis médical du SMR du 16 février 2012.

Dans sa réplique du 21 juin 2012, le recourant fait valoir que le revenu sans invalidité s'élève à 85'830 fr., compte tenu d'un montant de 14'435 fr. pour l'activité accessoire et de 71'395 fr. pour l'activité de maçon. A cet égard, il explique que l'OAI s'est écarté du mode de rémunération indiqué par l'employeur, soit un salaire horaire de 33 fr. 31 y compris les vacances, le 13^{ème} salaire et les jours fériés, l'horaire de travail hebdomadaire étant de 45 heures par semaine, alors que l'OAI n'en compte que 41.5. S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant fait valoir qu'il convient de retenir un revenu annuel de 44'850 (3'450 x 13), selon les indications données par [...]. Le taux d'invalidité s'élève donc à 55.58%, selon lui.

Dans sa duplique du 9 juillet 2012, l'OAI a maintenu sa position.

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'assurance-invalidité 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). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à la santé qu'il présente et ses conséquences sur la capacité de travail ont subi un changement important et si le taux d'invalidité fondant le droit à la prestation a subi une modification notable. Le recourant critique en outre les deux termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé pour évaluer l'invalidité.

3. a) Lorsque comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et

vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 (ATF 130 V 71). Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

b) Selon 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, 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 pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2; ATF 114 V 310, consid. 3c; ATF 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (cf. art. 43 LPGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. (VSI 1994 p. 220, consid. 4a). Toutefois, le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ainsi que le prévoit expressément l'art. 61 let. c LPGA pour la procédure devant le tribunal des assurances). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les risques de l'absence de preuve (ATF 125 V 195, consid. 2 et les références; TF I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 5.1).

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'OAI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si l'OAI estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007).

d) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 125 V 351, consid. 3a; ATF 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation,

sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. a) En l'espèce, s'agissant d'une nouvelle demande de rente, il convient d'examiner si un changement important de circonstances s'est produit - en particulier une modification sensible de l'état de santé du recourant - en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2009 et les circonstances régnant à l'époque de la décision administrative litigieuse du 20 février 2012 (cf. supra consid. 3a).

b) La rente limitée dans le temps octroyée au recourant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008 était fondée sur l'incapacité totale de travailler qu'il a présentée en raison de son cancer de la gorge et du traitement et la convalescence qu'il a engendrés. Par ailleurs, il présentait des lombalgies chroniques avec des douleurs dans les membres inférieurs prédominant à gauche. L'instruction menée à l'époque de la décision de 2009 a révélé que ces dernières atteintes entraînaient certes des limitations fonctionnelles et, en particulier, que les activités de maçon et de nettoyeur n'était plus adaptées à l'état de santé du recourant; cependant, dans une activité adaptée respectant ces limitations, il a été considéré que sa capacité de travail était entière, à partir du mois d'octobre 2008, soit depuis la fin de l'incapacité de travail liée au cancer.

De l'instruction faisant suite à la nouvelle demande de rente, déposée le 20 juin 2011, il ressort que le recourant présente actuellement des lombalgies liées à un canal lombaire étroit ainsi que des douleurs dans les membres inférieurs, surtout du côté gauche. Le recourant présente également une coxarthrose gauche avancée et aurait subi une opération de la hanche gauche en août 2011, visant la pose d'une prothèse. Le recourant a encore rappelé qu'il avait eu un cancer de la gorge en 2007,

expliqué qu'il avait eu "l'oesophage brûlé" et qu'il avait régulièrement des vertiges.

En ce qui concerne les lombalgies, il y a lieu de constater que l'état de santé du recourant n'a pas subi de modification notable entre les deux périodes de référence. En effet dans son rapport médical du 31 mai 2011, la Dresse D._____ ne mentionne pas d'aggravation particulière à cet égard, mais se réfère à des douleurs invalidantes "liées au canal lombaire étroit connu". Dès lors, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail qui ont été posées dans le cadre de l'instruction de la première demande de rente restent d'actualité.

Quant aux douleurs que présente E._____ dans les membres inférieurs prédominant du côté gauche - douleurs qui elles aussi étaient déjà présentes à l'époque de la première décision -, si leur origine a pu être clarifiée par les investigations du Dr T._____, à savoir qu'elles sont dues à une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche, il faut constater qu'elles n'influencent pas non plus la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée de manière fondamentalement différente de ce qui prévalait à l'époque de la première décision. En effet, ce spécialiste relève que "les douleurs dans le mollet gauche à la marche gênent [le recourant] surtout lorsqu'il marche en montée et nettement moins à plat et pas du tout en descente" mais qu'il "n'est pas invalidé dans sa vie de tous les jours par sa claudication artérielle" et qu'il lui est recommandé "de marcher le plus régulièrement possible pour entretenir son capital artériel en poursuivant ses différents médicaments". Dans ces conditions, il faut retenir, à l'instar du SMR dans son avis médical du 16 février 2012, que cette atteinte introduit certes une nouvelle limitation fonctionnelle, soit d'éviter une activité qui implique de la marche en montée, mais reste largement compatible avec l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite à l'époque de la première décision.

Le recourant a également rappelé, suite au projet de décision du 7 juillet 2011, qu'il avait eu un cancer de la gorge en 2007, qu'il avait

depuis l'œsophage brûlé et qu'il supportait depuis lors diverses séquelles dues au traitement du cancer. Sur ce point, il faut relever que le recourant n'a pas apporté d'élément médical rendant plausible une aggravation de son état de santé, telle une rechute ou une nouvelle séquelle liée au cancer, et qui aurait justifié que l'OAI instruisse plus avant sur ce point. Ainsi, il y a lieu de retenir, comme le SMR, que d'un strict point de vue oncologique, et malgré les séquelles du cancer qui ont été reconnues dans le cadre de la première décision, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est toujours entière.

Quant aux vertiges auxquels le recourant fait référence, ce dernier n'apportant aucune pièce médicale rendant plausible leur existence, l'OAI a à juste titre renoncé à instruire plus avant sur ce point.

Cependant, en ce qui concerne la coxarthrose du recourant, on ne saurait suivre l'avis du Dr C. _____ du SMR du 16 février 2012, qui considère que la situation au plan médical a été correctement investiguée dans le cadre de la nouvelle demande de rente. En effet, alors que dans son rapport médical du 28 octobre 2008, le Dr B. _____ avait signalé l'existence d'une "discrète limitation de la mobilité de la rotation de la hanche gauche dans un contexte de coxarthrose bilatérale débutante", l'examen de radiologie effectué par le Dr X. _____ en juin 2011 atteste de l'existence d'une coxarthrose gauche avancée. Le recourant, ainsi que la Dresse D. _____, ont d'ailleurs signalé en cours d'instruction qu'une opération de la hanche visant la pose d'une prothèse allait être réalisée, élément que le SMR a souligné, sans toutefois juger nécessaire de procéder à un examen clinique du recourant ou de requérir plus d'informations à cet égard. Au vu de ces éléments, il faut retenir qu'une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer sa capacité de travail et donc une éventuelle modification du taux d'invalidité, est suffisamment vraisemblable pour qu'il soit nécessaire d'instruire plus avant sur cette question, en particulier en examinant l'incidence de la coxarthrose gauche sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, si les autres pathologies sus-décrites que ce dernier présente (en particulier les lombalgies et les douleurs dans les

membres inférieurs prédominant à gauche) ne se sont, vraisemblablement, pas fondamentalement modifiées depuis l'époque de la décision de septembre 2009, l'instruction complémentaire visant à déterminer sa capacité de travail actuelle ne manquera pas de tenir compte de son état de santé dans sa globalité, au vu de l'ensemble des atteintes dont il souffre et pour tenir compte d'éventuelles interactions entre celles-ci.

5. Reste à examiner sous quelle forme la mesure d'instruction complémentaire interviendra.

a) Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent en principe au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés. Il peut soit renvoyer la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à l'instruction complémentaire, par exemple en ordonnant une expertise judiciaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va différemment lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, l'OAI a soumis au SMR les rapports médicaux transmis par la Dresse D._____, en particulier l'examen radiologique indiquant la présence de la coxarthrose gauche avancée du recourant. Or le SMR ne s'est prononcé ni sur l'évolution de la coxarthrose (se limitant à mentionner l'intervention chirurgicale), ni n'a jugé utile de convoquer le recourant pour un examen clinique. Par la suite, l'OAI n'a pas non plus jugé important d'éclaircir ce point. Dans ces conditions, on doit considérer que l'OAI a constaté les faits de façon sommaire, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour complément d'instruction en la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. L'expertise comportera à tout le moins un volet rhumatologique et ne manquera pas de tenir compte de l'état de santé du recourant dans sa globalité (cf. supra consid. 4b in fine, p. 28).

6. On relèvera encore qu'il est à ce stade prématuré de se prononcer sur les aspects économiques du droit à la rente, en particulier sur la comparaison des revenus à laquelle l'intimé a procédé, étant donné le renvoi de la cause. On soulignera néanmoins, qu'il y aura lieu, le cas échéant, de tenir compte de l'âge du recourant dans le cadre de la comparaison des revenus.

7. Vu ce qui précède le recours doit être admis et la décision du 20 février 2012 rendue par l'OAI annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

Des frais judiciaires, à hauteur de 400 fr. sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, le recourant qui est assisté d'un mandataire professionnel a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et

art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'800 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Des frais judiciaires à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera 1'800 fr. (mille huit cents francs) à E. _____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour E. _____),
- 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 :