

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 novembre 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Dessaux, et Mme Rossier, assesseur  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Crissier, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 LAI; art. 44 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1955, d'origine portugaise, marié et père de deux enfants (nés en 1983 et 1991), est domicilié en Suisse depuis 1979. Il a travaillé comme maçon depuis 1981 pour le compte de l'entreprise A.\_\_\_\_\_ SA, comme magasinier de 2006 à 2007 pour la R.\_\_\_\_\_ puis comme maçon auxiliaire pour L.\_\_\_\_\_.

En 1998, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en vue d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait de lombalgies constatées depuis début 1997.

Dans un rapport du 16 septembre 1998, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis lombaire ainsi qu'une surcharge psychogène avec troubles somatoformes douloureux. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais qu'il conservait sa capacité de travail dans une activité légère avec alternance des positions.

L'OAI a mis en œuvre un examen auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans une expertise du 10 décembre 2000, ce spécialiste a retenu dans son appréciation du cas que l'assuré présentait un trouble douloureux dont la composante essentielle apparaissait psychogène, mais sans comorbidité psychiatrique significative. La capacité de travail a été considérée comme entière du point de vue psychiatrique.

Par décision du 13 mars 2003, confirmée sur opposition le 24 juillet 2003, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement professionnel. L'assuré a recouru contre cette décision en réclamant principalement l'octroi d'une rente entière, en se prévalant d'une capacité de travail nulle.

Par arrêt du 9 septembre 2004 (cause AI 121/03), le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré. Il a retenu que l'assuré présentait sur le plan somatique des troubles qui ne l'empêchaient pas d'exercer une activité légère. Sur le plan psychique, se référant à l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, il a retenu que les troubles présentés par l'assuré n'étaient pas invalidants, de sorte qu'il disposait d'une pleine capacité de travail.

**B.** Le 16 mars 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, en indiquant qu'il avait subi une fracture de la rotule du genou gauche le 9 avril 2010 et une opération le 13 avril 2010.

Le dossier de l'assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) – qui a pris en charge les conséquences de l'accident du 9 avril 2010 – a été produit. Il comporte notamment les documents suivants:

- Une déclaration de sinistre du 22 avril 2010 de la CNA, indiquant que l'assuré avait été victime, dans le cadre de son activité de maçon, d'une chute sur les genoux le 9 avril 2010, occasionnant une fracture du genou gauche.

- Un rapport d'examen du 14 janvier 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a retenu que l'assuré se plaignait de douleurs au genou gauche. Ce médecin a constaté une cicatrice calme, une excellente mobilité et une atrophie majeure de la musculature de la cuisse, avant de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon pour une durée de deux à trois mois. Il a demandé au Dr [...], chirurgien orthopédique au département de l'appareil locomoteur du CHUV, de le tenir informé de l'évolution du cas.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a été versé au dossier, mettant notamment en évidence des revenus de

45'694 fr. en 2008 et de 64'061 fr. en 2009. Dans un questionnaire pour l'employeur, L.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré travaillait en qualité de maçon depuis le 15 mars 2010 pour un salaire horaire de 38 fr. 60 de l'heure.

L'OAI s'est adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du CHUV. Dans un rapport du 3 mai 2011, ce spécialiste a posé le diagnostic de fracture transverse de la rotule gauche, de réduction ouverte et ostéosynthèse de la rotule gauche le 13 avril 2010 et d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la rotule gauche le 12 octobre 2010. Il a constaté une évolution défavorable après fracture transverse de la rotule gauche avec des douleurs persistantes voire en augmentation au niveau de la rotule. L'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis son accident. A la question de savoir si les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu: "Tout travail non physique et n'exigeant pas une position assise continue pourrait être une réadaptation professionnelle souhaitable".

Dans un rapport initial du 25 mai 2011, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré avait repris son travail de maçon, malgré ses douleurs au genou gauche. Le métier de maçon n'était plus adapté et l'assuré se montrait intéressé par une nouvelle activité adaptée à son état de santé, à déterminer par une orientation professionnelle et une aide au placement.

L'assuré a fait un stage de réadaptation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration (ci-après: les EPI) du 6 juin au 3 juillet 2011. Dans un rapport des EPI du 7 juillet 2011, il a été relevé que sa résistance physique était insuffisante pour un travail de plus d'un mi-temps. Les chances d'une réadaptation étaient très faibles, car l'assuré avait une capacité de travail résiduelle mais il n'existait sans doute pas sur le marché du travail un poste adapté à l'assuré correspondant à ses capacités et à ses limitations fonctionnelles. Dans des activités adaptées, il fallait s'attendre à une diminution de rendement. Un stage pratique de

confrontation en entreprise ou en atelier de production ainsi qu'une aide au placement très appuyée ont été proposés. Les EPI ont émis notamment les commentaires suivants:

"M. F. \_\_\_\_\_ montre des difficultés [...] importantes dans toutes les activités, tant dans les positions assises que debout. Les alternances de position sont fréquentes, ainsi que les arrêts de courte durée. Il n'est pas particulièrement plaintif mais son rendement dans tous les postes de travail se ressent fortement de ces difficultés. Les positions sont souvent non équilibrées.

Ses résultats en précision, maîtrise et coordination sont très faibles dans les exercices fins. D'après nos observations, l'assuré n'a jamais eu la possibilité de faire ce type de travail dans sa vie professionnelle: tout travail fin est exclu (par exemple, dans le dessin géométrique simple sa précision n'atteint pas les 2 mm).

Les exercices de façonnage grossier (câblage) montrent des possibilités mais ses résultats ne sont pas suffisants pour un travail salarié dans le marché ordinaire. Si l'on descend encore d'un niveau dans la précision, nous nous retrouvons avec des pièces grandes, mais peut-être trop lourdes vis-à-vis de ses limitations. De toute façon, son temps de travail, dans tout poste de façonnage ou montage, est excessif par rapport aux normes (à cause de ses alternances de position et arrêts de courte durée ainsi que de l'inertie propre aux travailleurs de force dans le gros oeuvre, acquise année après année). Un réentraînement lui ferait gagner quelques points de rendement peut-être, mais nous craignons qu'une certaine lenteur soit bien ancrée dans ses mouvements.

D'après nos observations, sa résistance physique serait insuffisante pour un travail de plus d'un mi-temps. Nous laissons le corps médical se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 21 juillet 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de gonalgies gauches persistantes après fracture de la rotule et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. Il a fixé la capacité de travail à 0% comme maçon et à 100% dans une activité adaptée depuis mai 2011, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: pas d'agenouillement ni d'accroupissement, pas d'escaliers, pas de port de charges de plus de 20 kilos, alternance des positions.

Du 3 octobre au 25 novembre 2011, l'assuré aurait dû bénéficier aux EPI d'un stage de formation pour l'acquisition de gestes

professionnels, en tant que mesure d'intervention précoce. Suite à une information de la CNA selon laquelle l'assuré allait séjourner à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), l'OAI a annulé cette mesure (note de suivi du 29 septembre 2011 de l'OAI).

Les pièces suivantes du dossier de l'assuré auprès de la CNA ont par la suite été produites:

- Un rapport du 17 mars 2011 des Drs I.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui ont fait état d'une bonne évolution avec récupération de la force au niveau du quadriceps, récupération de la mobilité du genou et disparition des douleurs à la marche. Des douleurs et lâchages occasionnels persistaient toutefois. Une capacité de travail de 50% depuis le 3 janvier 2011 a été retenue.

- Un rapport du 4 mai 2011 des Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, professeur associé et chef de clinique au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, mettant en évidence ce qui suit:

"Déchirure oblique du versant postérieur de la corne moyenne du ménisque interne s'étendant au niveau du segment moyen par une déchirure horizontale. Tendinopathie quadricipitale et rotulienne avec important épaissement de ces tendons et hypersignal lamellaire du tendon quadricipital entrant dans le cadre du status opératoire. Importante ulcération avec œdème sous-jacent du cartilage de la facette latérale de la patella associée à une atteinte cartilagineuse en regard".

- Un rapport du 20 mai 2011 du Dr M.\_\_\_\_\_ adressé à la CNA, signalant une évolution défavorable avec persistance des douleurs antérieures du genou particulièrement en montée et en descente, douleurs nocturnes occasionnelles et douleurs à la mise en route. Une reprise du travail n'était pour l'instant pas envisageable et il en allait de même pour un travail approprié. Il fallait s'attendre à un dommage permanent sous forme d'arthrose post traumatique - déjà en voie de développement - et à d'autres séquelles habituelles après fracture de rotule et déchirure du ménisque.

- Un rapport du 10 août 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin associé au département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui a posé les diagnostics de tendinite du quadriceps gauche, de status post fracture de la rotule gauche le 9 avril 2010 avec ostéosynthèse le 13 avril 2010, de status AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) le 12 octobre 2010 et de douleurs chroniques (lombalgies, coxalgies, gonalgies). Il a noté que le patient, toujours en incapacité de travail, faisait l'objet de consultations de rhumatologie.

- un rapport du 5 septembre 2011 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a posé les diagnostics de tendinopathie quadricipitale, de chondropathie fémoro-patellaire gauche, de masse sous-cutanée au niveau de la face externe de la partie proximale de la cuisse droite en cours d'investigation et de notions d'hernies discales connues depuis environ 15 ans. Il a préconisé un séjour de l'assuré à la CRR.

- Un rapport du 9 décembre 2012 (sic) des Drs Y.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistant à la CRR, attestant un séjour de l'assuré du 29 novembre au 28 décembre 2011. Ils ont retenu que la fracture de la rotule gauche du 9 avril 2010 s'était compliquée de douleurs chroniques avec des foyers d'ossification hétérotopiques dans les tendons rotuliens, quadricipitaux et para-rotuliens médiaux et latéraux. La prise en charge de l'assuré à la CRR lui avait permis d'améliorer la stabilité de son genou, mais les douleurs chroniques étaient toujours présentes, surtout lors d'activité. Il y avait en outre au cours de l'hospitalisation quelques discordances (le patient boitait du membre inférieur droit et s'autolimitait en sous-estimant ses capacités fonctionnelles). Une reprise de son travail devait être possible au plus tard début mars 2012 avec dans l'intervalle une rééducation et un traitement anti-douleurs. Du point de vue orthopédique, il n'y avait pas de substitut radio-clinique permettant d'expliquer les symptômes annoncés et le handicap fonctionnel. L'incapacité de travail dans la profession de maçon a été évaluée à 100% du 29 novembre 2011 au 28 février 2012 avec reprise du travail à 0% d'incapacité de travail dès début mars 2012.

Selon une note de suivi du 24 février 2012, l'OAI a indiqué que l'assuré contestait disposer d'une capacité de travail à 100%. L'OAI a ensuite procédé à une approche théorique du salaire exigible dans une activité adaptée, selon une fiche de calcul du 28 février 2012.

Par communication du 29 février 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un projet de décision du 6 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité de maçon mais qu'il présentait dans des activités adaptées à son état de santé une capacité de travail entière depuis mai 2011. Se fondant sur un revenu d'invalidé de 52'681 fr. 27 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2011 dans des activités simples et répétitives, avec un abattement de 15% - et sur un revenu sans invalidité de 70'106 fr. dans l'activité habituelle, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 24.85% arrondi à 25%. Il a ajouté que le préjudice économique ne pouvait pas être diminué par des mesures professionnelles.

Lors d'un entretien de placement du 21 mars 2012, l'assuré a déclaré qu'il n'avait pas encore l'autorisation médicale pour reprendre une activité professionnelle, même adaptée. L'assuré a toutefois estimé pouvoir travailler.

Dans l'intervalle, par décision du 27 avril 2012, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance au 30 juin 2012 concernant les suites de l'accident du 9 avril 2010. Elle s'est référée à l'appréciation de la CRR et de son médecin d'arrondissement le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, qui a relevé ce qui suit dans un rapport du 13 avril 2012:

"Actuellement, nous nous trouvons face à un patient souffrant de douleurs chroniques de la région péri-rotulienne G, avec foyer

d'ossification hétérotopique dans le tendon rotulien, quadricipital et para-rotulien médial et latéral.

Aucun substitut radio-clinique ne permet d'expliquer les symptômes annoncés et le handicap fonctionnel présenté par l'assuré.

Nous n'avons, par ailleurs, aucun traitement particulier à proposer.

Du point de vue assécurologique, la situation est stabilisée et l'accident du 09.04.2010 ne peut plus être incriminé dans une éventuelle incapacité de travail ou limitation fonctionnelle (pas d'amyotrophie évidente du quadriceps G, consolidation parfaitement acquise de la rotule avec congruence parfaite de la face postérieure de la rotule, intégrité du cartilage tant condylien que rotulien et présence de quelques ossifications ectopiques).

L'accident du 09.04.2010 n'a donc plus aucune influence sur la capacité de travail ou sur d'éventuelles limitations fonctionnelles d'une activité professionnelle de l'assuré".

Par décision du 30 avril 2012, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision du 6 mars 2012.

**C.** Par acte du 30 mai 2012, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. L'assuré soutient que l'avis de l'OAI selon lequel il présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est contredit par les constatations faites lors du stage de réadaptation aux EPI, qui a mis en évidence de grandes difficultés de réinsertion. Il ajoute que le renvoi à des activités simples et répétitives n'est pas représentatif de ce qu'il pourrait effectuer au vu de son état de santé, avant de relever que le Dr X.\_\_\_\_\_ n'aurait pas fait preuve de neutralité et d'impartialité. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et psychiatrique) ainsi que d'une évaluation de la capacité fonctionnelle.

Dans sa réponse du 17 août 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que le rapport de stage des EPI relève que l'assuré a une capacité de travail résiduelle et que le rapport du SMR du 21 juillet 2011 – corroboré par celui du 9 décembre 2011 (sic) de la CRR – lui reconnaît une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il précise qu'il s'est fondé pour le revenu d'invalidé sur le salaire correspondant à des activités simples et répétitives, avec un abattement de 15% pour tenir compte de la situation personnelle de l'assuré. Enfin, il relève que l'expertise psychiatrique du Dr X.\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante, de l'avis du Tribunal des assurances dans son jugement du 9 septembre 2004. Selon l'OAI, le dossier médical est donc suffisamment instruit et une expertise pluridisciplinaire n'est donc pas nécessaire.

Invité à déposer une réplique, l'assuré, qui avait demandé plusieurs prolongations de délai, ne s'est finalement plus prononcé.

Par courrier du 24 janvier 2013, le juge instructeur a informé les parties que le tribunal n'avait pas reçu de réplique et que, sauf réquisition particulière de leur part dans un délai imparti et sous réserve de mesures d'instruction supplémentaire ordonnée par la Cour de céans, il sera statué par voie de circulation selon l'état du rôle.

Dans son écriture du 11 février 2013, l'intimé a maintenu sa position, alors que le recourant ne s'est plus déterminé.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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 (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 LPGGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**2.** Le litige porte sur la révision du droit de l'assuré à une rente d'invalidité, prestation qui lui a été refusée par décision du 30 avril 2012.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au

moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** 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 51 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; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, lorsque 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 consid. 3; TF 9C\_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

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 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833).

**4. a)** Dans le cas présent, selon la décision sur opposition du 24 juillet 2003, confirmée par arrêt du Tribunal des assurances du 9 septembre 2004 (cause AI 121/03), l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement professionnel. Le Tribunal des assurances a retenu que l'assuré présentait sur le plan somatique des troubles qui ne l'empêchaient pas d'exercer une activité légère et que les troubles psychiques, selon l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, ne revêtaient pas de caractère invalidant, de sorte que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. Il convient d'examiner si l'assurée a présenté une aggravation de son état de santé depuis les circonstances prévalant au moment de cette décision sur opposition.

**b)** La nouvelle demande de prestations est motivée par une atteinte survenue au genou gauche, en raison de l'accident du 9 avril 2010 et de ses suites. Sur le plan médical, au vu des constatations ressortant du rapport de stage des EPI, le recourant fait valoir que sa résistance physique est insuffisante pour effectuer un travail à plus de 50%. Il se prévaut en outre de difficultés importantes dans toutes les activités - non qualifiées - qui lui ont été proposées et d'une baisse importante de rendement.

Dans la présente procédure de révision du droit à la rente, le SMR n'a pas procédé à un examen personnel de l'assuré, pas plus qu'il n'a mis en œuvre d'expertise. Dans son rapport du 21 juillet 2011 du SMR, le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est référé sur le plan psychiatrique à l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_. Cette expertise a certes été rendue le 10 décembre 2000, soit il y a plus de douze ans, mais l'assuré n'a pas démontré qu'il y avait eu depuis une évolution défavorable sur ce point, ni même qu'il était toujours en traitement sur le plan psychique. Cette expertise avait du reste été considérée comme probante par le Tribunal administratif dans son arrêt du 9 septembre 2004, qui est entré en force. Il n'y a donc pas lieu de procéder à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique.

Sur le plan somatique, dans son rapport du 21 juillet 2011 du SMR, le Dr B.\_\_\_\_\_ retient que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mai 2011. Cela étant, aucun document émanant du SMR ne justifie cette conclusion. Ce médecin n'explique pas les raisons pour lesquelles il se fonde, du moins apparemment, sur l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ - qui dans son rapport du 3 mai 2011 retenait une incapacité de travail de 100%, mais envisageait une réadaptation professionnelle dans une activité non physique et n'exigeant pas une position assise continue - et il n'a pas expliqué pourquoi il s'écarte de l'avis des Drs I.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ - qui dans leur rapport du 17 mars 2011 ont retenu une capacité de travail de 50% depuis le 3 janvier 2011. Les autres rapports médicaux à disposition du SMR à cette époque ne se prononcent pas de façon suffisamment claire au sujet de la capacité de travail. En effet, le Dr Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 14 janvier 2011), le Dr

M.\_\_\_\_\_ (rapport du 20 mai 2011) et le Dr N.\_\_\_\_\_ (rapport du 5 septembre 2011) ne se sont pas prononcés au sujet de la capacité de travail définitive. En outre, le médecin du SMR ne se prononce pas sur les constatations faites lors du stage aux EPI - résistance physique insuffisante pour un travail de plus d'un mi-temps, faibles chances de réadaptation, probable diminution de rendement (cf. rapport des EPI du 7 juillet 2011) - ni sur l'avis du service de réadaptation de l'OAI du 25 mai 2011, et n'explique surtout pas pourquoi il s'en écarte.

Par ailleurs, après avoir procédé à une appréciation du cas détaillée, les médecins de la CRR ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans la profession de maçon du 29 novembre 2011 (date du début du séjour à la CRR) au 28 février 2012, avec reprise d'une pleine capacité de travail dès début mars 2012. Les médecins de la CRR ont constaté que le séjour avait permis une amélioration de la stabilité du genou. Cela étant, ils ne se sont pas prononcés au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée et ils n'ont apparemment pas tenu compte des constatations faites lors du stage aux EPI ni de l'avis du SMR, si tant est que les documents en question leur avaient été transmis. Les conclusions des médecins de la CRR divergent de celles du SMR, sans qu'il ne soit possible de les départager.

Dès lors, les rapports médicaux versés au dossier sont contradictoires et l'intimé, respectivement le SMR, ne prennent pas position à ce sujet de façon claire.

**c)** Sans se prononcer en détail sur la valeur probante des rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction, il appert que les lacunes dont souffre le dossier sur le plan médical n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'OAI et qu'il n'est pas possible de se prononcer à satisfaction de droit sur l'état de santé et la capacité de travail. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et les références citées). Il appartiendra donc à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, au sens de l'art. 44

LPGA, afin d'examiner les troubles somatiques (orthopédiques et rhumatologiques) ainsi que leurs répercussions globales sur la capacité de travail en tenant notamment compte du rendement.

Partant, le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, puis nouvelle décision concernant le droit à la rente.

**5.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA) qu'il y a lieu de fixer à 2'000 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 30 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 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 au recourant F.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour F.\_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :