

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1957, réside sans interruption en Suisse depuis 1997 et est actuellement au bénéfice d'un permis C. Sans formation professionnelle, il a travaillé auprès de la société F. _____ SA, sise à [...], de février 1999 à décembre 2004, en tant que manœuvre. Il a ensuite travaillé comme ouvrier viticole de juin 2006 à avril 2007.

Par déclaration d'accident du 7 octobre 2004, la société F. _____ SA a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) que, le 4 octobre 2004, l'assuré s'était blessé à la jambe gauche (coupure) sur son lieu de travail. Suite à cette annonce, la CNA a pris en charge le cas.

L'assuré a été hospitalisé du 23 février au 13 avril 2005 à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique M. _____). Selon le rapport du 18 avril 2005, les diagnostics posés étaient une contusion du creux poplité gauche et un trouble dépressif majeur, de degré sévère. Les médecins de la Clinique M. _____ ont certifié que les importantes limitations constatées ne pouvaient guère s'expliquer par les seules constatations objectives et que les éléments radiologiques tendaient à confirmer que l'atteinte lésionnelle était en voie de résolution. Ils ont également indiqué que l'état dépressif majeur de l'assuré semblait jouer un rôle prépondérant dans l'évolution peu favorable. Les médecins de la Clinique M. _____ ont conclu à une capacité de travail de 50% dans la profession de manœuvre du 14 avril au 9 mai 2005.

Dans son appréciation médicale du 11 mai 2005, le Dr V. _____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a relevé que les différents examens pratiqués sur l'assuré avaient permis d'exclure une lésion fracturaire ou ligamentaire susceptible d'expliquer la durée des troubles et que la maladie de Sudeck pouvait clairement être

exclue. Il a mentionné que l'assuré souffrait d'un état dépressif sévère, dont le rôle dans l'évolution de l'époque avait été souligné. Le Dr V._____ a conclu que l'on pouvait raisonnablement estimer que la contusion subie le 4 octobre 2004 ne jouait vraisemblablement plus de rôle dans les troubles présentés par l'assuré, qui étaient à mettre en relation avec des facteurs non organiques et psychiatriques. Le Dr V._____ a ainsi retenu qu'au plus tard huit mois après l'accident, soit au 4 juin 2004 [recte : 2005], la contusion aurait largement cessé de déployer ses effets sur le plan somatique.

Se basant sur le rapport de la Clinique M._____ du 18 avril 2005 et sur l'appréciation médicale du Dr V._____ du 11 mai 2005, la CNA a, par décision du 3 juin 2005, confirmée sur opposition le 25 octobre suivant, mis un terme à ses prestations avec effet immédiat.

b) Le 14 décembre 2005, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 25 février 2006 adressé à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et allergologie, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur et une gonalgie gauche persistante post-traumatique depuis 2004 ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a indiqué, en cochant les cases correspondantes, que l'état de santé de l'assuré était à la fois stationnaire et s'aggravait. Le Dr J._____ demandait l'octroi en faveur de l'assuré d'une rente AI à 100% à la fois en raison des problèmes psychiatriques et orthopédiques liés à l'accident.

Par avis médical du 14 août 2006, le Dr H._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est rallié à la position de la CNA sur le plan rhumatologique. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour apprécier l'évolution du trouble psychique de l'assuré.

Il ressort du rapport d'expertise établi le 28 juin 2007 par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'assuré avait, pour des raisons financières, repris une activité à 100% dès le 1^{er} juin 2006. En l'absence de tableau clinique psychiatrique chez l'expertisé et puisque ce dernier n'avait pas de plainte particulière à part des douleurs minimales au niveau du genou, le Dr L._____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail et conclu que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail entre l'automne 2005 et l'hiver 2006.

Dans un rapport du 28 mars 2008, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une ostéochondronécrose aseptique de la hanche gauche et une gonarthrose gauche justifiant une nouvelle incapacité de travail totale de l'assuré à compter du 27 avril 2007. Il a en outre indiqué que la nécessité d'une prothèse totale de hanche devait encore être évaluée dans les mois à venir. Il a précisé que, même avec ce traitement, l'assuré ne serait probablement pas à même d'exercer son métier de manœuvre.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR le 17 juin 2008, par la Dresse O._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a notamment retenu ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion sur la capacité de travail***

- **COXALGIES G DANS LE CADRE D'UNE OSTÉONÉCROSE ASEPTIQUE STADE III DE LA TÊTE FÉMORALE ET DU TIERS PROXIMAL DU FÉMUR CONNUE DEPUIS AVRIL 2007 (M87.9).**
- **GONALGIES CHRONIQUES GAUCHES DANS LE CADRE D'UNE GONARTHROSE DÉBUTANTE DU COMPARTIMENT INTERNE ET STATUS POST-CONTUSION EN 2004 (M17.3)**

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- **LOMBALGIES RÉCENTES DANS LE CADRE D'UN TROUBLE STATIQUE ET D'OBÉSITÉ.**
- **DOULEURS AU COUDE G SANS LÉSION STRUCTURELLE DÉCELABLE.**
- **OBÉSITÉ (BMI 33,5)**
- **MAJORATION DES SYMPTÔMES.**
- **STATUS POST-CURE DE HERNIE INGUINALE EN JUIN 2008.**

APPRÉCIATION DU CAS

Cet assuré d'origine portugaise présente donc des douleurs persistantes au genou G suite à une contusion lors d'un accident de travail en octobre 2004. Les investigations approfondies ont permis d'exclure une algoneurodystrophie, mais il y a des signes d'une méniscopathie sans déchirure interne et externe. En août 2005, la scintigraphie osseuse met en évidence une probable arthrose du compartiment interne du genou G et une lésion suspecte d'ostéodysplasie sur le fémur disal D et aux deux tibias. En avril 2007, l'assuré développe des douleurs à la hanche gauche, où l'IRM montre une image compatible avec une ostéonécrose aseptique.

Lors de l'examen clinique, on est en face d'un homme de 51 ans, obèse, d'expression sombre, assez collaborant durant l'entretien, mais carrément oppositionnel lors de l'examen du membre inférieur G. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction d'une légère douleur à la palpation de la région de la récente intervention abdominale.

[...]

Les grandes articulations de la jambe D sont bien mobiles et indolores. La mobilisation du genou et de la hanche G se heurte à une opposition ferme en raison des douleurs, la mobilité active est fortement réduite. On observe cependant une certaine discrédance entre les positions spontanément prises et les mouvements demandés. Il y a des douleurs diffuses à la palpation de toute la jambe G, mais les genoux sont calmes et les ligaments paraissent stables. Sur le plan fonctionnel, l'assuré dit ne pas pouvoir marcher sur les talons et les points de pied à G, il ne s'accroupit qu'à moitié et effectue l'agenouillement également difficilement à cause des douleurs à gauche. Par contre, il se relève en s'appuyant sur le membre inférieur G.

[...]

Le dossier radiologique ne contient que des clichés des hanches où on trouve effectivement une image compatible avec une ostéonécrose de la tête fémorale gauche avec œdème médullaire étendue du fémur proximal. L'IRM de contrôle de juin 2008 met en évidence un effondrement du cartilage, par contre l'œdème et l'épanchement articulaire sont plutôt en régression.

En résumé, cet assuré présente des douleurs chroniques, notamment de la jambe G, qui peuvent être partiellement expliquées par une ostéonécrose aseptique de la hanche G avec chondropathie stade II et des lésions dégénératives mineures du genou G. Il y a cependant beaucoup de discordances entre les handicaps respectivement les douleurs alléguées et les données cliniques, l'assuré est démonstratif, voire oppositionnel et vise clairement une rente.

Objectivement, il y a des limitations fonctionnelles bio-mécaniques contre-indiquant tout travail lourd et/ou dans des positions vicieuses pour le genou et la hanche. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière avec éventuellement une diminution du rendement due aux difficultés de déplacement et la nécessité de changer de position, qui peut être

estimée à 10-15%. Le traitement de choix est la pose d'une prothèse de la hanche, mais les limitations fonctionnelles vont rester les mêmes, à part la limitation du périmètre de marche ; la capacité de travail devrait alors atteindre 100%. Une réorientation professionnelle est donc indiquée et peut commencer de suite (cas discuté avec le Dr B._____).

Limitations fonctionnelles

Eviter une position statique prolongée debout, accroupie et agenouillée. L[e] port de charge est limité à 10kg occasionnellement. L'assuré ne peut pas se déplacer en terrain accidenté, gravir des pentes, escaliers ou échelles. Pour se déplacer de plus de 100m, il utilise encore une canne.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?
Depuis le 27.04.2007 (rapport médical du Dr K._____ du 02.04.2008)

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
100% dès lors dans ses activités habituelles.

Concernant la capacité de travail exigible, l'atteinte de la hanche G contre-indique des métiers lourds comme manœuvre sur les chantiers ou ouvrier dans les vignes. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, essentiellement dans une position assise avec la possibilité de se lever de temps en temps, est cependant exigible à un taux quasi entier. Il devrait être autour de 70% à 80%. Au moment où l'on recevra les radiographies, le cas devra encore être discuté avec le Dr B._____, orthopédiste au SMR.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 85%

DEPUIS : DÉBUT 2008 AU PLUS

TARD»

Le 15 juillet 2009, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006, compte tenu de son incapacité de travail et de gain entière jusqu'au mois d'avril 2006. A partir de cette date, l'intéressé a retrouvé une capacité de travail entière dans l'exercice de sa profession habituelle, de sorte que la rente est supprimée le 30 juin 2006. Reprenant les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique de la Dresse O._____, l'office a retenu que, suite à la nouvelle atteinte à la santé de l'assuré survenue en avril 2007, l'exercice de sa profession habituelle de manœuvre n'était plus exigible. Néanmoins, une capacité de travail de 85% pouvait raisonnablement être exigée de

l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan économique, l'OAI s'est fondé sur un revenu de valide de 61'438 fr. et un revenu d'invalidé de 46'962 fr. – sur lequel un abattement de 10% a été appliqué – pour arrêter la perte de gain à 14'476 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 24%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Le 31 août 2009, l'assuré a formé opposition au projet précité, contestant la capacité de travail exigible et le taux d'abattement appliqué sur le revenu d'invalidé. Il a notamment produit à l'appui de son opposition le rapport médical établi le 28 août 2009 par le Dr K._____, selon lequel il souffrait, entre autre, d'une ostéochondrose aseptique de la tête du fémur au niveau de sa hanche gauche, jusqu'alors évolutive, l'obligeant à marcher en décharge avec des cannes anglaises et sur de courtes distances. Ce rapport retenait en outre que l'assuré était inapte à travailler à 100%, ce qui pourrait être modifié, probablement après un traitement chirurgical.

Le 4 mars 2010, le Dr K._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait davantage de coxalgies et de douleurs irradiantes vers son genou gauche, suite à une évolution progressive de fragmentation et dépression au niveau du foyer d'ostéochondronécrose de la tête du fémur gauche. L'indication pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche étant clairement posée, il avait proposé ce traitement à l'assuré qui s'était montré très réticent. Ce médecin a finalement relevé que l'état de l'assuré ne permettait pas, en l'absence d'un traitement chirurgical, la reprise d'une activité professionnelle.

Par avis médical du 6 août 2010, le Dr Y._____ du SMR a maintenu l'exigibilité médicale de l'assuré de 85% dans une activité adaptée, au motif que le Dr K._____ n'avait pas d'arguments médicaux remettant en question les conclusions du SMR, basées sur un examen clinique complet et probant.

On extrait notamment ce qui suit d'un avis juriste de l'OAI du 28 septembre 2010 :

« A noter que le SMR a estimé que la CT exigible se situait entre 70 et 80% ce qui représente une exigibilité de 75% et non pas de 85%...

Du point de vue économique :

La réduction de 10% a été faite en raison de l'âge de l'assuré (cf. calcul ESS du 18.12.2008). On pourrait retenir 15% pour tenir compte du taux d'activité réduit. Les LF ne justifient pas de facteur de réduction en l'espèce, puisqu'elles sont déjà été largement prises en compte dans l'appréciation de la CT résiduelle (ATF I 785/02) ».

L'OAI a rendu un second projet de décision le 5 novembre 2010, annulant et remplaçant le projet du 15 septembre 2009 et confirmant le droit de l'assuré à une rente AI entière du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006. Passée cette date, l'OAI a retenu chez l'assuré une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan économique, l'OAI s'est fondé sur un revenu de valide de 61'438 fr. Appliquant un taux d'abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, il a retenu que celui-ci était de 39'135 fr. et arrêté la perte de gain à 22'303 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 36%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Dans sa lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a justifié ce nouveau projet de décision comme suit :

« Du point de vue médical, et après avoir réinterrogé le Dr K._____, nous maintenons que votre état de santé permet l'exercice d'une activité adaptée. Le Dr K._____ invoque des motifs non médicaux à l'appui de sa position.

Des motifs tels que l'absence de formation professionnelle et le niveau de français n'entrent pas en considération lors de l'évaluation médicale de la capacité de travail exigible. Ces motifs et leur impact sur la possibilité de mettre en valeur cette capacité de travail sont pris en considération par le service de réadaptation lors de l'étude des possibilités de réinsertion.

Force est de constater cependant qu'au vu du rapport d'examen clinique daté du 7 août 2008, qui évalue votre capacité de travail entre 70 et 80%, il convient de retenir une exigibilité de 75% et non pas de 85%.

Votre revenu d'invalidé se fonde sur les salaires statistiques pour des activités non qualifiées accessibles sans formation particulière et ne demandant pas de connaissances professionnelles préalables. Quant à la maîtrise du français, on relève que vous avez travaillé

plusieurs années en Suisse et qu'il n'est pas relevé de problème de communication dans le rapport d'examen clinique que vous avez passé au SMR.

Vous ne présentez par ailleurs pas un âge suffisamment avancé pour exclure toute possibilité de réinsertion sur le marché du travail.

Nous avons par contre tenu compte du facteur âge comme réduction sur le revenu d'invalidé. Nous pouvons ajouter 5% de réduction en raison de votre taux d'activité réduit ».

Le 2 décembre 2010, l'assuré a formé opposition contre la décision du 5 novembre 2010. Il a ensuite déposé ses observations motivées le 20 janvier 2011 et requis le réexamen, à titre subsidiaire, de son droit à des mesures professionnelles.

Par décision du 6 octobre 2011 confirmant son projet du 5 novembre 2010, l'OAI a donné droit à l'assuré à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006 et a refusé toute rente ultérieure pour les raisons contenues dans son projet.

Par courrier du 14 octobre 2011 adressé à l'OAI, l'assuré s'est opposé à la décision du 6 octobre 2011, sans autre motivation. L'office a transmis ce courrier à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 19 octobre 2011, comme objet de sa compétence. La Cour de céans a octroyé un délai à l'assuré pour compléter son acte de recours. L'intéressé n'ayant pas donné suite à l'injonction de l'autorité cantonale, son recours a été déclaré irrecevable le 12 décembre 2011 et la décision du 6 octobre 2011 est devenue définitive.

B. Dans l'intervalle, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle de quatre semaines au Centre Orif-COPAI d'I. _____ (ci-après : COPAI) du 12 septembre au 7 octobre 2011.

Le rapport final du COPAI du 24 octobre 2011 à l'attention de l'OAI retient ce qui suit :

« CONCLUSION

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis qu'à l'heure actuelle, face à des activités légères, à exécuter en position assise de préférence, tout

en ayant la possibilité d'alterner, M. R. _____ peut travailler durant toute la journée avec un rendement de 70%. Ce rendement est susceptible d'augmenter quelque peu après une période de réentraînement au travail. Du contrôle simple, du conditionnement, des petits montages à l'établi ou la conduite/alimentation de machines automatiques ou semi-automatiques de production légère et répétitive, pourraient convenir. Une aide au placement est indispensable ».

Est joint au rapport final précité le rapport du Dr X. _____, médecin-consultant au COPAI, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. R. _____ peut reprendre une activité professionnelle à plein temps, légère, respectant les limitations fonctionnelles définies par le SMR. Comme il est déconditionné, une productivité de 70% devrait être acceptée au début avec espoir d'amélioration à 85% comme l'estime le SMR après une période de réentraînement. Le travail doit se faire le plus souvent en position assise, mais ménager des possibilités de se lever de temps en temps. Il peut s'agir de production légère, répétitive, pas trop précise, de travaux à l'établi ».

C. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 21 mars 2013, invoquant un problème à la jambe gauche depuis le 4 octobre 2004.

Par courrier du 24 avril 2013 adressé à l'OAI, le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a indiqué, sans autres explications, que l'intéressé avait présenté de nouvelles pathologies et que son état de santé méritait une réévaluation.

Dans un rapport du 22 juillet 2013, le Dr A. _____ a indiqué suivre l'intéressé depuis 2011 et posé les diagnostics de coxarthrose gauche, suspicion de syndrome du tunnel carpien des deux côtés, épitrochléite des deux côtés, cervicalgies chroniques, lésion méniscale médiale du genou gauche ainsi que lombalgies chroniques. Il a précisé que l'assuré avait nécessité une prise en charge hospitalière, notamment à l'hôpital de Z. _____, pour un problème de médecine interne. Ce praticien a en outre indiqué qu'il était trop tôt pour se déterminer quant à une réinsertion professionnelle et que le pronostic de l'assuré lui paraissait réservé.

Dans un avis médical du 12 novembre 2013, les Drs G. _____ et S. _____ du SMR ont notamment relevé que le Dr A. _____ ne se prononçait ni sur l'exigibilité, ni sur les limitations fonctionnelles de l'assuré. Ces praticiens ont également retenu que l'atteinte de la hanche et les gonalgies gauches avaient déjà été retenues comme incapacitantes lors de l'examen en juin 2008 de la Dresse O. _____, qui avait par ailleurs décrit comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des lombalgies et des douleurs au coude gauche. Aux médecins du SMR de conclure qu'il était donc possible que hormis la suspicion de tunnel carpien, les autres atteintes soient préexistantes à juin 2008.

Sur demande de l'OAI, le Dr E. _____, pneumologue et médecin-chef à l'hôpital de Z. _____, a transmis le 7 avril 2014, trois lettres de sortie établies par ses soins, attestant les séjours de l'assuré dans le service de pneumologie pour une d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO) de stade II-III, le premier du 23 novembre au 15 décembre 2012, le deuxième du 10 au 14 avril 2013 et le troisième du 15 au 16 juillet 2013. Le dernier rapport mentionnait également une suspicion du syndrome du tunnel carpien bilatéral, sans explication supplémentaire.

Dans un rapport SMR du 28 mai 2014, le Dr S. _____ a en substance relevé ce qui suit (sic):

« **Capacité de travail exigible :**

Activité habituelle d'ouvrier viticole et manœuvre dans la construction : 0%.

Activité adaptée : 85%.

Limitations fonctionnelles : pas d'activité en position statique prolongée, debout, accroupie et agenouillée ; pas de port de charge de plus de 10kg occasionnellement ; pas de déplacement en terrain accidenté ; pas de montée de pentes, escalier ou échelles ; utilisation d'une canne pour les déplacements de plus de 100m. Pas d'exposition aux irritants bronchique et aux poussières.

[...]

Il s'agit de la deuxième demande daté du 27.07.2013 d'un assuré de 55 ans d'origine portugaise, en Suisse depuis 1998. Il n'a pas de

formation professionnelle et travaille dans la construction puis comme ouvrier agricole.

La première demande date du 14.12.2006 pour des coxalgies G. Sur la base d'un rapport d'examen effectué le 17.06.2008 par la Dresse O._____, physiatre, retenant dans le cadre d'une nécrose aseptique de la tête fémorale stade III ainsi que des gonalgies chroniques dans le cadre d'une gonarthrose débutante, le SMR conclut à une CT de 85% dans une activité adaptée. L'assuré bénéficie d'une aide au placement.

La deuxième demande est appuyée par le Dr A._____ orthopédiste. Dans son RM succinct du 22.07.2013 ce spécialiste mentionne une coxarthrose ainsi que des gonalgies G. Ce médecin ne décrit pas le status ni mentionne si des examens radiologiques ont été effectués.

[...]

Nous avons également pris connaissance des LS de l'hôpital de Z._____ du 15.02; 04.06 et 30.08.2013. Le Dr E._____ pneumologue et médecin chef retient une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) stade II-III avec VEMS à 38% du prédit. Lors du dernier séjour de juillet 2013 la ventilation nasale assistée a pu être arrêtée.

Cet assuré souffre d'atteinte à la santé pulmonaire et ostéoarticulaire.

Sur le point de vu respiratoire il s'agit d'un BPCO stade III. L'atteinte est de sévérité modérée à importante engendrant une dyspnée au moindre effort. Toutefois lors du séjour en juillet 2013 à l'hôpital de Z._____ la ventilation assistée a été arrêtée ce qui montre une stabilisation de la situation. En l'absence d'autre signes de gravité nous retenons cette atteinte non incapacitante mais justifiant des LF.

Sur le plan ostéoarticulaire nous avons discuté du cas à l'interne avec le Dr G._____ rhumatologue au SMR. Ce spécialiste confirme la faible sévérité des atteintes dégénératives objectivées aux radiographies de la hanche et des genoux. L'atteinte et la sévérité sont superposables à celle mentionnées par l'analyse du dossier radiologique effectuée en juin 2008 (cf p. 5) par la Dresse O._____ et justifient des mêmes LF. A noter que la Dresse O._____ avait retenu en 2008 des LF ainsi qu'une diminution du rendement en raison de difficultés de déplacement, ce qui était déjà compris dans les restrictions.

Au vu de ces éléments et de l'appréciation généreuse de la Dresse O._____ en 2008 nous retenons une aggravation de l'état de santé au niveau pulmonaire. Nous concluons à une CT nulle dans l'activité habituelle et de 85% dans une activité sédentaire avec les même LF qu'en 2008 sans exposition aux poussières et aux irritants bronchiques. »

Dans un avis médical complémentaire du 10 juillet 2014, le Dr S._____ a indiqué ce qui suit :

« Date de la demande : 25.03.2013 Avis complémentaire

[...]

Sur le plan pulmonaire sur la base des LS du de l'hôpital de Z._____ datant du 2013 nous avons retenu une dyspnée d'effort dans le cadre d'une BPCO stade III. Dans son rapport de consultation du 16.06.2014 le Dr D._____ pneumologue quantifie la dyspnée à II-III selon NYHA. A la spirométrie le rapport de Tiffenau est à 48% et le VEMS amélioré de 7% par rapport à novembre 2013 Ce spécialiste mentionne avoir encouragé l'assuré à reprendre une activité physique régulière

La BPCO est une obstruction bronchique chronique avec toux et dyspnée d'effort. Le suivi se fait par la clinique et par les fonctions pulmonaires. Celles-ci peuvent fluctuer en fonction de l'obstruction qui peut être fortement augmentée mais de manière transitoire en cas d'infection par ex. ou d'exposition aux irritants bronchique et aux poussières. Selon le Dr D._____ notre assuré présente actuellement une dyspnée stade II-III selon NYHA (dyspnée au moindre effort). Une activité physique adaptée est encouragée par le Dr D._____ et peut même être bénéfique à terme sur l'évolution de la dyspnée.

En raison de l'atteinte broncho-pulmonaire cet assuré doit bénéficier d'une activité sédentaire légère. L'absence d'effort est déjà comprise dans les LF d'épargne des MI. Les LF nouvelles pour la BPCO concernent la non exposition aux irritants bronchiques et aux poussières pour éviter une exacerbation. La CT n'est pas diminuée par l'atteinte pulmonaire.

En relisant le rapport d'examen clinique rhumatologique du 17.06.2008, en page 7 la Dresse O._____ évoque un taux quasi entier, autour de 70-80%. Après examen des radiographies avec le collègue _____ orthopédiste _____ au SMR Dr B._____, le taux a été fixé à 85%. Comme déjà mentionné dans notre rapport SMR du 28.05.2014 nous trouvons ce taux généreux.

Pour toutes ces raisons nous maintenons le taux de CT dans une activité adaptée à 85%. ».

Par courrier du 17 juillet 2014 adressé au SMR, le Dr A. _____ a précisé que les interventions programmées avaient dû être reportées, puis annulées, en raison des problèmes de l'assuré relevant de la médecine interne, de l'urologie ainsi que des suites d'une chute. Il a également indiqué que le statut orthopédique concernant la hanche gauche restait inchangé, que les douleurs aux deux coudes avaient régressé transitoirement et que les cervicalgies et les douleurs lombaires avaient également répondu temporairement au traitement médical.

L'OAI a dressé un projet de décision le 9 septembre 2014, par lequel il refusait d'octroyer une rente en faveur de l'assuré, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

A la suite de la demande initiale déposée le 14 décembre 2005, vous avez bénéficié d'une rente entière du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006.

A cette échéance votre capacité de travail était estimée à 85% dans toute activité adaptée à votre état de santé, soit un poste de travail qui ne vous impose pas de :

- Position statique prolongée debout, accroupie et agenouillée.
- Port de charges supérieur à 10kg occasionnellement
- Déplacement en terrain accidenté ou qui demande de gravir des pentes, des escaliers ou des échelles

Le 25 mars 2013, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Les éléments médicaux en notre possession confirment :

- Votre incapacité de travail entière dans l'activité habituelle d'ouvrier viticole et de manœuvre dans la construction
- Une capacité de travail de 85% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées auxquelles s'ajoutent celles qui sont constatées en raison d'une nouvelle atteinte depuis 2008, soit une activité sédentaire qui ne vous expose pas aux poussières et irritants bronchiques sans toutefois diminuer la capacité de travail précitée.

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'invalidé (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.

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 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, 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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.8% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'420.02 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 85%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 53'057.02.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 45'098.47.

Sans atteinte à la santé et dans les activités pratiquées avant votre première demande, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 64'727.22

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 64'727.22
avec invalidité	CHF 45'098.47

la perte de gain s'élève à CHF 19'628.75 = un degré d'invalidité de 30.33%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée »

Le 14 octobre 2014, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, alléguant une aggravation de son état de santé. Il a indiqué souffrir de cervicalgies chroniques, difficulté à marcher, lombalgies chroniques et trouble de l'humeur. L'intéressé a également exposé que vu son âge, il ne voyait pas qui pourrait l'engager afin de se réintégrer au monde du travail. Il priait l'OAI de se renseigner auprès du Dr N. _____, à [...], pour plus d'informations.

Par courrier du 17 octobre 2014, dont copie a été adressée au Dr N._____, médecin traitant, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de vingt jours pour fournir les rapports médicaux appuyant ses objections. Ce délai a ultérieurement été prolongé au 25 janvier 2015, à la demande du Dr N._____.

Le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 2 février 2015 de la Dresse T._____, spécialiste en radiologie, indique ce qui suit :

« Indication : Lombosciatalgies gauches de longue date sans notion de traumatisme.

[...]

CONCLUSION :

Légère sténose canalaire en L4-L5 sur protrusion discale postéromédiane paramédiane droite légèrement sténosante sans signe de conflit radiculaire.

Légère sténose canalaire et foraminale des deux côtés en L5-S1 sur hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante et arthrose interfacettaire. La racine S1 gauche peut occasionnellement être irritée ».

Par avis médical du 16 février 2015, le SMR, soit pour lui le Dr H._____, a relevé que le rapport d'IRM du 2 février 2015 dépassait la date limite fixée par l'office. Il a en outre exposé que les limitations fonctionnelles qu'occasionneraient les modifications contenues dans le rapport d'IRM étaient les mêmes que celles qui avaient été définies dans le rapport SMR et que des modifications radiologiques ne pouvaient à elles seules constituer un motif d'incapacité de travail. Le Dr H._____ estimait qu'il était donc nécessaire d'obtenir un rapport médical complet du Dr N._____.

Par avis médical SMR du 19 mai 2015, le Drs H._____ et U._____, ont exposé ce qui suit :

« Le Dr N._____ ne remplit pas le questionnaire requis et se contente de nous ré-adresser diverses pièces que nous discuterons comme suit :

- RM de consultation du 23.4.2015 du service d'urologie : Il existe un fait nouveau sous la forme d'un carcinome de la vessie diagnostiqué le 1.4.2014, et ayant fait l'objet de plusieurs résections et traitements. A 5 ans, la nature progressive sur le

plan tumoral (45%) et récidivante (78%) de la maladie est connue. Cependant les traitements n'impliquent pas une incapacité de travail de longue durée et une cystoscopie est pour l'instant refusée par l'assuré.

- Une lettre à l'intention de l'assuré, du Dr A. _____, FMH en orthopédie, avançant plusieurs diagnostics tous connus selon sa lettre du 17.7.2014, à l'exception d'une suspicion de tunnel carpien bilatéral. Tant les lombalgies chroniques, que les problèmes de la hanche et du genou, ainsi que des coudes avaient été pris en compte, certains traités avec succès avec des anti-inflammatoires, d'autre nécessitant la reconnaissance de LF. Un tunnel carpien ne peut représenter une IT de longue durée, d'autant qu'il ne s'agit que d'une suspicion et qu'un traitement chirurgical serait à même de résoudre en 3 mois le problème. Il n'y a pas de fait nouveau pouvant modifier les avis précédents.

En conclusion, sans certificat médical pour une affection même tumorale non susceptible de justifier une IT de longue durée, il n'existe pas actuellement d'élément pouvant valider une interruption de la réinsertion initiée.

Dans la mesure où nous ne devons pas préteriter l'assuré par un défaut de renseignement de son médecin, je remercie le Dr N. _____ afin qu'il remplisse entièrement le rapport médical initial, et d'adresser un rapport médical initial au service d'urologie du [Centre hospitalier W. _____]. »

Dans un rapport du 6 juillet 2015, le Dr C. _____, médecin au service d'urologie du Centre hospitalier W. _____, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de carcinome urothélial de vessie non musculo-invasif nécessitant un traitement ambulatoire et précisé que, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100%, sans réduction de rendement.

Dans un rapport du 16 juillet 2015, le Dr N. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de BPCO de stade II, dyspnée, carcinome urothélial de la vessie, hypertriglycémie, hypercholestérolémie, lombalgie sévère, gonarthrose bilatérale et de status post opération hernie inguinale bilatérale. Il a constaté que l'état de santé physique et psychique de l'assuré se péjorait de plus en plus et a émis un pronostic défavorable. Le Dr N. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% de longue date, précisant qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable et qu'aucune reprise d'activité professionnelle ne pouvait être attendue.

L'avis médical du SMR, établi par le Dr H. _____ le 18 août 2015, a la teneur suivante:

« Date de la demande . 25.03.2013

Se référer aux avis antérieurs pour un résumé du cas. Nous devons discuter des nouvelles pièces amenées par l'instruction :

- Sur le plan tumoral, l'assuré a été hospitalisé au Centre hospitalier W. _____ pour un TURV avec résection de 4 lésions vésicales en date du 24.7.2014. Le RM du 6.7.2017 estime la CT totale avec une reprise non précisée, mais que nous situons à 10 jours de l'intervention au maximum, vu l'absence de complication.
- Si le Dr. N. _____ dans son rapport du 16.7.2015 conseille fortement une expertise, il n'en amène aucune raison. Les documents attachés à son rapport très succincts ne sont pas pertinents en ce qui concerne une lettre du Dr. A. _____ datant de 2013, celle de 2014 ayant été pris en compte dans notre avis précédent. Les diagnostics mentionnés, hyperlipémie, diabète, status post opération d'une hernie inguinale bilatérale ne sont pas incapacitants. Les problèmes arthrosiques ont été abordés dans notre dernier avis et ont été considérés ne pas empêcher une activité adaptée à 85% lors de l'examen SMR en 2008. Aucun élément d'aggravation n'est amené par rapport à ces éléments. Par contre il existe sous traitement une nette amélioration de la BCPO, considérée comme stade III selon le rapport SMR et avant la prise en charge par le Dr D. _____, pneumologue, et étant actuellement comme stade II sous traitement selon son RM du 1.6.2015. On lira en bas de page la signification d'une dyspnée NYHA et comprendra la nette amélioration. Cependant nous estimons que cette amélioration ne permettra pas une augmentation de la CT tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

En conclusion il faut considérer que sur le plan de la CT, l'état est stationnaire. »

Par décision rendue le 8 septembre 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 9 septembre 2014.

D. Par acte du 5 octobre 2015, R. _____ a, par l'entremise de son conseil, recouru contre la décision du 8 septembre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation et la réforme de cette décision, subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire judiciaire soit ordonnée et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour complément d'instruction, mise sur pied d'une expertise

pluridisciplinaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait en substance grief à l'OAI d'avoir constaté les faits de manière inexacte en ne prenant pas en compte l'importance de ses atteintes physiques et de son âge, et en niant leur répercussion sur la capacité de travail. Le recourant soutient également que l'office intimé a apprécié les faits de manière arbitraire en écartant l'avis de certains médecins sans motivation et en accordant une pleine valeur probante à l'avis du SMR du 19 mai 2015. Enfin, le recourant reproche à l'intimé le taux d'abattement de 15% appliqué sur le revenu d'invalidé, estimant qu'un abattement de 25% se justifie, en raison notamment de son âge et de son manque de formation.

Par réponse du 26 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, se prévalant des différentes analyses de la situation médicale effectuées par le SMR et observant que l'assuré ne se trouvait pas dans une situation d'âge avancé.

Par réplique du 11 décembre 2015, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit notamment un rapport du 23 novembre 2015, établi par le service d'urologie du Centre hospitalier W._____, faisant état d'une hospitalisation du 22 au 25 octobre 2015 pour récurrence d'un carcinome papillaire de la vessie, ainsi qu'un rapport anatomo-pathologique relatif à cette atteinte.

L'intimé a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 11 janvier 2016.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56, 58 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).

En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 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 des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 21 mars 2013.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) De jurisprudence constante, 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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 l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées. 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).

5. En l'occurrence, étant entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 25 mars 2013 par l'assuré, l'OAI a

examiné si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité – et partant le droit à la rente – s'était produit depuis la décision de refus partielle de prestations rendue le 6 octobre 2011.

a) La décision du 6 octobre 2011 reposait essentiellement sur le rapport de la Dresse O._____, qui avait posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de coxalgies gauches dans le cadre d'une ostéonécrose aseptique stade III de la tête fémorale et du tiers proximal du fémur connue depuis avril 2007, ainsi que de gonalgies chroniques gauches dans le cadre d'une gonarthrose débutante du compartiment interne et status post-contusion en 2004. Les diagnostics non incapacitants de lombalgies, douleurs au coude gauche et status post-cure de hernie inguinale avaient également été retenus. La Dresse O._____ avait conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 85% dès le début 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (position statique prolongée debout, accroupie et agenouillée, un port de charge limité à 10kg occasionnellement, déplacement en terrain accidenté, gravir des pentes, escaliers ou échelles et utilisation d'une canne pour se déplacer sur plus de 100m).

b) Les éléments médicaux recueillis suite à la nouvelle demande de prestations ne permettent pas d'établir une modification notable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 6 octobre 2011.

aa) Sur le plan articulaire, le Dr N._____ a, dans son rapport du 16 juillet 2015, conclu à une incapacité totale en raison d'une gonarthrose. Le médecin traitant n'a cependant pas décrit précisément cette affection ni n'a explicité en quoi elle influençait la capacité de travail. Il n'a pas non plus exposé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles l'état de santé de son patient se serait aggravé, se contentant d'énumérer des considérations générales sans les confronter avec la situation médicale telle qu'elle se présentait auparavant. Les rapports
du

Dr N. _____ - du reste très succincts - apparaissent ainsi insuffisamment motivés et ne sauraient se voir conférer pleine valeur probante. Ils ne permettent donc pas de s'écarter de l'appréciation de la Dresse O. _____, selon laquelle la gonarthrose présentée par le recourant ne l'empêche pas d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 17 juin 2008. Du reste, la capacité de travail de l'assuré, malgré ses douleurs articulaires, a également été confirmée par le Dr X. _____ suite au stage d'observation au COPAI de quatre semaines.

Dans son rapport du 22 juillet 2013, le Dr A. _____ a posé les diagnostics de coxarthrose gauche et de lésion méniscale médiale du genou gauche. Les qualifications aux diagnostics ont question ne sont pas contestées par le SMR. Ce dernier a toutefois mis en évidence qu'ils étaient déjà connus lorsque la Dresse O. _____ avait examiné le recourant en juin 2008 et que le dossier radiologique ne démontrait pas d'aggravation. Force est dès lors de constater que ce praticien n'a mis en évidence aucun élément objectif et concret plaidant en faveur d'une aggravation notable des troubles articulaires du recourant. Par conséquent, on ne saurait davantage se fonder sur l'avis du Dr A. _____ pour conclure à une évolution importante des troubles articulaires de l'assuré susceptibles d'influer sur son droit à la rente.

Il s'ensuit que sur le plan articulaire, les pièces du dossier n'infirmement en rien l'appréciation de la Dresse O. _____, ni ne démontrent une aggravation des atteintes au genou gauche. Sous cet angle, il y a donc lieu de retenir que les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles qui avaient été définies lors de la décision de l'OAI du 6 octobre 2011 et que la capacité de travail demeure inchangée depuis cette date.

bb) Sur le plan pneumologique, le Dr N. _____ a diagnostiqué une BCPO de stade II, qu'il a qualifiée d'incapacitante (cf. rapport du 16 juillet 2015). Le constat du médecin traitant - au demeurant non

documenté - est infirmé par le Dr E._____, spécialiste en la matière, qui a considéré que la BCPO dont souffrait l'assuré n'avait aucune incidence sur sa capacité de travail. En outre, le SMR, dans son avis du 19 mai 2015, a exposé, en se fondant sur le rapport du Dr E._____, les raisons pour lesquelles cette nouvelle atteinte et les traitements qui avaient été mis en place ne justifient pas une incapacité de longue durée, mais uniquement des limitations fonctionnelles supplémentaires, soit l'absence d'exposition aux irritants bronchiques et aux poussières.

Au vu de ce qui précède, il ne saurait ainsi être retenu que la BCPO dont souffre le recourant influence sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

cc) Quant à l'atteinte urologique retenue comme incapacitante par _____ le Dr N._____ dans son rapport du 16 juillet 2015, la Cour de céans relève que le médecin traitant n'a aucunement expliqué en quoi elle influençait la capacité de travail du recourant. Le Dr N._____ a, par ailleurs, été contredit par le rapport médical du 6 juillet 2015 du Dr C._____, spécialiste en urologie. Ce praticien a en effet précisé que, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100%. En outre, les traitements qui ont été mis en place ne justifient pas une incapacité de travail de longue durée, ainsi que l'expose le SMR dans son rapport du 19 mai 2015.

C'est donc à bon droit que l'office intimé n'a pas considéré l'atteinte urologique comme incapacitante dans sa décision du 8 septembre 2015.

Au reste, le rapport relatif à la période d'hospitalisation du 22 au 25 octobre 2015 pour récurrence d'un carcinome papillaire de la vessie, ne saurait être pris en compte, dès lors qu'il porte sur une période sortant du pouvoir d'appréciation de l'autorité de céans, puisque postérieure à la décision attaquée du 8 septembre 2015, dont il incombe à la Cour de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait à cette date (ATF 129 V 1

consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1). Cette éventuelle rechute devra cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande (cf. consid. 2b *supra*).

dd) S'agissant de l'existence d'un tunnel carpien diagnostiqué par _____ le Dr A. _____ dans son rapport du 22 juillet 2013, il ne s'agit que d'une suspicion, qui n'est étayée par aucune analyse médicale. En tout état de cause, si cette atteinte devait être confirmée, elle ne pourrait justifier une incapacité de travail de longue durée, ainsi que le relève à juste titre le SMR dans son rapport du 19 mai 2015.

ee) Finalement, les autres atteintes qualifiées d'incapacitantes par les Drs N. _____ et A. _____ dans leurs rapports respectifs ne sont corroborées par aucun spécialiste. Ces praticiens ne décrivent du reste pas les raisons qui les conduisent à retenir les diagnostics qu'ils posent, ni ne les motivent. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que c'est à juste titre que l'office intimé n'a pas considéré ces atteintes comme incapacitantes dans sa décision du 8 septembre 2015.

c) En conclusion, il y a lieu de retenir que la situation médicale du recourant ne s'est pas modifiée de manière notable depuis la décision du 6 octobre 2011. L'assuré dispose ainsi d'une capacité de travail - certes partielle - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues par la Dresse O. _____, restées inchangées, étant précisé que des limitations fonctionnelles supplémentaires ont été ajoutées eu égard à ses problèmes pneumologiques.

On ne peut, par voie de conséquence, que rejeter la prétendue incapacité de travail invoquée par le recourant et les Drs A. _____ et N. _____ dans leurs rapports du 22 juillet 2013, respectivement du 16 juillet 2015.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction tel que requis par le recourant n'apparaît pas utile. Sa requête doit dès

lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. Sous un autre angle, le recourant soutient être proche de l'âge de la retraite de sorte qu'on ne pourrait plus exiger de lui qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in : VSI 1998 p. 293). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumise à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi

que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, on relèvera tout d'abord que l'exigibilité de l'activité a été attestée, du point de vue médical, par la Dresse O. _____ dans son rapport du 17 juin 2008. Cette exigibilité a ensuite été confirmée dans plusieurs rapports du SMR, précisant que la situation médicale n'avait pas évolué depuis lors. Attendu qu'en juin 2008, le recourant était âgé de presque 51 ans, il apparaît qu'il était encore loin d'avoir atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence évoquée plus haut est applicable.

c) Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait donc être considéré comme n'étant plus en mesure de mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique qui lui est reconnue - depuis juin 2008 - sur le marché équilibré du travail.

8. Sous l'angle économique, la Cour de céans relève que le recourant ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. L'assuré n'apporte en outre aucun élément permettant d'infirmer les chiffres retenus par l'intimé à cet égard, de sorte qu'ils n'apparaissent pas contraires au droit.

L'intéressé a contesté, en revanche, le taux d'abattement de 15% pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalidé. Il a allégué que cette déduction ne tenait pas compte de son âge, sa nationalité, son absence de formation, ainsi que des nombreuses limitations fonctionnelles, éléments justifiant à ses yeux une déduction de 25%.

a) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé - comme c'est le cas en l'espèce - sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature

à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, il appert que l'intimé a retenu un abattement de 15% eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assuré, tant sur le plan articulaire que pneumologique. Ces limitations sont sans conteste de nature à influencer sur les perspectives salariales de l'assuré, en tant qu'elles sont susceptibles de constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. Pour le reste, s'il est vrai que le recourant n'a pas de formation particulière, il n'en demeure pas moins que le manque de formation professionnelle ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 1 : tâches physiques ou manuelles simples ; voir TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5 ; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 ; TF 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5). La nationalité portugaise du recourant ne saurait influencer sur la déduction, puisque l'intéressé est enregistré en Suisse depuis 1991 et est titulaire d'un permis C. Pour le surplus, il appert que l'âge de l'assuré est suffisamment pris en compte dans l'abattement de 15% retenu par l'OAI.

c) Au vu de ce qui précède, il apparaît que les griefs invoqués par le recourant sont mal fondés et que le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI est justifié au vu des particularités du cas d'espèce.

d) S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la Cour de céans relève que l'OAI, dans sa décision du 9 septembre 2015, retient, en se fondant sur le rapport de la Dresse O._____ du 17 juin 2008, une capacité de travail de 85%. Ce dernier chiffre relève de toute évidence d'une erreur de plume de la praticienne, qui a précisé dans son rapport que la capacité de travail s'élevait entre 70 et 80%. Le taux de capacité de travail dans une activité adaptée avait d'ailleurs été fixé par l'OAI à 75% dans sa décision

du 5 novembre 2010, laquelle est entrée en force. Cela étant, il appert que la prise en compte d'une capacité de travail de 75% ne serait - en tout état de cause - pas de nature à modifier le droit aux prestations du recourant. En effet, même en tenant compte d'une capacité de travail de 75%, la comparaison du revenu avec et sans invalidité (de respectivement 39'789 fr. 64 et 64'727 fr. 22) aboutirait à une perte de gain de 24'937 fr. 58, correspondant à un degré d'invalidité de 38.53% (24'937 fr. 58 / 64'727 fr. 22 x 100), toujours inférieur au seuil de 40% précité.

9. a) En définitive, la décision attaquée du 9 septembre 2015 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit par R. _____ doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Enfin, au vu de l'issue du litige, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 8 septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de R._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour R._____),
- 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 :