

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 novembre 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Merz et M. Bonard, assesseur  
Greffier     :     M.   Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Bex, recourant, représenté par Rechtsberatung für italienische Migrantinnen und Migranten, à Bâle,

et

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

---

**Art. 16 et 17 LPGA; 28 LAI**

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

**A.** Le 24 juin 1999, B. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1964, machiniste de formation, a déposé une demande de prestations AI faisant état de troubles respiratoires.

Au terme d'une exploration fonctionnelle respiratoire pratiquée le 2 septembre 1999, dans leur rapport du 3 septembre 1999, les Drs E. \_\_\_\_\_, médecin-associé, et A. \_\_\_\_\_, médecin-assistante de la Division de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ont constaté une hyperpnée tachypnée et hyperventilation au repos ainsi qu'à l'effort maximal, une ventilation minute excessive par rapport à la consommation d'oxygène. L'hyperventilation au repos et à l'effort maximal conduisait très vite à une alcalose respiratoire probablement liée à la sensation de dyspnée ressentie par l'assuré. Il était également noté une bonne adaptation tensionnelle à l'effort fourni. En annexe, figuraient notamment les pièces suivantes:

- Des rapports médicaux des 5 mai et 12 juillet 1999 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies des poumons, dont il ressort qu'une oxymétrie nocturne n'avait pas mis en évidence d'élément évoquant un syndrome d'apnée du sommeil et sans indication à une polysomnographie. Les troubles respiratoires semblaient plutôt liés à une pathologie ORL (oto-rhino-laryngologique). Ce spécialiste, à la suite d'un examen fonctionnel pulmonaire, a relevé une très importante réversibilité d'une obstruction peu significative à l'état basal, malgré un traitement de Serevent et Axotide, ainsi qu'une capacité pulmonaire totale proche de la limite inférieure de la norme. Ce spécialiste se prononçait néanmoins en faveur d'investigations complémentaires (examen pléthysmographique et ergospirométrie) auprès d'un centre spécialisé.

- Un rapport médical du 3 juin 1999 des Drs I. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et N. \_\_\_\_\_, médecin assistant au Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHUV, dont il ressort les

diagnostics d'obstruction nasale chronique et de suspicion de reflux gastro-oesophagien. Un traitement d'épreuve par Agopton 30 mg avait été débuté, l'assuré devant alors être revu dans six semaines.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 1999, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'obstruction nasale chronique asthme bronchique (hyperactivité bronchique) et de suspicion de reflux gastro-oesophagien. Ce médecin a précisé que l'atteinte à la santé (asthme traité) était présente depuis le printemps 1999.

Selon un rapport d'examen daté du 29 mai 2001, les Drs J.\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont retenu les diagnostics associés non du ressort de l'AI influençant la capacité de travail, d'hyperréactivité bronchique et d'obésité. Ils considéraient que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée (limitations fonctionnelles: éviter les activités en atmosphère très polluée). Ils décrivaient l'état de santé de l'assuré comme il suit:

"[...]

Les atteintes à la santé physique documentées sont un status post-méatotomie moyenne bilatérale en 1985, une obstruction nasale chronique non allergique, une suspicion de reflux gastro-oesophagien et une pathologie respiratoire avec hyperréactivité bronchique démontrée au test à la Métacholine, un syndrome obstructif modéré et réversible des voies aériennes de petit calibre avec air-trapping, une hyperpnée et tachypnée avec hyperventilation au repos et à l'effort maximal et alcalose respiratoire, probablement émotionnelle et par déconditionnement. L'assuré dit ne pas supporter de travailler dans une atmosphère poussiéreuse ou enfumée, mais cela n'est pas vraiment expliqué ni établi. Tout au plus faut-il éviter qu'il soit exposé à des polluants ou irritants respiratoires, mais ceux-ci ne doivent pas être exclus. [...]"

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juin 2001, entièrement confirmé par décision du 6 août 2001 rendue à la suite des objections de l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations en niant le droit de l'assuré à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Des renseignements au

dossier, l'intéressé bénéficiait d'une capacité de travail et de gain entière dans n'importe quelle activité pratiquée "hors environnement trop pollué". Son état de santé ne devait par conséquent pas entraîner de difficultés dans la recherche d'un emploi adéquat permettant le rétablissement de sa capacité de gain antérieure. Il était souligné que le cas de l'assuré relevait non pas de l'AI mais plutôt de l'assurance-chômage.

L'assuré n'a pas déposé de moyens de droit contre la décision du 6 août 2001.

**B.** Le 16 mai 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente, en mentionnant souffrir du dos.

L'assureur perte de gain maladie (R.\_\_\_\_\_) a transmis copie des éléments de son dossier à l'OAI dont notamment, un rapport médical du 13 mars 2012 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'assureur précité, établi à la suite d'un examen clinique de l'assuré du 9 mars 2012. Les constatations de ce médecin étaient les suivantes:

"Affection actuelle:

Ce chauffeur-livreur de matériel de chantier occupé toute la journée à circuler avec sa camionnette et à charger et décharger du matériel dans l'entreprise G.\_\_\_\_\_ à [...], a présenté pour la première fois le 05 janvier 2012 des lombalgies avec sciatalgies gauches lorsqu'il était en Italie.

Rentré en Suisse, il a consulté son médecin traitant, le Docteur D.\_\_\_\_\_, qui a d'emblée fait pratiquer une IRM lombaire au Département d'Imagerie Médicale et Médecine Nucléaire de la Providence à Vevey.

Le radiologue a mis en évidence une petite hernie discale paramédiane gauche, venant en contact avec l'émergence de la racine de S1, mais sans conflit disco-radiculaire.

Il relève également une discopathie de L1-L2 et un début de discopathie L3-L4 à L5-S1 avec petit débord discal foraminaux inférieur L3-L4 à gauche, sans conflit disco-radiculaire.

Plaintes actuelles:

Depuis cet épisode, grâce à un traitement AINS (Olfen), et analgésique (Tramundin), la situation s'est stabilisée, dans le sens où les douleurs lombaires restent présentes lorsqu'il se penche en

avant ou lorsqu'il porte un poids, mais les douleurs dans la jambe gauche ont disparu.

[...]

Examen du rachis:

En position debout pas de troubles statiques, pas de contractures paradosales ni paralombaires, distance doigts-sol 10 cm, Schober lombaire 10-13 cm, ces manœuvres sont effectuées sans douleur.

Status neurologique:

Aucun signe de compression radiculaire aux membres inférieurs.

[...]

Conclusion:

En l'état actuel l'assuré n'a plus de signe de compression radiculaire, ni de limitation fonctionnelle lombaire.

Je préconise une reprise de travail à 50% dans un premier temps le 10 avril 2012. La reprise à 100% devrait s'effectuer au plus tard début mai 2012.

Si l'évolution ne va pas dans ce sens, je propose une consultation spécialisée au Centre Thermal de [...] par le Docteur M.\_\_\_\_\_."

Selon le questionnaire rempli le 5 juin 2012 par l'employeur, l'assuré travaillait comme aide magasinier - transporteur de matériel du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2012, date de son licenciement en raison de restructuration, au sein de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Le nombre d'heures dans l'entreprise était de 40,5 par semaine, le salaire horaire étant de 30 fr. 40 plus les indemnités de vacances à raison de 14,1 % et le 13<sup>ème</sup> salaire à raison de 8,3 %.

Dans un rapport du 5 juin 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ du Centre Thermal de [...], suivant l'assuré depuis le 25 mai 2012, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans le contexte de discopathies lombaires basses et protrusion discale paramédiane droite, de déchirure annulaire L4-L5 gauche et de déconditionnement physique global. Il se prononçait dans le sens d'un pronostic dépendant du reconditionnement musculaire avec une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dans la profession de manœuvre depuis le 5 janvier 2012. Il retenait la limitation fonctionnelle suivante: port de charges limité, des évaluations devant être effectuées d'ici à deux mois.

Le 6 juin 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies avec sciatalgie gauche (depuis le 13 juillet 2011). Il mentionnait le suivi d'un traitement de physiothérapie intense auprès du Centre Thermal de [...] ainsi qu'une incapacité de travail totale dans la profession de chauffeur - livreur à partir du 5 janvier 2012. En annexe, étaient notamment jointes les pièces suivantes:

- Un rapport d'IRM lombaire du 1<sup>er</sup> février 2012 du Département d'Imagerie Médicale et Médecine Nucléaire de l'hôpital Riviera dont il ressortait la présence d'une discrète discopathie L1-L2, un début de discopathies L3-L4 à L5-S1, sans conflit disco-radicaire ainsi qu'une petite hernie discale paramédiane gauche au niveau L5-S1, venant en contact avec l'émergence de la racine de S1 mais sans conflit disco-radicaire.

- Un courrier médical du 6 août 2004 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et néphrologie, dont il ressortait qu'à la suite d'investigations en Italie en mai 2004, l'assuré présentait une hypocitraturie ainsi qu'une natriurèse très élevée. Ce médecin a alors proposé une modification de la diète de l'intéressé permettant une diminution du nombre de lithiase.

- Un rapport médical du 18 février 2004 des Drs K.\_\_\_\_\_, médecin-chef, et U.\_\_\_\_\_, médecin-assistant du Service de chirurgie de l'hôpital du Chablais établi à la suite d'un séjour du 16 au 19 décembre 2003. Hospitalisé pour récurrence de coliques néphrétiques, l'assuré, à son départ, était décrit comme asymptomatique, afebrile, avec un status abdominal totalement dans les normes et présence d'une douleur résiduelle en loge rénale droite.

En réponse aux questions qui lui ont été adressées par l'OAI, dans son rapport médical du 17 octobre 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ a notamment précisé ce qui suit en relation avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré:

"3. Le cas est-il stabilisé? Oui

4. Avez-vous délivré des arrêts de travail: le seul arrêt de travail donné de notre part est celui du traitement intensif à Lavey du 24.09 au 12.10.2012. Pour le restant, voir avec le médecin traitant.

5. Quelle est la capacité de travail dans la dernière activité? 0 % depuis le 05.01.2012.

6. Dans la profession de machiniste: 0 %

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI?

Lever sol-taille: 5 kg

Lever taille-tête: 8 kg

Porter hauteur taille: 9 kg

Pousser en statique: 27 kg, en dynamique: 35 kg

Tirer en statique: 25 kg, en dynamique: 31 kg

Porter main D/G: 8.5 kg

Port global sur 50 minutes (moyenne N: 798 kg): 226 kg

[...]

8. Dans une profession médicalement adaptée, la capacité de travail pourrait-elle être entière? Oui sur le plan purement orthopédique, ensuite il faut prendre en considération d'autres problèmes qui sont entre autres pulmonaire, cardiaque dont je ne suis pas responsable et pourrait dès à présent travailler à 100 %.

9. Quels sont les traitements en cours? reconditionnement musculaire

10. Quelle est la compliance au traitement?

Sur le plan objectif, nous constatons aucun changement, voir même des péjorations des tests (Test de Bruce; qui reste très faible), mais dans le port de charges il y a de discrets progrès, ce que le patient reconnaît. Dans cette situation une poursuite du reconditionnement musculaire est indispensable, mais M. B.\_\_\_\_\_ n'en est pas convaincu.

Sur le plan pratique, M. B.\_\_\_\_\_ se limite, se bloquant dès que les charges sont jugées trop importantes: de toute façon il s'efforce durant les trois semaines de nous montrer que la médecine n'a pas compris son problème qui reste, selon lui «complexe», faisant intervenir non seulement le dos mais aussi son problème respiratoire. Dès qu'on essaie de le stimuler, il fait le contraire, n'appréciant pas qu'on le pousse pour avancer."

Dans un rapport d'examen SMR du 6 novembre 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, a retenu comme atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies gauches chroniques dans le contexte de discopathies lombaires basses et protrusion discale paramédiane et, en tant que pathologies associées du ressort de l'AI, une déchirure annulaire L4-L5 gauche. Ce médecin du SMR considérait que dès le 5 janvier 2012, la capacité de

travail exigible de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais que, dans une activité médicalement adaptée, elle était de 100 % dès le 17 octobre 2012 (soit la date du rapport médical précité établi par le Dr M. \_\_\_\_\_).

Par projet de décision du 22 novembre 2012, l'Office AI a rejeté la demande de rente au motif que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité de chauffeur - livreur qu'il exerçait à temps plein mais qu'une pleine capacité de travail était exigible de sa part, dès octobre 2012, dans une activité plus légère telle que manutention légère, surveillance d'un processus de production, ouvrier dans l'industrie légère, voire chauffeur de transports publics. Son contrat de travail ayant été résilié au mois d'août 2012, une approche théorique des revenus avait abouti - après comparaison entre le revenu auquel l'intéressé aurait pu prétendre en 2012 (69'624 fr.) et celui de référence de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ESS) pour une activité industrielle légère -, à un préjudice économique inférieur à 20 %. L'OAI incitait dès lors l'assuré à entreprendre des démarches auprès de l'assurance-chômage en lui proposant une mesure de soutien dans ses recherches d'emploi par le biais de son service de placement.

Le 21 janvier 2013, l'OAI a octroyé la mesure de soutien dans les recherches d'emploi précitée à l'assuré.

Par décision du 31 janvier 2013, l'Office AI a confirmé l'intégralité de son projet du 22 novembre 2012, refusant par conséquent le droit à la rente à son assuré.

**C.** Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2013, B. \_\_\_\_\_, alors représenté par Patronato INCA Service juridique, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de refus rendue le 31 janvier 2013, le droit à une demi-rente AI voire éventuellement à une rente supérieure lui étant ouvert à partir de janvier 2013. Il expose que même après le mois de septembre 2012, sa capacité de travail est considérablement restreinte

non seulement dans sa profession de machiniste mais aussi dans des activités légères de substitution. Il se réserve alors expressément le droit de produire des rapports médicaux détaillés.

Dans sa réponse du 29 avril 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il renvoie à son dossier ainsi qu'à la décision litigieuse qu'il confirme.

Le recourant s'est vu communiquer, par ordonnance du 3 mai 2013, la réponse de sa partie adverse. Il n'a pas répliqué.

Le 7 juin 2013, l'OAI a produit un rapport du 11 avril 2013 établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie qui a reçu le recourant à cette dernière date, et dont il résulte notamment ce qui suit:

"Diagnostics:

- Lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies gauches intermittentes dans le contexte de discopathies lombaires étagées avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1.
- Déconditionnement musculaire global.
- Obésité abdominale.
- Hyperuricémie anamnestique.

[...]

Appréciation:

Monsieur B.\_\_\_\_\_ présente des lombalgies d'évolution chronique récurrente dans le contexte de discopathies dégénératives étagées L3-L4-L5-S1 avec au niveau L5-S1 une protrusion discale paramédiane gauche, mais sans conflit disco-radulaire à l'imagerie. L'examen clinique montre essentiellement un syndrome lombovertébral douloureux plutôt spondylogène et musculaire que discogène.

Les options thérapeutiques sont limitées, notamment après l'arrêt des différentes thérapies physiques; néanmoins, le patient pratique lui-même différents exercices pour le dos et il a déjà bénéficié de nombreux traitements de réhabilitation fonctionnelle du rachis.

Sur le plan professionnel, les mesures essentielles doivent cibler la réintégration dans un travail adapté, c'est-à-dire permettant l'alternance des positions, assise, debout et la marche; des stages de formation et d'évaluation professionnelle sont donc nécessaires.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ est confié à tes bons soins pour le suivi de l'évolution et je reste à disposition pour le recevoir à nouveau en consultation si nécessaire.

En te remerciant de ta confiance, je te prie de recevoir, Cher Ami, mes plus cordiales salutations."

Dans sa détermination du 27 juin 2013, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre produit une appréciation médicale non datée du Dr F. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante:

"Appréciation

Monsieur B. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies d'évolution chronique récurrente dans le contexte de discopathies dégénératives étagées L3-L4-L5-S1 avec au niveau L5-S1 une protrusion discale paramédiane gauche mais sans conflit disco-radiculaire à l'imagerie. L'examen clinique montre essentiellement un syndrome lombovertébral douloureux plutôt spondylogène et musculaire que discogène.

Les options thérapeutiques sont limitées, notamment après l'arrêt des différentes thérapies physiques; néanmoins, le patient pratique lui-même différents exercices pour le dos et il a déjà bénéficié de nombreux traitements de réhabilitation fonctionnelle du rachis.

Sur le plan professionnel, les mesures essentielles doivent cibler la réintégration dans un travail adapté, c'est-à-dire permettant l'alternance des positions, assise, debout et la marche; des stages de formation et d'évaluation professionnelle sont donc nécessaires. L'évaluation de la capacité de travail actuelle pour une reprise d'une activité professionnelle permet de déterminer une capacité de travail de 50%, qui sera à réévaluer en fonction de l'évolution clinique et de l'adaptation du poste de travail.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ est confié à tes bons soins pour le suivi de l'évolution et je reste à disposition pour le recevoir à nouveau en consultation si nécessaire.

En te remerciant de ta confiance, je te prie de recevoir, Cher Ami, mes plus cordiales salutations."

Dans son écriture du 31 juillet 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR du 30 juillet 2013 qui déclare se rallier aux conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_.

Le courrier de l'OAI du 31 juillet 2013 a été communiqué au recourant qui n'a pas déposé de réplique.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGGA (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 (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce est litigieuse la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser tout droit à la rente à la suite de la nouvelle demande déposée le 16 mai 2012 par le recourant.

**3. a)** Lorsque comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), 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 LPGGA, 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 et 130 V 71 consid. 3.2).

**b)** L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012, consid. 5.1; ATF 130 V 71 consid. 3).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a, voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI).

**4. a)** Lors de la décision rendue le 6 août 2001, les diagnostics d'hyperréactivité bronchique, de suspicion de flux gastro-oesophagien et d'obésité ont été posés. Les Drs O.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ avaient indiqué dans leur rapport du 29 mai 2001 qu'il convenait tout au plus d'éviter une exposition à des polluants ou irritants respiratoires, sans que de tels agents ne doivent être exclus. Aucune incapacité de travail n'a été retenue par l'OAI.

**b) aa)** Quant aux circonstances existant le 31 janvier 2013, il n'est pas fait mention dans les rapports médicaux produits des diagnostics rappelés ci-dessus, excepté celui de l'obésité retenu par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui ne fait pas état d'une aggravation de l'obésité du recourant.

**bb)** Sur le plan orthopédique, tant le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 13 mars 2012 que les Drs M.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ au terme de leurs rapports respectivement des 5 et 6 juin 2012, font mention d'une péjoration de l'état de santé du recourant. Ainsi, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques, de déchirure annulaire L4-L5 gauche et de déconditionnement physique global sont posés. Toutefois, si les Drs M.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ sont d'avis que depuis le 5 janvier 2012, le recourant ne bénéficie plus d'aucune capacité de travail raisonnablement exigible dans sa profession

habituelle de manœuvre ou de chauffeur-livreur, le Dr Z.\_\_\_\_\_ se distancie quant à lui de l'avis de ses confrères et considère qu'une reprise de travail à 100 % est possible depuis le 10 avril 2012, voire au plus tard au début mai 2012. A la suite de l'interpellation de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ précise le 17 octobre 2012 que, dans une profession médicalement adaptée (activité industrielle légère) et, sous l'angle purement orthopédique, le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100 %. Dans son rapport d'examen du 6 novembre 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_ partage tant les constatations que l'appréciation médicale de son confrère en concluant à une capacité de travail exigible à 100 % dès le 17 octobre 2012 dans une activité adaptée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué dans son rapport du 11 avril 2013 des lombalgies chroniques et des pseudo-sciatalgies gauches intermittentes dans le contexte de discopathies lombaires étagées avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1, de déconditionnement musculaire global et d'hyperuricémie anamnétique. Il ne mentionne aucune incapacité de travail dans ce premier rapport. En revanche, dans le rapport produit ultérieurement par l'assuré, il ajoute que la capacité de travail du recourant est de 50 %. Il ne motive cependant pas cette appréciation. Ses conclusions ne peuvent dès lors être suivies.

Il y a dès lors lieu de retenir que sur le plan orthopédique, la capacité de travail du recourant est nulle dans son ancienne activité et entière dans une activité adaptée depuis le 5 janvier 2012.

**cc)** Quant à l'affection de récurrence de coliques néphrétiques ayant donné lieu à l'hospitalisation du recourant en décembre 2003, les médecins de l'hôpital du Chablais relatent un état de guérison du patient à sa sortie de l'établissement (cf. rapport du 18 février 2004 des Drs K.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_). Le Dr X.\_\_\_\_\_ indique pour sa part, le 6 août 2004, une modification de diète visant à diminuer le nombre de lithiase chez l'assuré. Enfin le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionne le diagnostic d'hyperuricémie anamnétique. Dans de telles circonstances, on ne peut que constater que le recourant ne présente aucune autre atteinte à la santé que celles d'ordre orthopédique susceptible d'interférer sur sa capacité de travail résiduelle.

**5.** Sur le plan économique, selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le salaire annoncé par l'employeur en 2012 dans le questionnaire pour l'employeur du 5 juin 2012. Il a dès lors retenu à juste titre le montant de 69'624 fr. (40,5 h./semaine à 30 fr. 40 l'heure auxquels s'ajoutent les indemnités pour vacances [14,1 %] et le 13<sup>ème</sup> salaire [8,3 %]).

**b)** Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou

alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une déduction sur le salaire ressortant des statistiques pour tenir compte du fait que l'assuré ne peut, en raison de divers facteurs, exploiter sa capacité de travail résiduelle qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne (ATF 126 V 75 ss; VSI 2000 p. 314 ss). La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

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, 4'901 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1 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 (41,6 heures; La Vie économique, 4-

2013, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'097 fr. 04 (4'901 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'164 fr. 48, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (2011: 1 %; 2012: 0,8 %; La Vie économique, 6-2013, p. 9, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'270 francs.

Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant une réduction de ce salaire de 10 % se justifie, le salaire sans invalidité s'élevant dès lors à 56'043 fr. 30.

Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité est de 19,51 % ( $[(69'624 \text{ fr.} - 56'043 \text{ fr. } 30) \times 100] / 69'624 \text{ fr.}$ ).

Un tel taux n'ouvre pas le droit à une rente (cf. consid. 3c supra).

**6.** Compte tenu du taux d'invalidité retenu ci-dessus des mesures d'ordre professionnel pourraient entrer en considération (ATF 130 V 488). Cette question ne fait toutefois pas l'objet du présent litige et il appartiendra, le cas échéant, au recourant de s'adresser à l'OAI.

**7.** C'est en définitive à bon droit que l'OAI a refusé le droit à la rente suite à la nouvelle demande déposée par le recourant. Le recours doit ainsi être rejeté, la décision attaquée devant être confirmée.

Vu ce qui précède, les conclusions du recourant sont rejetées. La procédure est onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI). Il s'ensuit que le recourant supportera les frais de justice (art. 49 al. 1 LPA-VD), fixés en l'espèce à 400 francs. N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre l'allocation de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

**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 31 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Rechtsberatung für italienische Migrantinnen und Migranten (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :