

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mai 2011

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Thalmann et Pasche  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Grandson, recourant, représenté par Me Caroline Ledermann  
de Procap service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 16 et 17 LPGA; 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1966, ressortissant d'ex-Yougoslavie, père de famille, marié, a travaillé en qualité d'ouvrier non qualifié dans le génie civil. Après avoir présenté diverses incapacités de travail totale ou partielle pour cause de maladie en raison de lombo-sciatalgies gauches non déficitaires dans le contexte de discopathies étagées ainsi que d'un état dépressif modéré, l'assuré a déposé, le 5 mai 1999, une demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'un reclassement dans une nouvelle profession. Par décision du 11 juillet 2000, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande précitée, constatant que les renseignements à disposition ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé durable et importante affectant la capacité de gain de son assuré.

Le 2 février 2001, arguant une détérioration de son état de santé - en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que d'un syndrome lombo-sciatique gauche sur discopathies débutantes L3-L4 et L4-L5 - ne lui permettant plus d'effectuer son activité professionnelle, l'assuré a sollicité un réexamen de son cas à la lumière des explications susceptibles d'être fournies par ses médecins. Selon un rapport employeur du 30 mars 2001, dans son activité d'ouvrier dans la construction, sans atteinte à la santé, l'assuré percevait en 2001 un salaire horaire brut de 24 fr. 85 pour une moyenne journalière dans l'entreprise de 8.1 heures exercée à raison de 5 jours par semaine. Après instruction, l'OAI a considéré, par décision du 2 mai 2002, que l'assuré ne présentait aucune limitation du point de vue somatique ni sous l'angle psychiatrique, de sorte que sa demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles devait être rejetée. Une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans son activité professionnelle dans le secteur de la construction ou dans toute autre activité similaire.

Le 6 février 2004, l'avocate Me Manuela Ryter Godel, alors conseil de l'assuré, a sollicité la mise en œuvre d'une procédure de

reclassement professionnel de la part de l'OAI, précisant que son mandant demeurait en incapacité de travail depuis trois ans. Elle a produit un courrier du 24 mars 2004 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, qui mentionnait que l'assuré présentait toujours une symptomatologie typique de troubles somatoformes chroniques, ce diagnostic ayant été confirmé lors d'un examen pratiqué en juillet 2003. Le 23 janvier 2004, un examen urologique s'était également révélé parfaitement normal de sorte que l'état de santé ne s'était pas aggravé dans les derniers mois. Un avis médical du Service médical Suisse romande (ci-après: SMR) établi le 14 octobre 2004 par le Dr T.\_\_\_\_\_ constatait que la situation médicale n'avait pas changé depuis le dernier refus de prestations de mai 2002. En l'absence d'incapacité de travail de 20% justifiée sur le plan médical le droit à des mesures professionnelles n'apparaissait pas ouvert. L'assuré était considéré comme étant en mesure d'exercer quantité d'activités moins lourdes que celle d'ouvrier de chantier. Par décision du 3 novembre 2004, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, la situation médicale de l'assuré n'ayant pas changé postérieurement au rejet de sa précédente demande.

Le 29 novembre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes (rente). Il a précisé se trouver en incapacité de travail à 100% à compter du 29 novembre 2000 en raison de lombo-sciatalgies bilatérales à prédominance gauche et de cervico-dorsalgies gauches. Une attestation médicale du 22 décembre 2006 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin traitant, certifiait que son patient présentait une aggravation notable de son état de santé sur le plan lombo-vertébral. Un consilium du 23 novembre 2006 adressé au médecin traitant par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'antalgie auprès des Etablissements Hospitaliers du [...], a notamment relevé que des examens par IRM lombaire du 28 septembre 2006 avaient montré une discopathie dégénérative L3-L4 avec hernie discale médiane à paramédiane droite et également une petite hernie paramédiane gauche L5-S1 qui pouvait être en contact avec la racine S1. Ce médecin a précisé avoir discuté avec l'assuré de la mise en œuvre d'un traitement invasif

(traitement ségmentaire, bloc sympathique lombaire et péridurale cortisonée) qui, en cas d'insuccès, impliquait la nécessité d'une intervention neurochirurgicale. Dans un rapport du 17 novembre 2006, le Dr E. \_\_\_\_\_ a mentionné à cet égard qu'une intervention chirurgicale de la discopathie L5-S1 à titre explorateur et décompressif pouvait s'envisager d'ici à la fin janvier 2007, l'assuré devant le recontacter afin de lui faire part de sa décision. Ce spécialiste a également souligné que la chronification de la symptomatologie ainsi qu'une image radiologique peu expansive de discopathie superposable dans l'ensemble par rapport à 2001 constituaient plutôt un mauvais pronostic pour une intervention neurochirurgicale décompressive, une intervention chirurgicale de la discopathie L5-S1 à titre explorateur et décompressif pouvant toutefois être envisagée au début 2007. L'IRM de septembre 2006 était comparable à celle effectuée en juillet 2001.

Dans un rapport médical du 12 février 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de syndrome lombosciatique gauche sur hernie discale déjà connue, médiane et paramédiane gauche L5-S1 modérément expansive. Il en découlait l'existence d'une incapacité de travail de 100% dès le 5 février 2001, la dernière activité professionnelle n'étant plus exigible alors qu'un travail manuel léger sans port de charges (10kg au maximum) ni mouvements répétitifs du dos ou des longues stations debout/assis restait envisageable avec une diminution de rendement de l'ordre de 50%. S'agissant de l'évolution de la situation, le médecin traitant s'est exprimé en ces termes:

"7. Thérapie pronostic:

Toutes les mesures de thérapie conservatrice ayant échoué, le Dr E. \_\_\_\_\_ s'est résolu à une intervention chirurgicale qui aura lieu le 12.02.07 à l'hôpital d' [...]. C'est seulement quelques semaines après cette intervention que l'on pourra juger définitivement le soulagement apporté par cette intervention qui devrait, on l'espère, faire diminuer les sciatalgies et peut-être les lombalgies et dorsalgies chroniques du patient. [...]"

Dans un rapport médical intermédiaire du 21 mai 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient était resté

stationnaire consécutivement à l'intervention chirurgicale pratiquée le 12 février 2007 par le Dr E.\_\_\_\_\_. Le médecin traitant était d'avis qu'il était illusoire d'imaginer une reprise d'un quelconque travail vu les plaintes extrêmement chronifiées et finalement pas très différentes de celles exprimées avant son opération par l'assuré, une reconversion dans un emploi adapté restant souhaitable.

Dans un rapport médical du 22 mai 2007, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale paramédiane gauche L5-S1 avec importante sténose ostéoligamentaire associée depuis le 12 février 2007 et de syndrome lombovertébral statique et fonctionnel. Une incapacité de travail post-opératoire à 100% du 12 février au 12 août 2007 était retenue. Ce spécialiste s'est déterminé en ces termes s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré:

"[...] A la suite d'une nouvelle aggravation objective, réappréciation neurochirurgicale à la mi-novembre 2006 et nécessité d'une intervention neurochirurgicale décompressive le 12.2.07 pour cure de hernie discale L5-S1 gauche avec sténose ostéoligamentaire associée. Suites objectives favorables notamment sur le plan radiculaire alors que subsiste un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel en partie pré-existant et chronifié avec contractures d'accompagnement et tensions douloureuses pouvant s'étendre jusqu'en direction mi-dorsale voire cervicale chez un patient peu motivé, stressé et avec surcharge psychogène partielle manifeste. Poursuite d'une physiothérapie ambulatoire à [...] ainsi que d'une médication antalgique anti-inflammatoire de même que relaxante de réserve. Pas de signes majeurs séquellaires radiculaires des membres inférieurs en dehors d'une aréflexie achilléenne gauche et d'une discrète hypodysésrhésie de topographie L5 et S1. Pas de trouble de la marche.

Mesures habituelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale bien sûr indiquées avec port éventuel d'une ceinture de soutien lombaire baleinée courte en fonction des positions et activités effectuées. La remotivation de pouvoir retravailler pour M. O.\_\_\_\_\_ est des plus hypothétique mais il est clair qu'il ne pourra plus jamais exercer d'activité comme ouvrier en construction et bâtiment (incapacité totale et définitive dans ce domaine), tout en étant par contre tout à fait apte sur le plan médico-théorique à mon avis à retravailler à 50% dans un emploi adapté léger [changements de position réguliers, abstention du port de charges ou d'efforts en porte-à-faux notamment] dans les six mois post-opératoires à savoir dès la mi-août 2007."

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a par ailleurs précisé dans l'annexe à son rapport médical, que la diminution de rendement de 50% dans un emploi adapté pouvait s'expliquer en raison de la mauvaise collaboration de l'assuré.

Dans un rapport médical du SMR du 14 août 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ s'est prononcé comme il suit sur le cas de l'assuré:

"Assuré de 52 [recte: 42] ans, ouvrier dans le bâtiment, connu depuis plus de 10 ans pour lombalgies. A la suite d'une aggravation objectivée par imagerie médicale, intervention neurochirurgicale décompressive le 12.02.2007 pour cure de hernie discale L5-S1 gauche. Suites objectives favorables notamment sur le plan radiculaire alors que subsiste un syndrome lombovertébral statique et fonctionnel en partie pré-existant et chronifié. Pas de troubles de la marche. Pas de signes majeurs séquellaires radiculaires des membres inférieurs en dehors d'une aréflexie achilléenne gauche et d'une discrète hypodystésie de topographie L5 et S1.

Les mesures d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale sont indiquées comme mentionnées dans les limitations fonctionnelles listées sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document, de même que le port éventuel d'une ceinture de soutien lombaire baleinée courte. La reprise d'une activité adaptée est possible de façon progressive dès le 12.08.2007 malgré le manque de motivation évidente notée par les médecins traitants et la nette tendance à l'exagération des symptômes et des plaintes.

En conclusion, capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier de chantier, mais capacité de travail dans une activité adaptée et reconnaissance de l'IT [incapacité de travail] comme suit:

100% du 12.02.2007 au 12.08.2007

50% du 13.08.2007 au 13.11.2008 [recte: 2007]

Puis pleine capacité de travail dans [une] activité adaptée."

Par projet de décision du 24 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de son assuré au motif qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. L'OAI retenait que l'assuré avait cessé toute activité professionnelle depuis 2002. Après analyse de la situation médicale, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dès le 13 août 2007 et de 100% dès le 13 novembre 2007 dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assis/debout, pas de port de lourdes charges, pas de gros efforts physiques et pas de mouvements en porte-à-faux de la colonne lombaire). Après comparaison entre le revenu réalisable en 2008 sans invalidité

(63'622 fr.) et celui d'invalidé (55'520 fr.), il en résultait un degré d'invalidité de 12%.

Le 3 octobre 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est adressé au médecin-conseil de l'OAI en relevant que depuis l'établissement de son dernier rapport médical du 21 mai 2007, l'évolution de l'assuré avait été graduellement défavorable, ce dernier suivant toujours un traitement de physiothérapie ambulatoire auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, physiothérapeute à [...], ainsi qu'un traitement antalgique (Tramal Retard 100, Oxycontin Retard 10 et Dafalgan). De l'avis du médecin traitant, un reclassement professionnel n'était pas envisageable dans la mesure où l'assuré se déclarait dans l'incapacité d'envisager une quelconque activité vu l'intensité des douleurs ressenties quotidiennement, le jour comme la nuit. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu que le tableau clinique était celui d'un trouble somatoforme douloureux extrêmement chronifié chez un patient dont les possibilités de réorientation dans une nouvelle activité étaient très limitées.

Le 6 octobre 2008, l'assuré a formé une opposition contre le projet de décision précité, opposition confirmée et complétée le 15 décembre 2008. A ses dires, les activités réputées adaptées à ses limitations (in casu ouvrier dans la production industrielle légère, employé d'usine au montage, à l'assemblage ou surveillant d'un processus de production) ne l'étaient en réalité pas de sorte que sa capacité de travail s'en trouvait affectée. Se référant au rapport établi le 3 octobre 2008 par son médecin traitant, l'assuré a requis un complément d'instruction de la part de l'OAI sous la forme d'une expertise rhumatologique.

Selon un avis médical SMR du 21 janvier 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, l'activité antérieure d'ouvrier non qualifié dans le bâtiment n'était plus exigible. Conformément à l'avis du 3 octobre 2008 du Dr G. \_\_\_\_\_, un reclassement professionnel était médicalement envisageable, malgré l'avis contraire de l'assuré qui se déclarait inapte au travail.

Selon un rapport psychiatrique du 11 mai 2009 établi à la suite d'un examen réalisé le 4 mai 2009, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, s'est prononcée en ces termes sur le cas de l'assuré:

#### "Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:
  - Aucun sur le plan psychiatrique (Z71.1).
- sans répercussion sur la capacité de travail:
  - Notion de trouble somatoforme douloureux dans les rapports médicaux. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique (F45.4).

#### Appréciation du cas

Il s'agit d'un assuré de 43 ans, né en Macédoine yougoslave et établi en Suisse depuis avril 1988. Au bénéfice d'un diplôme de technicien en économie acquis au pays en 1985, l'assuré travaille en Suisse essentiellement comme ouvrier dans la construction entre un engagement le 18.04.1989 et un dernier jour d'activité professionnelle le 05.02.2001. A noter que l'assuré a eu des périodes de mise en arrêt de travail en 1999, qui ont motivé une demande de MOP [mesures d'ordre professionnel] qui s'est soldée par un refus.

La demande actuelle est motivée par des lombalgies qui s'aggravent au fil du temps; une cure de hernie discale en 2007 n'apporte qu'une amélioration momentanée de la symptomatologie.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré a une anamnèse familiale vierge. L'anamnèse personnelle l'est également, il n' a jamais eu de suivi psychiatrique. Dans le cadre de sa symptomatologie douloureuse, des traitements antidépresseurs ont été prescrits dans le but d'atténuer le seuil douloureux, sans effet. L'assuré n'a aucune plainte d'ordre psychiatrique.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré de bonne constitution psychique, vif et intelligent. L'observation des critères de dépression ne montre aucun signe d'atteinte de cette maladie ni de séquelle. Il n'y a non plus aucun signe d'une autre atteinte psychiatrique à la santé.

De par ses qualifications au pays (technicien en économie), qui selon l'assuré ont été reconnues en Suisse, l'intéressé a toutes les capacités intellectuelles et psychiatriques d'apprendre d'exercer un autre métier qu'ouvrier dans la construction, si les limitations fonctionnelles somatiques ne lui permettent plus d'exercer dans son emploi habituel.

Face à la notion de trouble somatoforme douloureux signalée par le rapport médical du 03.10.2008 par le Dr G.\_\_\_\_\_, il y a lieu d'examiner les critères de gravité au sens de la jurisprudence:

L'assuré n'a pas de comorbidité psychiatrique. Les affections corporelles chroniques sont dûment investiguées et les limitations fonctionnelles clairement établies. Le processus maladif s'étend depuis de nombreuses années, puisqu'une mise en arrêt de travail au long cours débute en 1999 et un arrêt définitif a lieu dès février 2001. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit n'est pas clairement établi, mais le fait que l'assuré soit porteur d'un diplôme acquis au pays confirme

qu'il s'agit d'un homme qualifié qui a les moyens psychiques d'exercer une activité valorisante sur le plan narcissique. Les traitements conformes aux règles de l'art ont été prescrits, l'assuré ne prend plus de médicaments psychotropes en raison d'un sentiment d'inefficacité. Il n'y a pas d'indication psychiatrique à imposer une prescription. Il n'y a pas de signe de non coopération.

En conséquence, l'examen des critères de gravité ne met en évidence aucune comorbidité psychiatrique qui pourrait grever l'exigibilité professionnelle de l'assuré.

#### Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique. L'assuré a les moyens psychiques et intellectuels de se soumettre à une reconversion professionnelle ou à exercer un autre métier si les limitations somatiques en posent l'indication.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assuré a été mis en arrêt de travail au long cours à partir du 05.02.2001. Cette mise en arrêt est motivée par une problématique douloureuse lombaire, il n'y a pas d'atteinte psychiatrique à la santé à caractère incapacitant.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle lucrative au long cours. Quelques tentatives de reprise, dans une telle activité allégée et par l'intermédiaire d'IPT [Fondation Intégration pour tous à Lausanne], se sont soldées par un échec. Aucune atteinte psychiatrique à la santé n'est apparue depuis la mise en arrêt de travail, celle-ci n'est pas motivée par une atteinte psychiatrique à la santé.

#### Concernant la capacité de travail exigible

Sur le plan psychiatrique, l'exigibilité professionnelle est complète dans toute activité, comme elle l'a toujours été.

#### Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: (ouvrier dans la construction), tributaire de l'appréciation somatique, 100% sur le plan psychiatrique.  
Dans une activité adaptée: 100% sur le plan psychiatrique depuis toujours."

Dans un avis médical SMR du 13 mai 2009, reprenant les constatations de l'examen psychiatrique précité, le Dr K. \_\_\_\_\_ a conclu que l'assuré disposait de moyens psychiques et intellectuels lui permettant de se soumettre à une reconversion professionnelle ou d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Par décision du 31 août 2009, l'OAI a entièrement confirmé son précédent projet du 24 septembre 2008 en rejetant la demande de prestations AI. Dans un courrier explicatif daté du même jour faisant partie intégrante de la décision en question, l'OAI a relevé, sous l'angle médical, qu'après avoir fait procéder à un examen clinique psychiatrique auprès du SMR, l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante au plan psychiatrique. L'avis émis le 3 octobre 2008 par le Dr G. \_\_\_\_\_ (médecin traitant) tenant largement compte d'éléments subjectifs (plaintes de l'assuré) et non médicaux, il ne pouvait être pris en considération à l'occasion de la fixation de la capacité de travail exigible. Pour le reste l'OAI a relevé que les activités adaptées telles que figurant dans son projet de décision l'avaient été à titre d'exemples uniquement et que l'évaluation du revenu d'invalidé opérée sur la base des salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'a été conformément à la jurisprudence.

**C.** O. \_\_\_\_\_, représenté par Me Caroline Ledermann de Procac service juridique, recourt par acte du 30 septembre 2009 contre la décision de refus du 31 août 2009. Il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une demi-rente minimum, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire puis nouvelle décision. Il a requis à titre de moyens de preuve, la production par l'intimé de l'intégralité de son dossier et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans sa réponse du 17 décembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. D'avis que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical, l'OAI soutient qu'une instruction complémentaire telle que demandée n'est pas nécessaire.

Dans sa réplique du 15 février 2010, le recourant confirme intégralement les conclusions et réquisitions de preuve à l'appui de son recours. Il a produit un rapport médical du 7 janvier 2010 de la Dresse

N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, dont la teneur est la suivante:

"Je suis donc le nouveau médecin traitant du patient susnommé et ce depuis le 02.10.2009. Je ne peux donc me prononcer sur sa capacité de travail que depuis cette période.

Force m'est de constater que depuis 2007 le patient n'a jamais été capable de reprendre une activité professionnelle même à temps partiel en raison de douleurs prédominant au niveau lombaire et également dans les membres inférieurs.

Les douleurs nécessitent la prise d'antalgie quotidienne. De multiples traitements ont été tentés chez ce patient sans apporter de soulagement durable.

M. O. \_\_\_\_\_ serait éventuellement favorable à une reprise d'une quelconque activité professionnelle à temps partiel mais signale des douleurs très invalidantes empêchant parfois d'effectuer des travaux dans la vie quotidienne. Je pense qu'il est effectivement indispensable qu'une expertise rhumatologique détermine l'évolution de sa capacité de travail.

Des examens médicaux complémentaires ont été effectués sous forme d'une IRM qui ne montre pas de lésions susceptibles d'expliquer ses symptômes et le patient est en attente d'une consultation chez une neurologue afin de mieux caractériser ses douleurs des membres inférieurs.

Pour ma part je ne pense pas que ce patient soit actuellement capable d'une reprise de travail et ceci même à temps partiel, par contre je ne me prononcerai pas sur son évolution ultérieure pour l'instant. [...]"

Selon le recourant, ce dernier élément confirmerait la nécessité de compléter les investigations sur le plan médical.

Dans ses déterminations du 5 mars 2010, l'OAI maintient sa proposition de rejet du recours, respectivement la confirmation de la décision attaquée. Il relève en particulier que le rapport produit en cause n'est pas de nature à rediscuter son analyse médicale de la situation.

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

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 30 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2; RCC 1985 p. 53).

**b)** L'objet du présent litige consiste à déterminer si le droit à une rente AI est ou non ouvert au recourant, ce dernier contestant tant l'instruction médicale de son dossier que le calcul de son préjudice économique (le revenu sans invalidité étant jugé trop peu élevé et celui d'invalidité trop élevé).

**3. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V I consid. 1.2; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003, consid. 1.1).

Le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007. Partant, les modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ainsi que celles entrées en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, doivent être prises en compte.

En tout état de cause, les principes antérieurs développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité tant sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision que sous la 5<sup>e</sup> révision de la LAI.

**b)** L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

**c)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, un degré d'invalidité de 40%

au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, laquelle disposition n'apporte pas de changement à l'échelonnement précité). A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente AI aux conditions cumulatives suivantes; a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

**d)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante

pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/2002 du 2 décembre 2003, consid. 2 et I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.1).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

**e)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid.

4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**f)** Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1).

**g)** En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimé de s'être basé pour son appréciation sur le rapport médical du 14 août 2008 émis par le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR. Ce rapport s'inscrirait en parfaite contradiction avec l'avis du 3 octobre 2008 du Dr G.\_\_\_\_\_ (ancien médecin traitant). L'instruction menée par l'OAI s'avérerait être "parfaitement lacunaire", le recourant soulignant à ce propos qu'aucun avis médical récent n'a été demandé au Dr E.\_\_\_\_\_. Le dossier devrait ainsi être totalement réactualisé tant sur le plan neurologique que sur le plan somatique par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

**aa)** Sur le plan somatique, le rapport médical du 14 août 2008 du Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier de chantier et rejoint en ce sens, la position du médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_. En revanche, le médecin du SMR considère qu'une pleine capacité de travail est raisonnablement exigible à 50% depuis le 13 août jusqu'au 12 novembre 2007, puis à 100% dès le 13 novembre 2007, de la part du recourant dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence. Contrairement à ce que

soutient le recourant, cette position n'est pas dénuée de fondements étant précisé que le SMR reprend ici l'avis précédemment émis par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 22 mai 2007. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a ainsi souligné en lien avec l'évaluation de la capacité de travail de son patient que dès la mi-août 2007, ce dernier était parfaitement apte sur le plan médico-théorique à retravailler à 50% dans un emploi adapté léger dans les six mois post-opératoires, ce nonobstant une remotivation à travailler des plus hypothétique. Le Dr E.\_\_\_\_\_ n'exclut ainsi pas une reprise plus importante passés ces six mois. En outre, dans son rapport médical intermédiaire du 21 mai 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionne également qu'une reconversion du recourant dans un emploi adapté est souhaitable, mais lui semble peu probable au vu des plaintes de son patient. Dans ces circonstances, la reprise progressive d'une activité adaptée par le recourant à compter du 13 août 2007 à 50% pour aboutir à une activité exercée en plein dès la mi-novembre 2007 n'apparaît pas critiquable au vu des renseignements médicaux détaillés au dossier, fournis par les médecins traitants et par le SMR s'agissant de l'aspect somatique du cas, le Dr G.\_\_\_\_\_ retenant une incapacité de travail totale dans toute activité pour des raisons essentiellement subjectives et ne mettant pas en doute les constatations du SMR. Le rapport médical du 7 janvier 2010 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis le 2 octobre 2009, n'apporte aucun élément médical nouveau, elle-même constate que l'IRM ne montre pas de lésions susceptibles d'expliquer les symptômes de son patient.

**bb)** Dans son avis émis le 3 octobre 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a évoqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux entravant de fait la capacité du recourant à reprendre l'exercice d'une activité adaptée. Suite à ce constat, l'OAI a considéré que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'avérait nécessaire, ceci en adéquation avec les exigences posées par la jurisprudence. Ainsi le 11 mai 2009, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a déposé un rapport d'examen clinique psychiatrique du recourant. L'appréciation de cette psychiatre, qui expose en détail et avec soin les raisons qui la conduisent à retenir que le recourant présente une capacité de travail en plein depuis toujours sur le

plan psychiatrique, n'est contredite que par l'avis du médecin traitant du 3 octobre 2008. Or excepté le fait que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne dispose pas de connaissances spécifiques dans le domaine de la psychiatrie, il est au demeurant constant que les médecins traitants sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3), de sorte que c'est à bon droit que la décision attaquée précise à cet égard que l'avis émanant du Dr G.\_\_\_\_\_ ne saurait être pris en considération pour la détermination de la capacité de travail exigible de la part du recourant. Ce praticien tient en effet passablement compte d'éléments non médicaux (plaintes de son patient, lequel a en outre une tendance relevée par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 mai 2007 à exagérer ses plaintes du fait d'une motivation à travailler des plus hypothétique). Après lecture, on constate que le rapport psychiatrique du 11 mai 2009 de la Dresse R.\_\_\_\_\_ repose sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière systématique, claire et cohérente. S'agissant en particulier du trouble somatoforme douloureux évoqué par le Dr G.\_\_\_\_\_, ce diagnostic a fait l'objet d'un examen conforme à la jurisprudence en la matière (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2), dont il ressort au final que dite atteinte à la santé ne peut être considérée comme invalidante en l'espèce. En vertu des règles de jurisprudence applicables en matière de troubles somatoformes douloureux persistants, le seul diagnostic d'une telle atteinte à la santé n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (cf. ATF 130 V 352). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son

acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

En l'espèce, la Dresse R. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé de comorbidité psychiatrique chez le recourant. Les affections corporelles chroniques ont été dûment investiguées et les limitations en découlant clairement établies. Cette psychiatre a indiqué que le processus maladif s'étend depuis de nombreuses années, un arrêt de travail définitif ayant eu lieu dès février 2001. Il n'existe pas de perte d'intégration sociale et un état psychique cristallisé fruit d'un processus défectueux de résolution du conflit n'était pas établi, le degré d'instruction du recourant confirmant que ce dernier bénéficie de ressources psychiques suffisantes pour l'exercice d'une activité valorisante. Les traitements prescrits ont été qualifiés de conformes aux règles de l'art, le recourant ne prenant au demeurant plus de médicaments psychotropes. Au vu de l'ensemble de ces constatations, le trouble somatoforme douloureux évoqué par le médecin traitant ne peut être retenu en tant qu'atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, le rapport d'examen psychiatrique de la Dresse R. \_\_\_\_\_ s'avère objectif, rigoureusement scientifique, nuancé et dûment motivé, de sorte qu'il emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3f supra.

**4. a)** L'art. 16 LPGA dispose que 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.

L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'objet de l'assurance consiste par conséquent en l'incapacité pour l'assuré de réaliser un gain par l'accomplissement d'un travail exigible (art. 7 et 8 LPGA), étant précisé à cet égard que le devoir de réadaptation incombe en premier lieu à l'assuré lui-même (ATF 113 V 28 consid. 4a; TFA I 871/2005 du 31 octobre 2006, consid. 5).

L'évaluation de l'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative est effectuée, dans la mesure du possible, selon la méthode générale de comparaison des revenus. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises, selon la jurisprudence, que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_439/2009 du 30 décembre 2009 consid. 5.1).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence préconise, pour la détermination du revenu d'invalide, la référence aux données statistiques, telle que celles-ci résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (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 valeur centrale.

**b)** En l'espèce, la décision attaquée retient un revenu sans invalidité pour 2008 de 63'622 francs. Ce montant se fonde sur les salaires minimaux dans le domaine du gros œuvre vaudois en 2008, à savoir un salaire mensuel brut de 4'894 fr. pour un ouvrier de la construction avec connaissances professionnelles (catégorie B). Servi treize fois l'an, on obtient ainsi un revenu annuel brut de 63'622 fr. (4'894 fr. x 13), montant qui correspond au revenu sans invalidité retenu par l'OAI. Le recourant soutient, à tort, que le revenu sans invalidité retenu par l'administration serait inférieur au revenu indexé tel que ce dernier ressort du rapport de l'employeur 2001. En effet selon ce dernier document, le recourant aurait pu réaliser un salaire horaire brut (2001) de 24 fr. 85 pour une moyenne journalière de travail dans l'entreprise de 8.1 heures à raison de 5 jours par semaine, soit un salaire horaire à mettre en relation avec un total annuel de 1'944 heures travaillées (8.1h. x 5 x 48 sem./an). En tenant compte du droit aux vacances sur le salaire réalisable (4.33%) ainsi que d'un salaire mensuel servi treize fois l'an, le recourant aurait alors perçu un revenu annuel brut 2001 de 54'600 fr. 16 ( $\{24 \text{ fr. } 85 \times 1944 \text{ h.}\} \times 4.33\% / 12 \times 13$ ). Indexé à l'évolution des salaires nominaux de 2001 à 2008, c'est en définitive un revenu annuel brut sans invalidité de 60'237 fr. 45 (+ 1.8%, + 1.4%, + 0.9%, + 1%, + 1.2%, +1.6%, +2%, source: [www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200912/pdf/Tabellenteil.pdf](http://www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200912/pdf/Tabellenteil.pdf), Tableau B 10.2) qui aurait pu être réalisé en 2008 sur la base des données de l'employeur. Ce montant apparaissant cependant inférieur au salaire minimum tel que garanti en 2008 dans le domaine du gros œuvre, c'est partant à bon droit que la décision attaquée prend en compte un revenu réalisable sans invalidité 2008 de 63'622 francs.

S'agissant du revenu avec invalidité pour 2008, considérant que le recourant bénéficiait alors d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans toute activité adaptée à ses handicaps (cf. consid. 3g supra), soit pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), le salaire d'invalidé brut s'établit sur la base des salaires ressortant des données statistiques de l'ESS 2006 à savoir un montant mensuel de 4'732 fr. pour une durée de travail hebdomadaire de

40 heures, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (source: [www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200812/pdf/Tabellenteil.pdf](http://www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200812/pdf/Tabellenteil.pdf), Tableau B 10.1), soit un salaire mensuel brut de 4'933 fr. 11 pour une durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures correspondant à la moyenne usuelle réalisée dans les entreprises en 2006 (Tableau B 9.2). Partant pour 2006, le revenu annuel d'invalidé réalisable s'élève à 59'197 fr. 32 (4'933 fr. 11 x 12). Après indexation à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.6% et + 2.0%, source: [www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200912/pdf/Tabellenteil.pdf](http://www.lavieéconomique.ch/fr/editions/200912/pdf/Tabellenteil.pdf), Tableau B 10.2), le revenu d'invalidé réalisable en 2008 est de 61'347 fr. 37.

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ESS, tel qu'en l'espèce, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd). En l'occurrence, la décision litigieuse retient un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles affectant le recourant (alternance des positions assis/debout, pas de port de lourdes charges, pas de gros efforts physiques et pas de mouvements en porte-à-faux de la colonne lombaire). Contrairement à ce que soutient ce dernier, l'appréciation de l'OAI apparaît justifiée au vu des circonstances, de sorte qu'en l'absence de motifs suffisants, il n'y a pas lieu pour la cour de céans

de substituer son appréciation à celle de l'administration, le taux d'abattement de 10% devant être admis. Partant après déduction de l'abattement, le revenu d'invalidé 2008 s'élève ainsi à 55'212 fr. 63 (61'347 fr. 37 - 10%).

Après comparaison, au sens de l'art. 16 LPGA, entre le revenu réalisable sans invalidité (63'622 fr.) et celui d'invalidé (55'212 fr. 63), le degré d'invalidité s'élève à 13.21% ( $[(63'622 \text{ fr.} - 55'212 \text{ fr. 63}) / 63'622 \text{ fr.}] \times 100$ ), soit 13% (taux arrondi, cf. ATF 130 V 121). On constate ainsi que ce degré d'invalidité - lequel diffère d'un pourcent par rapport à celui ressortant de la décision litigieuse - n'ouvre pas le droit au recourant à l'allocation d'une rente AI (cf. consid. 3c supra). Le degré de 13% se révèle par ailleurs inférieur au minimum fixé par la jurisprudence en ce qui concerne l'octroi de mesures de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4 et les références citées).

**5.** La nouvelle demande déposée le 29 novembre 2006 ne peut être examinée que si le recourant rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). L'administration étant entrée en matière sur cette nouvelle demande, il convient dès lors de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue, ceci par analogie avec la règle de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 3d supra).

En l'occurrence, la dernière décision de refus entrée en force est celle rendue le 3 novembre 2004 par l'OAI. A cette occasion, l'administration avait estimé que la situation médicale du recourant n'avait pas évolué depuis le rejet de sa précédente demande par décision du 2 mai 2002. A cette époque, soit en 2001, le recourant souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que d'un syndrome lombosciatique gauche sur discopathies débutantes L3-L4 et L4-L5. A lecture des pièces au dossier on constate qu'en 2006 ces affections ont quelque peu évolué, le recourant souffrant alors d'une discopathie dégénérative L3-L4

avec hernie discale médiane à paramédiane gauche L5-S1. Une intervention chirurgicale a par la suite été pratiquée le 12 février 2007 par le Dr E.\_\_\_\_\_. Force est de constater que, sous l'aspect purement médical, l'état de santé du recourant s'était aggravé en 2006 par rapport à 2001 et qu'il présente une incapacité de travail entière dans l'activité d'ouvrier du bâtiment, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 13% qui se révèle être en deçà du minimum légal de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées et 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées). Le rapport médical du 7 janvier 2010 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant du recourant depuis octobre 2009, ne contient aucun élément médical nouveau de nature à rediscuter ou à mettre en doute le bien fondé de l'appréciation médicale du dossier, respectivement à susciter un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire telle que requise en l'espèce.

**c)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 a contrario LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 août 2009 par l'Office AI pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Caroline Ledermann de Procap service juridique (pour O. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :