

VD_GERICHTE ZD10.011821 vom 29. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.011821

FR: VD_GERICHTE ZD10.011821 du 29 août 2012

IT: VD_GERICHTE ZD10.011821 del 29 agosto 2012

Erwägungen

E. 11

septembre 2002 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir de juin 1999. Le recourant a produit un rapport du 12 septembre 2002 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant une incapacité de travail de 50% dans toute activité, même légère, en raison d'un syndrome de conflit sous-acromial chronique des deux épaules sur probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs; de cervicalgies sur probable cervicarthrose et de lombalgies chroniques. Le Tribunal des assurances a rejeté le recours par jugement du 18 mars 2004 (AI 339/02 – 114/2004), au motif que l'instruction faite par

- 4 - l'OAI était complète, tant sur le plan médical que sur le plan économique, ce qui permettait d'admettre le calcul du taux d'invalidité et ne donnait effectivement pas droit à une rente d'invalidité de l'AI au recourant. Par acte du 8 juillet 2004, B._____ a recouru contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral des assurances, prenant les mêmes conclusions que devant l'instance cantonale et renvoyant au dossier médical produit alors. Le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours par arrêt du 26 septembre 2005 (I 403/04), au motif que le recourant n'avait pas amené de faits nouveaux dont les premiers juges n'avaient pas connaissance au moment où ils ont statué. Le Tribunal fédéral des assurances a également considéré que les rapports médicaux produits par le recourant ne revêtaient pas une valeur probante suffisante à renverser les conclusions du Dr J._____ notamment et à établir l'incapacité de travail de 50% alléguée. B. L'assuré a rempli un formulaire de détection précoce de l'AI le

E. 15

kg, sans porte-à-faux, mais qui permette une alternance des positions assise et debout et n'exige pas des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. L'OAI a calculé la perte de gain de l'assuré en se basant sur les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, l'assuré n'ayant pas repris son activité professionnelle. Il a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Il a ensuite retenu un taux d'abattement de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, obtenant ainsi un revenu annuel d'invalidité de 52'885 fr. 50. Sans atteinte à la santé et dans son ancienne activité, l'assuré pouvait prétendre à un salaire annuel de 64'014

- 7 - fr. 70. La perte de gain s'élevant ainsi à 11'129 fr. 20, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 17,38%, ne donnant pas droit à une rente. Le Dr F._____ a adressé une lettre à l'OAI le 28 août 2009, signalant une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis une année, les lombalgies chroniques persistant malgré un traitement conservateur intensif.

Il a précisé que dans ces circonstances, l'assuré était incapable de travailler à 100% dans quelque activité que ce soit, aucune activité adaptée ne permettant selon lui une amélioration de la capacité de travail. Le 31 août 2009, B. _____ a adressé à l'OAI une lettre précisant que, comme indiqué par l'entreprise V. _____ SA le 29 août 2002, il ne travaillait plus comme tailleur de pierre et que, malgré toute sa bonne volonté, après avoir effectué des travaux plus légers, son état de santé s'était aggravé depuis une année. Il a demandé une expertise médicale supplémentaire. La lettre de l'entreprise V. _____ SA susmentionnée indiquait en effet que l'assuré était employé non plus comme tailleur de pierre, mais comme dessinateur de chablon, contrôleur de chantier et effectuait les rendez-vous pour établir des devis. Le 4 septembre 2009, le Dr R. _____ a envoyé un rapport médical à l'OAI, estimant la capacité fonctionnelle résiduelle de l'assuré à 50% dans une activité adaptée, en raison des cervicoscapulagies et lombalgies chroniques, le projet de refus de rente de l'OAI ayant certainement aggravé les douleurs de l'assuré. Les Drs C. _____ et G. _____, du SMR, ont rendu un avis médical le 14 janvier 2010, après avoir examiné les rapports des Drs F. _____ et R. _____ précités. Ils ont retenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé, mais était stationnaire. Le Dr F. _____ n'avait par ailleurs pas argumenté son propos, lorsqu'il relevait une incapacité entière de l'assuré dans toute activité. Les conclusions du Dr R. _____ étant différentes et tout aussi peu motivées, ils ont jugé nécessaire la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR.

- 8 - Le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du SMR, a rendu un rapport d'examen clinique rhumatologique le 9 février 2010. Concernant l'activité allégée de l'assuré au sein de l'entreprise V. _____ SA, il a noté que l'assuré devait prendre des positions en porte-à-faux, des positions à genoux, qu'il devait lever des charges de 3-4 kg et parfois déplacer des plateaux d'échafaudage d'environ 7 à 10 kg et que son travail s'effectuait en position debout, accroupie ou assise. L'assuré avait d'ailleurs été mis en arrêt complet depuis le 30 avril 2008 en raison de ses problèmes de santé. Le Dr D. _____ a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec discopathie L2-L3 s'accompagnant d'une microinstabilité; de cervicalgies dans le cadre de discopathies C5-C7 modérées; de PSH [périarthrite scapulo-humérale] bilatérale dans le cadre d'un status après acromioplastie de l'épaule droite; de syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne DDC et status après opération des deux genoux. Son appréciation du cas est la suivante: "L'assuré se plaint actuellement de dorso-lombalgies avec épisodes de blocages dorsolombaires, l'assuré ayant présenté trois blocages dorsolombaires depuis août 2009. Il signale également des cervicalgies et des douleurs des deux épaules. Il se plaint également de gonalgies bilatérales et des douleurs du coude G [gauche] météo-dépendantes et supportables. Les lombalgies existent depuis une quinzaine d'années. Les douleurs cervicales et de l'épaule D [droite] sont survenues suite à un accident du 25.06.1998, où l'assuré s'est percuté l'épaule D contre la poutre d'un échafaudage en levant une charge importante avec un collègue. Le 04.03.1999, il a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule D avec acromioplastie. Les douleurs de l'épaule G sont survenues 4-5 mois après l'accident du 25.06.1998. Les douleurs des épaules s'accompagnent d'une limitation de la mobilité de ces articulations. L'assuré signale par ailleurs des gonalgies existant depuis 20 ans. Il a bénéficié il y a une dizaine d'années d'une opération du genou D et le 15.02.2006 d'une ménisectomie partielle externe G. En 1985-86, il a eu également une cure chirurgicale d'épicondylite G et se plaint toujours de

douleurs à l'épicondyle G et l'olécrâne G de type météo-dépendant, mais supportables. Ces douleurs du coude ne s'accompagnent pas de limitations de la mobilité. Les diverses douleurs présentées actuellement par l'assuré ont un caractère essentiellement mécanique. Au status ostéoarticulaire, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire et cervicale est diminuée, mais l'on note des signes comportementaux selon Waddell, sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une discordance entre

- 9 - la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et d'une certaine démonstrativité. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité active des deux épaules en élévation et surtout en abduction qui est limitée, alors que l'élévation et l'abduction passives des deux épaules sont bien conservées. La distance pouce-C7 est également augmentée, surtout à D. Les épreuves de Jobe sont douloureuses ddc, surtout à D et l'épreuve du palm-up est douloureuse à D. Il existe également une atrophie des sous-épineux ddc. Il n'y a par contre pas d'autres signes de PSH. Les épreuves d'épicondylite sont négatives, il existe un syndrome rotulien G et les genoux ont un morphotype en genua vara. Il existe un hallux valgus bilatéral discret, prédominant à G. Au status général, l'assuré est en bon état général, il est obèse avec un BMI à 32. La tension artérielle est discrètement augmentée à 140/90mmHg (valeur à reconstruire par le médecin-traitant lors d'un prochain contrôle). Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques dégénératifs du rachis lombaire modérés avec discopathie L2-L3 s'accompagnant d'ostéophytes d'instabilité de type Mac Nab à ce niveau. Les radiographies de l'épaule G mettent en évidence une calcification amorphe dans l'espace sous-acromial G. Une IRM cervicale [met] en évidence des discopathies cervicales relativement discrètes. Il existe par ailleurs une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale à discrète prédominance D. Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de tailleur de pierre et même dans l'activité plus légère de tailleur de pierre ne faisant plus que des chablon et joints dans les chantiers. Ainsi, dans ces deux activités, la capacité de travail est nulle. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète. Nous nous éloignons ainsi des évaluations faites par le Dr R. _____ qui atteste une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée et du Dr F. _____, médecin-traitant, qui atteste une incapacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ces deux médecins ne donnant cependant pas les raisons qui leur font attester de telles incapacités de travail dans une activité adaptée. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Les limitations fonctionnelles sont: Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Epaules: pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs. Genoux: pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escaliers. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 30.04.2008. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Elle est restée complète et stationnaire depuis le 30.04.2008 dans une activité allégée de tailleur de pierre. Par contre, dans une activité strictement adaptée

- 10 - aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète." Le 3 mars 2010, l'OAI a rendu une décision formelle correspondant à son projet de décision du 14 juillet 2009. B. _____ a été licencié le 29 avril 2010 en raison de ses problèmes de santé. C. B. _____ a recouru contre la décision de l'OAI par acte du 13 avril 2010, par l'intermédiaire de son mandataire. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il retient en substance que sa capacité de travail est limitée de façon considérable, non seulement dans sa profession de tailleur de pierre, mais aussi dans des activités légères, telles que celles effectuées chez son ancien employeur; il renvoie pour le surplus aux documents médicaux déjà en mains de l'intimé. Le 28 mai 2010, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr R. _____ du 12 mai 2010, qui reprend pour l'essentiel le contenu de son rapport du 4 septembre 2009. Il y a retenu le diagnostic de cervico-scapulalgies aiguës dans le contexte de douleurs chroniques et a conclu de la manière suivante: "Le patient présente un syndrome de déconditionnement musculaire et garde une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 50%". Le SMR s'est prononcé sur le certificat médical précité le 19 juillet 2010, estimant que celui-ci ne permettait pas de déterminer clairement l'origine des douleurs du recourant, qu'il ne décrivait pas les limitations fonctionnelles et qu'il ne fondait l'estimation de la capacité de travail sur aucun élément objectif. Le 30 août 2010, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR, estimant que le certificat du Dr R. _____ ne pouvait remettre en cause les conclusions du rapport SMR du 9 février 2010, au demeurant probant.

- 11 - Le 24 septembre 2010, le recourant a indiqué maintenir ses conclusions, de même l'OAI le 25 octobre 2010. Le recourant a finalement déclaré maintenir son recours le 17 novembre 2010. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 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 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Est litigieuse en l'espèce la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé.

- 12 - b) L'OAI est entrée en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 8 septembre 2008, traitée tout d'abord comme une demande de mesures professionnelles, puis comme une demande de rente. Dès lors il n'y a pas lieu d'examiner sous l'angle des art. 17 LPGA et 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.01), si les conditions de révision sont remplies. 3. a) Selon le droit fédéral, 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 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 al. 1 LPGA). En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit 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 être raisonnablement 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. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40%. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de

- 13 - 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux de 70% au moins. Selon l'art. 16 LPGA (applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références). c) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport

- 14 - 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450

consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du

E. 19

août 2009, consid. 4.2). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Quant aux rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée; 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009, consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009, consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2; TF 9C_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid.

- 15 - 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et TF 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3). 4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail dans son activité habituelle de tailleur de pierre, due à des lombalgies chroniques, cervicalgies et à une gonarthrose. Seule est contestée l'influence de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le Dr F._____ a retenu, dans son rapport du 2 octobre 2008, que le recourant pourrait présenter une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir de 2009, une reprise complète du travail lui paraissant illusoire, au vu de sa situation. Il n'a toutefois pas étayé cette dernière affirmation. Le 28 août 2009, il a relevé une aggravation de l'état de santé du recourant au motif que les lombalgies chroniques subsistaient malgré le traitement. Le Dr F._____ n'a toutefois pas précisé en quoi la situation du recourant s'était péjorée et n'a pas avancé d'argument objectif appuyant la thèse d'une incapacité de travail à 100% dans toute activité. Dans son rapport du 8 juin 2009, le Dr R._____ a estimé la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de tailleur de pierre à 50%, relevant une situation stationnaire. Le 4 septembre 2009, il

- 16 - estimait la capacité fonctionnelle résiduelle du recourant à 50% dans une activité adaptée, en raison des cervicoscapulagies et lombalgies chroniques. Le Dr R. _____ n'a pas expliqué cette aggravation, si ce n'est la mention du projet de refus de rente de l'OAI comme motif possible. En présence de conclusions différentes et pas suffisamment motivées de la part des médecins traitants du recourant, l'OAI a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique par le SMR, afin d'éclaircir la situation. Dans son rapport d'expertise du 9 février 2010, le Dr D. _____, a constaté que l'activité allégée de tailleur de pierre exercée par le recourant ne respectait pas les limitations fonctionnelles qui auraient permis au recourant d'exploiter au mieux sa capacité de travail. Il a estimé que dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles, le recourant avait une capacité entière de travail. L'expertise précitée repose sur une analyse complète de l'anamnèse et des plaintes actuelles du recourant. L'appréciation du cas est claire et les conclusions, dûment motivées, reposent sur des éléments objectifs. Elle remplit ainsi les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. supra consid. 2c). Les conclusions des médecins traitants, peu motivées, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du SMR. De plus, il ne peut être retenu que le fait que l'ancien employeur du recourant ne puisse pas offrir à ce dernier d'autres tâches adaptées, signifie que l'assuré ne puisse pas trouver un emploi adapté chez un autre employeur. L'expertise rhumatologique du SMR emporte la conviction, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, ni de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il convient ainsi de retenir une capacité entière du recourant dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. b) Cela étant, il convient d'admettre que l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à des prestations de l'AI. En effet, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'OAI ne prête pas le flanc à la critique

- 17 - et n'est d'ailleurs pas discuté dans le présent recours. A cet égard, l'intimé s'est fondé à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement. La comparaison des revenus avec et sans invalidité est correcte (art. 16 LPGA) et l'abattement de 15% opéré sur le salaire statistique n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 17,38% finalement retenu étant inférieur au taux minimum légal de 40% ouvrant le droit à une rente (art. 28 LAI), la décision du 3 mars 2010 refusant la rente au recourant est justifiée. c) Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la nouvelle demande de prestations formée par le recourant et les griefs formulés par ce dernier doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixé en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LPGA). En l'espèce, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Ce dernier ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, dans le sens d'une avance des émoluments de justice, des débours du greffe, ainsi que des frais de comparution des témoins et de parution dans la FAO jusqu'à concurrence de 100 fr. le cas échéant, ils seront laissés provisoirement à la charge de l'état (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis

le début de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

- 18 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.