

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 797 vom 30. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_797](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__797)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 797 du 30 septembre 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 797 del 30 settembre 2019

### Regeste

DEMI-RENTE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.09.2019 Arrêt / 2019 / 797

DEMI-RENTE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 282/18 - 312/2019 ZD18.039598 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 30 septembre 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche ,  
présidente Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M.

Favez \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Christophe Misteli, avocat à Vevey, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1 LPGA et 28 LAI En fait : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, en dernier lieu aide-jardinier, sans formation professionnelle, a déposé le 9 juillet 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une hernie discale. Dans un rapport du 22 juillet 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin praticien au Centre médical C. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans le contexte d'une hernie discale gauche au niveau des vertèbres lombaire L5 et sacrale S1. Il a indiqué suivre son patient depuis le mois de janvier 2005. Une intervention chirurgicale avait été évoquée et envisagée, mais refusée par l'assuré. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que de premières infiltrations pratiquées au mois d'août 2005 avaient eu un bon effet, mais qu'elles avaient été accompagnées d'effets secondaires entraînant des douleurs rétro-sternales. De subséquents gestes infiltratifs pratiqués au Service d'Antalgie au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_) avaient eu un effet mitigé. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, l'assuré présentant les limitations fonctionnelles suivantes : « les postures statiques, la position assise au-delà de 20 min ou debout stationnaire sont impossibles. Le port de charges au-delà de 10 kg est impossible. » Les limitations fonctionnelles se manifestaient par une diminution du rendement et des douleurs. Dans un rapport du 24 août 2009 à l'OAI, la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le même diagnostic. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a indiqué que l'assuré ne pouvait pas porter de charges ni demeurer en position debout. Elle a estimé que l'incapacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle a relevé que les infiltrations pratiquées avaient été efficaces transitoirement. Dans un avis médical du 28 septembre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin

au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a écrit ce qui suit : « [...] L'atteinte est documentée, l'assuré a eu des infiltrations, une intervention a été proposée, mais pas effectuée. Cette situation n'est pas claire, je ne peux sans autre postuler une pleine CT et passer outre les LF mentionnées. Par conséquent je propose un examen rhumatologique au SMR ou une expertise. » Cet examen a eu lieu le 14 octobre 2009 au SMR. Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies du territoire de la vertèbre sacrale S1 avec troubles neurologiques irritatifs et déficitaires sensitifs (M 54.46), de troubles dégénératifs lombaires étagés de la vertèbre lombaire L3 à la vertèbre sacrale S1 avec protrusions discales, et de modifications de type Modic II au niveau des vertèbres lombaires L4 et L5. Les diagnostics de surcharge pondérale avec obésité de classe I et de dysbalance avec déconditionnement musculaire focal et rétraction de la musculature des ischio-jambiers, n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-jardinier, mais de 50 % dans une activité adaptée, depuis le mois d'avril 2009. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas (pp. 6 et 7) : « Appréciation du cas Assuré [...] âgé de 51 ans, présentant des lombosciatalgies G évoluant depuis 1995 avec une nette exacerbation depuis 2001 avec mise en évidence d'une hernie discale L5-S1. Une demande de prestations AI est déposée le 7.07.2009 en relation avec ses lombosciatalgies. Sur le plan professionnel, l'assuré exerce l'activité d'aide jardinier jusqu'au 31.05.2007, date de son licenciement économique. L'assuré retrouve une activité professionnelle en tant qu'ouvrier non qualifié dans une usine de confection de tuyaux, qu'il exerce pendant 6 mois entre mai et octobre 2008, il est à nouveau licencié semble-t-il pour raisons économiques. L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré parfaitement sobre dans son discours et ses plaintes focalisées sur le rachis lombaire et le membre inférieur G. La symptomatologie et les plaintes mises en avant par l'assuré sont en parfaite adéquation avec le status clinique présenté (une hypo-mobilité aux dépens du rachis lombaire associé à un syndrome radiculaire sensitif L5-S1), en parfaite adéquation avec les atteintes ostéoarticulaires mises en évidence aux différentes IRM pratiquées à ce jour. L'examen de médecine générale met en évidence une surcharge pondérale avec une obésité de classe I et un déconditionnement musculaire global et focal associés à des dysbalances. La documentation radiologique met clairement en évidence des troubles dégénératifs avancés aux dépens du rachis lombaire avec surtout une volumineuse hernie discale L5-S1 paramédiane G, luxée vers le bas, et au contact de la racine L5 et S1 à G. En conclusion : cet assuré de 51 ans présente des lombosciatalgies G en relation avec des troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire (hernie discale L5-S1 G, luxée vers le bas, au contact de la racine L5 et S1, à l'origine d'un syndrome déficitaire et irritatif L5-S1 G). Au vu de l'atteinte ostéoarticulaire, l'activité antérieure de l'assuré d'aide jardinier ou d'ouvrier non qualifié dans une entreprise de confection de tuyaux est formellement contre-indiquée. De ce fait, une incapacité de travail de 100 % dans une telle activité est retenue. Sur le plan strictement médical, la situation peut être considérée comme non stabilisée. L'assuré présente une volumineuse hernie discale luxée vers le bas pouvant être à l'origine d'un syndrome de la queue de cheval. De ce fait, une intervention chirurgicale est médicalement préconisée. Une telle intervention ne peut être imposée sur le plan médical au vu des risques que cela représente. Si une telle intervention devait avoir lieu, elle n'aurait aucune influence en ce qui concerne sa capacité de travail dans ses activités antérieures. Au vu des atteintes à la santé qu'il présente, les activités antérieures sont, de façon définitive, formellement proscrites. Une activité adaptée

est théoriquement possible à un taux de 100 % avec actuellement une diminution de rendement de l'ordre de 50 % au vu du phénomène inflammatoire local et du syndrome radiculaire irritatif et déficitaire présenté. Après intervention chirurgicale, il est tout-à-fait vraisemblable que l'assuré puisse récupérer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles Pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 25 à 30 min sans possibilité de varier les positions assis-debout minimum 2x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Diminution du périmètre de marche à environ 15-20 min. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable, pas d'activité nécessitant des positions statiques debout immobile prolongées. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance de façon formelle. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur la base des documents à disposition au dossier médical, une incapacité de travail est médicalement attestée depuis avril 2009. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Elle est restée inchangée (100 % d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide jardinier ou ouvrier d'usine, à fortes charges physiques). Concernant la capacité de travail exigible L'assuré présente un état de santé non stabilisé de l'avis de l'expert. Au vu de la pathologie présentée (hernie discale de localisation L5-S1, luxée vers le bas, paramédiane G), il y a risque de développer un syndrome de la queue de cheval, raison pour laquelle un traitement chirurgical devrait être effectué. Un tel traitement ne peut être médicalement imposé au vu des risques qu'il comporte. Après un tel traitement, il est tout-à-fait vraisemblable que l'assuré puisse récupérer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans l'état actuel des faits, l'assuré présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 50 % au vu des limitations fonctionnelles retenues. »

Dans le cadre d'un stage de réadaptation mis en place par l'OAI, l'assuré a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % émanant du Dr B.\_\_\_\_\_. Invité à se déterminer par l'OAI, ce spécialiste a indiqué ce qui suit dans un courrier du 2 juin 2010. « [...] ❖ A votre avis, l'assuré peut-il aujourd'hui mener à terme un stage d'évaluation en milieu spécialisé, avec un taux de présence de 50 % ? oui et le certificat que le patient a présenté ne vous était pas destiné, mais correspondait à l'incapacité de travail vis-à-vis de sa perte de gains qui a été établi en l'absence de son ancien médecin traitant. Ainsi je n'ai pas voulu certifier une incapacité à poursuivre son stage. ❖ Respectivement à quel taux de présence cela serait-il possible ? à 50 %, mais je crois que la meilleure chose c'est que le patient puisse travailler des demi-journées avec un taux de présence complet. ❖ S'agit-il d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte ? non ❖ Quelles sont les limitations fonctionnelles précises ? c.f. mon ancien rapport. » Par décision du 13 octobre 2010 confirmant un projet d'acceptation de rente du 24 juin 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010, avec la motivation suivante : « Depuis le 8 avril 2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. Par votre demande du 9 juillet 2009, vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, en raison de lombosciatalgies. Vous avez exercé pendant de nombreuses années l'activité d'aide-jardinier, avant de perdre votre emploi en 2007 suite à la cessation d'activité de votre employeur, puis avez émargé à l'assurance-chômage. Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a décidé de vous convoquer pour un examen clinique rhumatologique, qui a eu lieu le 14 octobre 2009. Sur la base de cette expertise, le SMR estime que votre activité habituelle d'aide-jardinier,

ainsi que toute activité physiquement lourde et sollicitant le rachis, est largement contraindiquée par vos limitations fonctionnelles (port répété de charges de plus de 5 kg et occasionnelle de plus de 7,5 kg, position statique assise au-delà de 25-30 minutes, possibilité de varier les positions assis/debout au minimum 2x l'heure, montée/descente d'escaliers, activités sur terrain instable, positions statiques debout immobile, positions en porte-à-faux, antéflexion du rachis contre résistance). En revanche, dans une activité respectueuse desdites limitations, votre capacité de travail est exigible à 100 % - avec diminution de rendement de l'ordre de 50 %. Vos médecins ont confirmé l'exigibilité susmentionnée, valable dès avril 2009. A noter que l'expert signale que votre atteinte lombaire et disco-vertébrale justifie une intervention chirurgicale, comportant des chances d'amélioration notable de votre capacité de travail. Nous estimons cependant qu'elle n'est pas exigible. Mandaté par nos soins, notre service Réadaptation vous a rencontré et a mis en place un stage d'évaluation avec versement d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> mars au 30 mai 2010, afin de vous aider à retrouver une activité adaptée à votre état de santé. Vous avez cependant interrompu ladite mesure, ne vous estimant pas capable de travailler du tout, ni d'entreprendre une formation en vue de votre reclassement. L'intervention de notre assurance sous l'angle de la Réadaptation ne se justifie donc plus. Etant donné que vous refusiez notre aide en vue d'un reclassement, c'est par une approche théorique que nous avons calculé votre préjudice. En effet, si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité. Procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain quelle qu'en soit la cause. [...]

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'394.00 par année. Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement maximum de 15 % sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève donc à CHF 25'835.00. En comparant ce montant au revenu annuel auquel vous auriez pu prétendre en 2010 si vous aviez continué d'exercer votre activité habituelle d'aide-jardinier, soit CHF 52'260.00 (selon Convention Collective de Travail), nous constatons que le préjudice découlant de votre atteinte à la santé atteint 51 % ».

B. Le 15 juillet 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, s'est adressé à l'OAI pour lui faire savoir que la situation de son patient ne cessait de se détériorer. Il a exposé ce qui suit : « Le patient souffre actuellement des problèmes de santé pour lesquels médicalement on n'arrive pas à trouver des solutions. Ce patient souffre de céphalées invalidantes depuis deux ans, décrites comme des douleurs temporales droites continues, avec des poussées lancinantes survenant 7 à 8 fois par 24 heures, associées à une rougeur oculaire. Plusieurs mesures médicales ont été tentées sans réel succès. Le patient a été reçu à la consultation spécialisée de céphalées du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_. Mes collègues n'ont pas non plus trouvé de solution. Le traitement d'Indocid proposé a dû rapidement être stoppé pour raisons d'intolérance. Par ailleurs ce patient est connu pour des lombosciatalgies sur hernie discale L5-S1. Il fait des crises de lombalgies avec blocages lombaires récidivants. Le patient a bénéficié de plusieurs séances de physiothérapie. Sous traitement antalgique optimal, les douleurs ne sont pas compensées. L'avis actuel des neurochirurgiens est que l'intervention n'est pas à mesure de résoudre cette symptomatologie pour laquelle ils proposent de poursuivre des mesures conservatrices. Au de ce qui précède, je ne vois personnellement pas quel type de travail pourrait être exigé au patient même à un taux réduit, raison pour laquelle j'aimerais vous demander une révision de sa rente AI. » Dans un avis médical du 9 septembre 2011, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a

considéré que le rapport précité du Dr H. \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau par rapports aux faits déjà connus et que l'appréciation médicale résultant de l'examen rhumatologique du 15 octobre 2009 et du le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2010 restait d'actualité. Il a mis en évidence que les céphalées avaient déjà été identifiées lors de l'examen rhumatologique. Par décision du 14 novembre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision au motif qu'aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'état de santé de l'assuré n'était la requête déposée par le Dr H. \_\_\_\_\_. C. Procédant d'office à la révision de la rente, l'OAI a demandé à l'assuré de le renseigner sur l'évolution de son état de santé. Donnant suite à cette demande le 19 juin 2012, l'assuré lui a fait savoir que son état s'était péjoré depuis plusieurs mois, se plaignant d'une aggravation des douleurs qui devenaient constantes au dos et à la jambe et qui irradiaient désormais la nuque, l'épaule et le bras gauche. Interpellé par l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir que son patient était désormais suivi au Centre de la douleur de V. \_\_\_\_\_ où il avait bénéficié d'infiltrations par blocs facettaires. L'assuré était aussi en consultation auprès du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ pour traiter les céphalées dont l'origine restait indéterminée et affectait son sommeil. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a exposé que l'état du patient le limitait dans tout travail exigeant physiquement et dans les ports de charges, ainsi que dans tout travail exigeant une bonne concentration au vu des troubles du sommeil constatés. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle. Il en allait de même, au vu de l'évolution « clairement défavorable », pour une activité adaptée. A réception du rapport précité, le SMR a requis un complément d'instruction auprès du Dr H. \_\_\_\_\_. Ce dernier a adressé les pièces suivantes à l'OAI : - Un rapport d'IRM cervicale et lombaire du 5 avril 2011 émanant du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a conclu à la présence d'une hernie discale postéro-latérale et canalaire gauche au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 et large débord disco-ostéophytique foraminaux au niveau des vertèbres cervicales C3-C4, ainsi que des vertèbres cervicales C6-C7 à droite. Il n'a pas relevé d'autre hernie discale. - Un rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_, du 7 novembre 2011, qui a conclu que l'assuré présentait une réaggravation de ses lombosciatalgies gauches depuis environ deux mois, pour lesquelles il n'avait bénéficié d'aucun traitement. Au vu de l'absence de signe irritatif ou déficitaire le jour de la consultation et de la présence d'un léger rétrécissement au niveau des vertèbres lombaires L4-L5, cette spécialiste a proposé la mise en place d'un traitement conservateur à base d'antalgique et d'anti-inflammatoire, ainsi que des séances de physiothérapie à but antalgique et d'amélioration de la mobilité lombaire. Elle a précisé qu'elle avait prévu une réévaluation dans les huit mois avec une nouvelle imagerie par résonance magnétique (IRM). - Un rapport du 11 octobre 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui a estimé que la situation était plutôt stationnaire, l'IRM ayant permis d'exclure une nouvelle lésion. Ce spécialiste a décidé de reprendre le conditionnement musculaire, relevant que l'implication personnelle du patient restait très limitée. - Un rapport du 10 janvier 2012 du Prof. L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au service de neurologie du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_, selon lequel l'origine de la céphalée demeurait indéterminée. Ce spécialiste a en outre demandé à ce que l'assuré soit réexaminé au Service d'antalgie de ce même centre universitaire. - Un protocole opératoire du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, et de la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du 28 novembre 2012, selon lequel ces médecins avaient pratiqué une infiltration foraminaire « transfacettaire au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 et péridurale au niveau des vertèbres lombaires

L3-L4 » en raison de claudications neurogènes d'environ 20 m résistantes aux traitements conservateurs depuis quinze jours. - Un protocole opératoire des mêmes spécialistes du 23 janvier 2013 selon lequel ces médecins avaient pratiqué une infiltration des blocs facettaires au niveau des vertèbres cervicales C3-C4 et C4-C5 en raison de cervicodiscarthrose et cervicarthrose au niveau des vertèbres cervicales C3-C4, C4-05, C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'en raison d'un canal cervical étroit. Ils avaient constaté des cervicalgies et des céphalées occipitales prépondérantes à droite sur des troubles dégénératifs pluriétagés résistants aux traitements conservateurs. L'OAI a requis des renseignements supplémentaires auprès du Dr B. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 mai 2013 ce dernier a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans le contexte d'une hernie discale au niveau des vertèbres lombaire L5 et sacrale S1 à gauche, ainsi que de discopathies étagées. Il a constaté une diminution de la mobilité au niveau cervical, vraisemblablement liée selon son appréciation au « large débord disco-ostéophyttaire foraminaux C3-4, C6-7 droit » décrit dans un rapport d'IRM du 5 avril 2011. Il a estimé que la situation était stationnaire, précisant qu'un reconditionnement musculaire avait été proposé, mais qu'il n'allait pas être effectué. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr B. \_\_\_\_\_ a exposé que les positions assises au-delà de 20 minutes ou debout stationnaire étaient impossibles, de même que le port de charges au-delà de 10 kg. S'agissant de cerner le profil d'une activité adaptée, ce médecin a indiqué qu'une expertise, ou au moins une évaluation des capacités fonctionnelles, était nécessaire. Par avis médicaux des 30 septembre et 4 novembre 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a requis puis organisé la mise en œuvre d'une expertise. Cette expertise a été confiée au Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la Clinique de réadaptation X. \_\_\_\_\_ (ci-après : CRR), l'assuré ayant séjourné dans cette clinique du 3 au 5 mars 2014. Dans son rapport du 10 mars 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches non déficitaires (M54.5), de hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5, médio-latérale, rétrécissant le canal (M51.2), de cervico-brachialgies gauches chroniques (M51.2) et de discopathies cervicales étagées (M50.9). Les diagnostics d'état douloureux chronique diffus (R52.9) et d'obésité (BMI à 38) n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-jardinier, mais de 70 % dans une activité adaptée. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a fait l'appréciation suivante du cas (pp. 7 à 10) : « APPRECIATION [...], à l'âge de 21 ans il est engagé dans une petite entreprise comme jardinier paysagiste. Il travaille pour le même employeur durant 28 ans, soit jusqu'à la faillite de l'entreprise en 2007. Il est marié depuis 1984 et il a deux fils nés en 1985 et 1988. Sur le plan médical, il n'a pas d'antécédent digne de considération. Son histoire débute par des lombalgies intermittentes à partir de l'année 1995. C'est en 2001 que les lombalgies deviennent chroniques, s'accompagnant bientôt de sciatalgies gauches. On pose le diagnostic de hernie discale L5-S1. On ne retient pas d'indication chirurgicale mais de nombreux traitements sont appliqués (médicaments multiples, infiltrations, physiothérapie). A partir de l'année 2008, la situation se complique de céphalées chroniques dont la nature ne peut être précisée puis de cervico-brachialgies gauches imputées à des troubles dégénératifs. A ce dernier niveau, on opte également pour un traitement conservateur. En ce qui concerne l'activité professionnelle, la situation se délite à partir de l'année 2001 avec, durant les six ans qui suivent, des périodes d'incapacité partielle et/ou transitoire. Le coup de grâce à la participation professionnelle semble coïncider avec la faillite de l'entreprise en 2007. Par la suite, le sujet travaille durant quelques mois dans une usine. Le dernier jour de

travail remonte au mois d'octobre 2008. A partir de là, A. \_\_\_\_\_ épuise les prestations du chômage. Sur la base d'un examen rhumatologique au SMR de Vevey en octobre 2009, on lui attribue une demi-rente AI. Les tentatives de stage en milieu professionnel avortent rapidement (quelques demi-journées seulement), l'assuré avançant non seulement ses lombosciatalgies mais des lâchages du genou, des céphalées et des cervico-brachialgies. Ainsi décrit, le parcours de A. \_\_\_\_\_ paraît linéaire et l'on peut comprendre que l'AI souhaite évaluer ses capacités fonctionnelles dans la perspective d'un emploi adapté. Mais c'est alors faire l'impasse sur les facteurs psychosociaux qui conditionnent de façon prédominante le retour sur une putative place de travail et qui hypothèquent le bien-fondé des évaluations fonctionnelles. Problèmes psychosociaux D'une façon générale, l'appréciation que fait un sujet de sa propre aptitude au travail prédit beaucoup mieux que tout autre facteur le pronostic d'une reprise professionnelle. Actuellement, à la question de savoir s'il se sent apte à exercer une quelconque activité rémunérée, même adaptée à son état, A. \_\_\_\_\_ répond clairement que non. D'autres signaux d'alerte sont également au rouge. On peut souligner la longue période d'incapacité : plus de quatre ans depuis le dernier emploi occupé, en réalité sept ans depuis la faillite de l'entreprise. On doit admettre une acculturation imparfaite, malgré le temps passé en Suisse, avec un modèle familial d'incapacité : l'épouse a cessé toute activité professionnelle il y a plus de dix ans pour un motif médical et s'est vu refuser toute prestation de l'AI. Le fils cadet est sans emploi après avoir, lui aussi, essuyé d'importants problèmes médicaux (perte de la vision d'un œil) et s'être adressé à l'AI. Enfin, l'aîné des deux fils serait d'une santé fragile (opération d'une tumeur à l'estomac). A. \_\_\_\_\_ ne peut donc pas compter sur un milieu familial soutenant. Il n'a aucune formation certifiée et, à 56 ans, il ne lui reste que sa force physique comme ressource à faire valoir sur le marché de l'emploi. Enfin, il a assimilé, au cours de ses années d'inactivité, un statut d'invalidé, statut corroboré par une prise en charge médicale qui ne s'est jamais allégée en dépit, ou peut-être à cause du sentiment subjectif d'une détérioration continuelle. Ainsi, le sujet truffe maintenant l'anamnèse de justifications de son état douloureux par les traitements lourds qu'il poursuit et que manifestement il observe (sécheresse buccale sous Sarotène). On n'est donc pas étonné d'une anamnèse inductible et de réponses rodées, allant toutes dans le sens d'un handicap majeur, même pour les activités de la vie quotidienne. Au cours de l'examen physique, A. \_\_\_\_\_ ne peut se départir de l'image d'invalidé qui s'est contrastée avec le temps : il y a les attributs externes, tel un bas de contention en laine pour le membre inférieur gauche, telle la canne en bois. Il y a surtout le comportement douloureux qui s'exprime par de nombreuses modalités (cf. détails sous observation générale ci-dessus). Dans ce contexte, on peut prédire que le sujet ne collaborera pas de façon adéquate à une évaluation de ses capacités physiques ; il est évident qu'il adoptera le même comportement qu'il a affiché en atelier protégé il y a quelques années. Dans ce contexte, aucune évaluation des capacités fonctionnelles n'est propre à fournir une indication pertinente sur le niveau d'effort qu'il est capable d'atteindre dans une situation de vie réelle. Evaluations fonctionnelles Conformément à l'attente, A. \_\_\_\_\_ ne collabore pas aux évaluations fonctionnelles. Ces bilans ne permettent finalement que d'illustrer un comportement inadapté à la situation et en discordance avec l'atteinte présumée à la santé. Ainsi, au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles, le score de 15 atteint au PACT ne fait aucun sens : il donne à penser que le sujet ne peut même pas s'employer à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Il s'agit d'un résultat nettement inférieur à celui auquel pourrait prétendre un individu paraplégique. Au cours des tests proprement

aits, le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'est pas atteint pour plusieurs tâches. Pour comprendre la faiblesse de l'effort consenti, il n'est que de dire que le sujet ne peut soulever une caisse de 10 kg horizontalement à hauteur de taille, qu'il ne peut maintenir les 2 bras tendus devant lui au-delà de 18 secondes ou encore marcher au-delà de 50 mètres sans s'accroupir. Dans ces conditions, la volonté de donner le maximum est insuffisante et le niveau de cohérence trop faible pour que l'ECF fournisse une information pertinente sur l'effort que A. \_\_\_\_\_ est censément capable de déployer. L'évaluation en atelier professionnel laisse plus de liberté que l'ECF à l'assuré qui peut adapter ses positions et mieux moduler ses aptitudes pour parer à son handicap. Le test de Valpar est choisi parce qu'il consiste en un simple tri de pièces. Ce test fait appel à des aptitudes cognitives (capacités attentionnelles et décisionnelles, reconnaissance des couleurs, des chiffres et des lettres, intégration et assimilation de consignes). Il implique principalement le membre supérieur dominant (préssumé non atteint chez A. \_\_\_\_\_) et permet d'évaluer la dextérité fine monomanuelle, la vitesse d'exécution et la précision. Même dans une telle activité qui sollicite peu le rachis et, en l'occurrence, pas du tout le membre supérieur symptomatique, les résultats, de façon incompréhensible, sont largement en dessous de la moyenne et le nombre d'erreurs est élevé. Facteurs biomédicaux Derrière cet écran opaque que créent les facteurs psychosociaux mentionnés ci-dessus, derrière les auto-limitations (interruption prématurée de l'effort, erreurs, ralentissement moteur) et les différentes modalités qui parasitent l'approche objective du cas, force est d'admettre qu'il existe, au niveau lombaire, une atteinte lésionnelle. L'IRM met en effet en évidence une hernie discale L4-L5 rétrécissant notablement le canal rachidien et, en L5-S1, une hernie discale de moindre volume. Pour les cervico-brachialgies, le socle organique paraît moins consistant : il existe des discopathies protrusives de C3 à C7, n'engendrant aucun conflit disco-radulaire, qui paraissent triviales chez un travailleur de force de cet âge. L'examen physique ne fournit pas d'indice solide en faveur d'un conflit disco-radulaire aussi bien lombaire que cervical. Il n'y a pas, après recoupement des différents tests, de signe en faveur d'une irritation radulaire ; il n'y a pas de signe déficitaire. A ce stade, on peut donc valoriser les troubles dégénératifs et l'image de double hernie discale lombaire, si l'on veut s'appuyer sur des éléments objectifs pour comprendre en partie au moins les douleurs alléguées. Appréciation du taux de capacité Ce sont donc d'abord les convictions de A. \_\_\_\_\_ qui créent un rempart infranchissable sur la route d'un retour au travail : conviction de ne plus pouvoir, conviction d'être malade renforcée par les traitements qui continuent d'être appliqués, conviction d'avoir légitimement droit à des prestations d'assurance. C'est ensuite le cumul des facteurs contextuels qui fait barrage : pas de formation spécifique à faire valoir, âge relativement avancé, peu d'aptitudes personnelles, marché du travail asséché, longue interruption de travail en partie cautionnée par l'institution. Ainsi, la probabilité d'une reprise professionnelle, quelle que soit la décision de l'AI, est en pratique nulle dans cette situation. En ce qui concerne les données médicales proprement dites, l'expression de la douleur est sans proportion avec le socle organique, même si celui-ci existe. Il en va de même du handicap allégué, dont la description n'est pas crédible. L'évaluation de la capacité de travail ne peut donc être que médico-théorique. Dans l'ancienne activité de jardinier, comme dans toute autre activité ne respectant pas les limitations pour le dos déjà décrites par le passé en terme de maintien de position (au-delà d'une heure), de posture (pas d'effort en porte-à-faux du rachis) de soulèvement de charge (au-delà de 10 kg plusieurs fois par heure) et de périmètre de marche (au-delà de 200 mètres en une fois), la capacité de travail est nulle. En revanche, dans une activité respectant ces

limitations , par exemple au travail à un établi permettant le changement de position une fois par heure, comme auxiliaire de vente, dans la petite manutention, la capacité de travail pourrait être supérieure à 70 %. Nous ne souscrivons donc que partiellement à l'appréciation émise par le Dr G. \_\_\_\_\_ en 2009 : nous ne comprenons en effet pas pourquoi ce confrère admet un rendement de seulement 50 % dans un emploi adapté, sauf à intégrer une souffrance authentique induite par les difficultés psychosociales qui se concentrent sur ce sujet. C'est l'occasion de préciser qu'à aucun moment, les investigateurs n'ont le sentiment que les incohérences en cascade traduisent de la part de A. \_\_\_\_\_ une volonté de produire délibérément des symptômes pour tromper l'examineur. Notre bilan, respectant en cela le principe de compétence, n'entre pas en considération sur d'éventuelles singularités psychiques. » Dans un avis médical du 17 avril 2014, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté que l'expert avait retenu une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée sur des bases médico-théoriques. Il a observé que la situation était dans l'ensemble stationnaire pour un assuré ne disposant que d'un faible potentiel de reprise professionnelle comme discuté dans l'expertise. Par décision du 2 septembre 2014 (doc. 110 de l'OAI, intitulé par erreur « projet de décision »), confirmant un projet de décision du 23 juin 2014 (doc. 106 de l'OAI, intitulé « projet de décision »), l'OAI a rejeté la requête de révision de la rente, précisant que l'assuré continuait de bénéficier d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 51 %. Cette décision était motivée de la manière suivante : « A. \_\_\_\_\_ bénéficie actuellement d'une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 51 %, versée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. Dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente, ouverte en juin 2012, l'assuré nous a signalé une aggravation de son état de santé. Afin de vérifier la plausibilité de cette aggravation, le Dr B. \_\_\_\_\_ tout comme le Service Médical Régional ont jugé nécessaire de mettre en place une expertise rhumatologique avec évaluation des capacités fonctionnelles. Cette expertise, qui a eu lieu auprès de la Clinique de réadaptation X. \_\_\_\_\_ (Clinique de réadaptation X. \_\_\_\_\_) du 3 au 5 mars 2014, conclut que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle. Dans une activité adaptée, l'expert admet une capacité de travail de 70 %, ce qui est supérieur à celle que nous avons précédemment retenue. Effectivement, lors de l'octroi de la rente, nous avons retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans ces conditions, nous concluons que la situation est stationnaire. » D. Le 31 janvier 2017, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état s'était péjoré, indiquant souffrir d'hernie discale, de problème psychique, de trouble du sommeil, de problèmes de nuque (blocage) et de hanche. Invité à rendre plausible cette aggravation, l'intéressé a produit un rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 16 février 2017 qui a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de « lombosciatalgies chroniques sur hernie discale L5-S1 » et de « status post microdiscectomie L4-L5 pour hernie discale L4-L5 en septembre 2014. » Les diagnostics de diabète de type II, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger, d'hypertension artérielle et de probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a décrit une aggravation des douleurs lombaires et blocages récidivants du dos. Il a indiqué que de nouvelles infiltrations s'étaient révélées nécessaires. Ce médecin-traitant a indiqué qu'en raison de l'état de la colonne vertébrale et des douleurs, son patient était « fortement limité dans les mouvements de flexion, de torsion de la colonne. » Le port de charges de plus 7 kg n'était pas possible. Présentant une incapacité totale malgré une opération du dos effectuée en septembre 2014, l'état de l'assuré ne s'était pas sensiblement amélioré et rien ne laissait présager avec un mauvais pronostic. A la

requête de l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir par rapport du 7 avril 2017 que son patient avait été adressé au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à la Dre S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que son patient était incapable d'accomplir des tâches lourdes (maximum 7 kg) et d'exécuter des tâches nécessitant des efforts en raison de son dos. En outre, il avait besoin de changer continuellement de positions. Il a estimé que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % en raison d'une grande fatigabilité. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a joint à un rapport du 6 mai 2015 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie à l'Hôpital U. \_\_\_\_\_, selon lequel il n'y avait pas de syndrome radiculaire, ainsi qu'un rapport de la Dre S. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2017 qui a relevé que l'assuré était atteint de dorso-lombalgies (status après opération de canal lombaire étroit en 2014 entre les vertèbres lombaires L4-L5 ; discopathie au niveau des vertèbres lombaire et sacrale L3-S1 ; déconditionnement et faiblesse musculaire ; dysfonction intervertébrale lombaire) et de cervico-scapulalgies (troubles dégénératifs et dysbalances musculaires ; status après subluxation condylienne de la mâchoire droite). Cette spécialiste a relevé que l'évolution sous traitement susmentionné avait été légèrement favorable, et qu'objectivement, à l'examen clinique, elle avait obtenu de bonnes amplitudes. La mobilité des épaules était conservée. Toutes les amplitudes étaient décrites comme douloureuses en fin de mouvement, soit en élévation ou en abduction, même en rotation externe. La coiffe des rotateurs était compétente. Il y avait une hypertension dans les muscles trapèzes et angulaires, qui n'avait que légèrement diminué. Elle a également exclu un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, qui n'avait vu l'assuré qu'à une seule occasion, il a estimé que ce dernier présentait une souffrance bien réelle, liée à une importante pathologie algique, qu'on la considère dans le système locomoteur, sous la forme de céphalées (avec une composante neurologique qui reste visiblement floue à l'heure actuelle), mais également avec une composante compatible avec un possible trouble somatoforme douloureux. En outre, ce psychiatre a estimé qu'il était difficile de mettre en évidence la présence d'une comorbidité psychiatrique grave et chronique. Il a cependant relevé la présence d'un potentiel intellectuel probablement limite, voire légèrement déficitaire, qui n'était en soi pas une limitation fonctionnelle dans les postes occupés jusqu'à ce jour. Par contre, ce paramètre était tout de même susceptible de rendre la personne très rigide sur le plan mental avec pour conséquence une diminution des capacités de faire face à l'atteinte à la santé. S'agissant de la comorbidité somatique, le Dr R. \_\_\_\_\_ a renvoyé aux médecins somaticiens. Il a préconisé de préciser l'aspect incapacitant lié aux céphalées. Bien que doutant de la pertinence et des résultats escomptés d'une éventuelle approche psychiatrique, ce spécialiste a évoqué une approche intégrant la dimension culturelle, par exemple via une prise en charge psychologique ou psychiatrique telle que proposée par l'Association [...]. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a en outre mis en garde le médecin généraliste traitant sur le risque de perte d'intégration sociale et sur une éventuelle évolution de la pathologie psychiatrique, n'excluant pas l'apparition d'une symptomatologie dépressive plus franche, ce qui pourrait alors constituer une comorbidité psychiatrique significative susceptible d'influencer l'appréciation asséculogique. Le 10 août 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction pour détailler le status et connaître le traitement antalgique. Il a en outre constaté que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été évaluée. Il a ainsi requis des informations auprès des Drs N. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_. Le 23 août 2017, l'Hôpital U. \_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr T. \_\_\_\_\_ ne travaillait plus pour ses

services. Il a joint à son courrier les rapports à sa disposition. Dans le dernier rapport daté du 5 novembre 2014, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir pratiqué une microdissectomie des vertèbres lombaires L4-L5 gauche le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Il a exposé une évolution lentement favorable : les sciatalgies intenses qui existaient en préopératoire s'étaient nettement calmées avec persistance d'une légère irritation radiculaire compatible avec une épидурite documentée dans une IRM postopératoire. Il a prescrit une physiothérapie avec reconditionnement du rachis dorsolombaire et exercices posturaux, laissant au Dr H. \_\_\_\_\_ le soin de la prolonger le cas échéant. Ce neurochirurgien s'attendait à une amélioration progressive sur deux à trois mois. Dans un rapport du 15 janvier 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait des lombosciatalgies à bascule sur sténoses foraminales au niveau des vertèbres lombaire et sacrale L5-S1 bilatérales, une discopathies pluri-étagées au niveau des vertèbres lombaires et sacrale L2-L3, L4-L5 et L5-S1, un status post-microdissectomie au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 à gauche, une hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 à gauche, des cervico-scapulalgies chroniques, des céphalées occipitales sur cervico-discourthrose au niveau des vertèbres cervicales C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'un canal cervical étroit sans myéлоpathie. Il a indiqué avoir effectué des infiltrations par blocs facettaires et péri-durales. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité, exposé nombre de limitations fonctionnelles et conseillé à l'OAI de procéder à un examen par son médecin-conseil. En outre, des mesures de réadaptation étaient nécessaires. Il a joint à son rapport un rapport d'IRM lombaire du 8 septembre 2017 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, selon lequel le patient présentait une sténose foraminale dégénérative multifactorielle au niveau des vertèbres lombaire et sacrale L5-S1 prédominant à gauche conflictuelle sur le trajet sous-pédiculaire de la vertèbre lombaire L5 gauche, ainsi qu'une pointe de hernie discale canalaire postéro-latérale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 droite, péjorée comparativement aux données du 16 janvier 2014. Dans un avis médical SMR du 15 février 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de mettre en place un examen rhumatologique au SMR ou une expertise. L'intéressé a été soumis à un examen clinique rhumatologique, effectué le 23 avril 2018 par le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au SMR. Dans son rapport du même jour, ce spécialiste a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5, de status après cure de hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 à gauche (M54.4), tous deux au titre de diagnostics principaux, et de cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54.2), ainsi que de syndrome rotulien à gauche (M 22.2), tous deux au titre de diagnostics associés. En outre, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de céphalées d'origine indéterminée, de troubles statiques discrets à modérés des pieds avec hallux valgus bilatéral, actuellement asymptomatiques, d'obésité (BMI à 34), d'hypertension artérielle traitée, de diabète de type II traité et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 0 % comme aide-jardinier-paysagiste ou ouvrier d'une fabrique de tubes en aluminium et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 8 avril 2009, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Il a indiqué qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles nécessitait, au niveau du rachis, de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, de ne pas soulever ou porter régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kg, d'éviter les travaux

en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, les rotations rapides de la tête et la position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Au niveau des membres inférieurs, il s'agissait d'exclure les genuflexions répétées, ainsi que le franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers. Le Service REA de l'OAI a effectué le calcul du préjudice économique le 25 mai 2018. Il a retenu un revenu sans invalidité fondé sur l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA\_1 [10-11]) de 4'816 fr. par mois, soit 60'248 fr. par an compte tenu de l'horaire usuel de 41,7 heures dans la fonction d'aide-jardinier exercée avant l'atteinte à la santé. Quant au revenu avec invalidité, il a retenu un revenu de 10'500 fr. en atelier protégé, un reclassement n'étant pas envisageable. Le préjudice économique se montait ainsi à 49'748 fr., soit 83 %. Il ressort du compte-rendu de la permanence juridique de l'OAI du 4 juin 2018 qu'il n'y avait pas de changement dans l'état de santé, pas de motif de révision, et donc pas de nouveau calcul à faire, si bien qu'il convenait de maintenir la demi-rente de 51 % en l'état du dossier. Par décision du 16 juillet 2018, confirmant un projet du 5 juin 2018, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, faute de modification notable depuis sa dernière décision, en retenant une capacité de travail dans une activité adaptée demeurant de 50 %. E. a) Par acte du 14 septembre 2018, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Christophe Misteli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et subsidiairement à sa réforme dans le sens d'une augmentation de sa rente à 100 %. Dans un premier moyen, il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant la décision attaquée insuffisamment motivée. Il soutient ensuite que l'examen mis en œuvre auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_ n'est pas probant, en particulier au motif que ce spécialiste n'a pas pris en considération les derniers examens par radiographies et par IRM, n'a pas intégré tous les diagnostics listés par ses médecins traitants et n'a pas tenu compte de l'examen d'imagerie d'août 2018. Il déplore que l'examen somatique se limite à une brève discussion, et que la méthode d'examen de sa personne ne soit pas expliquée. Il critique l'absence de test de port de charges et d'étude d'ergonomie. Il se plaint également qu'il n'y a pas eu de discussion sur l'appréciation fonctionnelle de sa capacité de travail résiduelle, que le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'expose pas la nature des limitations fonctionnelles et que le rapport ne soit pas signé par un second médecin. Dans un autre moyen, il relève qu'à l'époque, l'OAI avait admis que dans le cadre d'une activité légère de substitution, son salaire hypothétique pouvait être de 30'394 fr. par an. Or, il n'était désormais plus question d'une activité légère avec un salaire « à peu près maintenu », mais d'une vraie baisse de productivité, uniquement en atelier protégé, avec un salaire qui ne serait plus que de 10'500 fr. par an, dont il résulte un préjudice économique de 83 %. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise par la Cour de céans. A l'appui de son recours, il a produit un rapport du 10 septembre 2018 de son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, selon lequel son patient s'est plaint au mois d'août 2018 de douleurs cervicales avec irradiation dans le territoire de la racine de la vertèbre cérébrale C6 à gauche, ce qui nécessitait une nouvelle IRM cervicale qui montrait un canal cervical étroit avec sténose foraminale au niveau de la sortie de la vertèbre cérébrale C4 à droite et de la vertèbre cérébrale C6 à gauche, expliquant les symptômes du patient. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a réadressé son patient au Dr N.\_\_\_\_\_ pour une nouvelle infiltration, précisant ne pas disposer du rapport de ce dernier. Pour le médecin traitant, l'aggravation de l'état du dos du patient était due à ces multiples discopathies, hernies discales et au canal cervical étroit. Selon ce médecin, le pronostic était défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle.

Dans sa réponse du 30 octobre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours, faute de nouveaux éléments par rapport à la décision du 23 juin 2014. Dans sa réplique du 26 novembre 2018, le recourant a encore fait valoir que l'OAI ne se prononçait pas sur les rapports médicaux, à savoir sur celui du Dr N. \_\_\_\_\_, ainsi que sur celui du Dr W. \_\_\_\_\_, lesquels confirment selon lui que la situation s'est péjorée, « même comparativement au 16 janvier 2014 ». Il a pour le surplus repris les arguments de son recours. Le 12 décembre 2018, l'OAI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à influencer ses droits, entre la date de la décision lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité (le 13 octobre 2010) et la date de la décision litigieuse (16 juillet 2018). Plus précisément, il s'agit de déterminer si le recourant peut prétendre à une rente d'un degré supérieur à une demi-rente, singulièrement si son état de santé s'est aggravé depuis le 2 septembre 2014, date du prononcé de la dernière décision en date ayant fait l'objet d'un examen matériel du droit à la rente (intitulée par erreur projet de décision ; cf. pièces 106 et 110 de l'intimé), ainsi qu'il l'allègue. 3. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait pas motivé suffisamment sa décision. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). b) Pour autant qu'il puisse être considéré

comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet en effet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. En réalité, les griefs formulés par le recourant semblent se confondre avec celui de violation du droit et doivent être examinés avec le fond du litige.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 (première phrase). 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 (deuxième phrase). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et cc et les références citées ; TF 9C\_177/2017 du 20 juin 2017 consid. 6.2 ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 4. Comme relevé au considérant 2 ci-avant, le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une demande de révision engagée par le recourant le 31 janvier 2017, au motif que son état de santé se serait aggravé.

a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 consid. 1b ; 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; 112 V 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2). b) En l'espèce, l'office intimé a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant, sur la

base du rapport d'examen du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 23 avril 2018. Il a ainsi estimé qu'en absence de changement et donc de motif de révision, il y avait lieu de maintenir le droit à une demi-rente reconnu depuis le mois d'avril 2010. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmée pour les motifs qui suivent. aa) Il faut en premier lieu constater que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 23 avril 2018 est fondé sur une étude circonstanciée du dossier du recourant et sur des examens complets. Ce spécialiste a pris en considération les plaintes de l'intéressé et a établi son appréciation en pleine connaissance du dossier, avec une description du contexte médical, aboutissant à des conclusions claires, dénuées de contradictions. Ce rapport d'examen remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que les critiques du recourant à son encontre ne peuvent être suivies. Il y a en particulier lieu de relever que le Dr Y. \_\_\_\_\_ a bien pris en compte le rapport d'imagerie du Dr W. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2017 dans le cadre de son appréciation. Le fait que l'intéressé n'ait pas remis au Dr Y. \_\_\_\_\_ l'entier de son dossier radiologique, bien qu'invité à le faire, ne permet pas encore d'affirmer que son rapport serait dénué de valeur probante. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a en effet pris soin d'examiner tous les éléments radiologiques au dossier et l'on peine à voir celui qui aurait été omis dans ce cadre. On voit également mal que l'on puisse reprocher à l'expert de ne pas avoir tenu compte d'un rapport d'imagerie qui aurait été réalisé au mois d'août 2018, soit quatre mois après son examen, respectivement un mois après la notification de la décision attaquée. Pour le surplus, un rapport d'examen ou d'expertise n'a pas à intégrer tous les diagnostics posés par les médecins traitants de l'expertisé pour se voir reconnaître valeur probante ; dans le cas d'espèce, le recourant n'a au demeurant pas indiqué quel diagnostic n'aurait pas été retenu, à tort, par le Dr Y. \_\_\_\_\_. On peine à suivre l'intéressé lorsqu'il plaide que l'examen somatique se limite à « une brève discussion » : il ressort au contraire de l'examen du Dr Y. \_\_\_\_\_ que ce spécialiste a pris le soin de détailler le status du recourant, aux niveaux général, neurologique et ostéo-articulaire. Quant à la méthode d'examen qui n'aurait pas été expliquée à l'intéressé – lequel a du reste d'ores et déjà été examiné par un médecin spécialiste du SMR le 14 octobre 2009, ainsi qu'auprès de la Clinique de réadaptation X. \_\_\_\_\_ le 10 mars 2014 – on ne voit pas là non plus quel argument entend en tirer le recourant. Le déroulement de l'expertise n'a du reste pas donné lieu à des critiques, et le rapport d'examen du Dr Y. \_\_\_\_\_ correspond sans exception aux rapports de même type traditionnellement mis en œuvre par l'office intimé, ce que la Cour de céans peut régulièrement observer au travers d'autres dossiers dans le cadre desquels un examen clinique rhumatologique est mis en œuvre au SMR. En particulier, l'expert a procédé aux tests courants au niveau ostéo-articulaire. Il n'était au demeurant pas attendu qu'il procède à des mises en situation avec port de charges, ainsi que paraît le soutenir le recourant. Les limitations fonctionnelles sont décrites de façon claire, et aucun élément ne vient les remettre en question. Les raisons qui conduisent le Dr Y. \_\_\_\_\_ à maintenir que l'intéressé est en mesure d'exercer une activité adaptée à la pathologie ostéoarticulaire à 50 % sont également finement posées : en effet, ce spécialiste a observé qu'au cours de l'entretien, la tolérance à la position assise était satisfaisante. Si, contrairement au Dr Q. \_\_\_\_\_, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a maintenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, c'est au vu de la pluralité de pathologies ostéoarticulaires et de limitations fonctionnelles en découlant, qui conduisaient fatalement à une baisse de rendement. Il a toutefois relevé, à l'instar de l'expert de la Clinique de réadaptation X. \_\_\_\_\_, avoir observé des motifs d'exclusion, tels qu'une certaine démonstrativité à l'examen du rachis

cervical, lombaire et des épaules, ainsi que la présence de trois signes de non-organicité selon Waddell sur cinq. Si le recourant présente des difficultés d'ordre social (ne travaillant plus depuis longtemps et ne disposant que d'une demi-rente AI, des prestations complémentaires et de l'aide sociale), il a cependant certaines ressources disponibles ou mobilisables, puisqu'il est bien soutenu par son épouse et son fils. En outre, le recourant dispose d'une aptitude moyenne à la communication en français lui permettant notamment de se faire « tout à fait comprendre » du Dr Y. \_\_\_\_\_ et comprenant les questions posées. Ce dernier a mis en évidence que le recourant n'était cependant pas motivé par la reprise d'une activité professionnelle, semblant toutefois avoir bien adhéré à la thérapie, conduite suivie jusqu'à présent dans les règles de l'art. La personnalité actuelle du recourant face à sa maladie est décrite comme plutôt passive, puisqu'il ne recherche pas activement une activité adaptée à ses problèmes de santé. S'agissant des incohérences, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a noté que, malgré des douleurs cotées à 8-9/10, l'intéressé est encore capable de conduire la voiture de son fils pour se rendre chez les médecins et faire les commissions avec sa femme, qu'il est capable de prendre les transports publics tout seul, de sortir avec ses petits-enfants, tous les jours quelques minutes avec plaisir, même si par moments, il ne supporte pas leurs bruits, et de partir en 2017 en [...] en avion pour des raisons familiales. Pour le surplus, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-traitant, a maintenu dans son rapport du 10 septembre 2018 produit à l'appui du recours que l'état de son patient se péjorait. Or, il l'alléguait déjà les 15 juillet 2011 et 16 août 2012. Les éléments qui sont listés dans son rapport du 10 septembre 2018 ne sont pas nouveaux et ont été pris en considération par le Dr Y. \_\_\_\_\_ dans son appréciation. S'agissant en particulier du canal cervical étroit, il était déjà mentionné dans le protocole opératoire du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013, ainsi que dans le rapport adressé par le premier à l'OAI le 15 janvier 2018, ce qui n'a pas échappé au Dr Y. \_\_\_\_\_ (rapport d'examen rhumatologique, p. 3). Il est donc erroné d'alléguer comme le soutient le Dr H. \_\_\_\_\_ que le diagnostic du canal cervical étroit vient « s'ajouter aux différents diagnostics déjà évoqués » dans la mesure où celui-ci était bien connu dès 2013. Ce médecin ne décrit quoi qu'il en soit aucunement les effets qui en découlent sur la capacité de travail. Au demeurant, la décision litigieuse date du mois de juillet 2018 et les plaintes du recourant rapportées par le Dr H. \_\_\_\_\_ du mois d'août 2018, soit postérieurement. A supposer que les limitations fonctionnelles en découlant dans une activité adaptée se soit aggravées depuis le prononcé de la décision litigieuse, ces éléments pourront cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande de révision auprès de l'office intimé. Quant à l'absence de signature du rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ par un second médecin, elle ne constitue pas non plus un élément à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de la valeur probante d'un rapport. Dans ces circonstances, c'est dès lors sans abuser de son pouvoir d'appréciation que l'intimé, en se fondant sur l'expertise pleinement probante du Dr Y. \_\_\_\_\_, a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, respectivement une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, et ce à compter du mois d'avril 2009. En pareilles circonstances, l'office intimé était dès lors fondé à rejeter la demande de révision de l'assuré. bb) Pour le surplus, le fait que dans une communication interne à l'intimé, la question des assurés proches de l'âge de la retraite, respectivement de leur réadaptation, ait été posée, est sans incidence sur le résultat de la présente affaire. Il est constant que dans la mesure où l'état de santé de l'intéressé ne s'est pas modifié, et qu'il demeure en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois d'avril 2009, c'est cette date qui est

déterminante selon la jurisprudence. En effet, s'agissant de l'âge du recourant, il convient de rappeler que 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Le recourant étant âgé de 51 ans et 10 mois au moment déterminant où le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté qu'il conservait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 14 octobre 2009), il n'avait alors pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). Aussi, si l'âge du recourant peut limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'il rend à lui seul cette perspective illusoire au point de procéder à une analyse globale de sa situation au sens de la jurisprudence précitée (ATF 138 V 457). Les arguments du recourant selon lesquels c'est un taux d'invalidité de 84 % qui devrait être retenu ne sont dès lors pas pertinents. 5. Le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire formulée par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 16 juillet 2018 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 A. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Misteli (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), ■ Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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