

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Gasser, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

S. _____, à Morges, recourant,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. S._____, né en 1959, se plaint de douleurs lombaires depuis l'adolescence avec une aggravation progressive depuis 1982. Au bénéfice d'un CFC de vendeur, il a exercé ce métier, puis est devenu gérant de magasin [...]. En raison de problèmes de dos, il s'est reconverti dans la profession de représentant en cosmétiques dès le 1^{er} octobre 1988. Compte tenu de l'exacerbation de ses problèmes lombaires, il a cessé son activité professionnelle le 30 novembre 1997, étant par ailleurs au bénéfice d'un arrêt de travail depuis le 18 février 1997. Il a été opéré en mai 1997 d'une spondylodèse L5-S1 par laparoscopie antérieure et mise en place de deux cages de titane. Cette intervention n'a pas permis d'améliorer de manière substantielle la symptomatologie douloureuse au niveau du dos.

S._____ a déposé une demande de prestations AI en date du 8 juin 1998, sans donner de précision quant à l'atteinte à la santé. Du 3 janvier au 2 avril 2000, l'intéressé a bénéficié d'un stage professionnel auprès du Centre ORIPH à [...]. Dans un rapport du 10 mai 2000, il est précisé que cet assuré présente en plus de son affection somatique une importante problématique au niveau psychiatrique. Dans un rapport intermédiaire du 3 janvier 2001, le Dr B._____, médecin associé à l'Hôpital [...], a constaté une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis la reprise d'une activité professionnelle relative à la surveillance d'adolescents à raison de 2h/semaine au Centre [...]. Tout en excluant une reprise de l'ancienne activité de représentant en raison de la conduite automobile et du port de charges, il a considéré qu'une activité à 50 % telle que celle assumée à présent pourrait être retenue. Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr D._____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans un rapport du 30 novembre 2001, l'expert a posé le diagnostic de trouble de conversion hystérique oligosymptomatique, associé à un trouble significatif de la personnalité immature à traits paranoïaques décompensés atteignant le seuil diagnostique étant donné qu'il

est à l'origine d'un dysfonctionnement personnel, social et professionnel évident. L'expert a retenu une incapacité de travail à 100 % de mars 1997 à fin 2000, puis à 50 % depuis le début 2001.

Sur la base de ces appréciations, l'OAI a communiqué à S._____ en date du 17 avril 2002 un projet de décision, par lequel il octroyait une rente AI basée sur un degré d'invalidité de 100 % dès 1^{er} février 1998, puis à 50 % dès le 1^{er} avril 2001, confirmé par prononcé du 29 avril 2002.

B. Le 14 juillet 2003, l'assuré a déposé une demande de révision de son droit à la rente en raison d'une affection aux hanches. En date du 9 juillet 2004, l'OAI a mis en œuvre une procédure de révision d'office, l'assuré n'ayant pas fourni les renseignements demandés dans le délai imparti, prolongé à plusieurs reprises. Dans ce cadre, l'intéressé a rempli un formulaire en date du 19 août 2004 en indiquant qu'il sollicitait une augmentation du degré d'invalidité de 50 % à 100 %, car il n'était plus en mesure d'assumer un travail à 50 % au vu de l'état de son handicap. Dans un rapport médical du 12 octobre 2004, le Dr L._____, médecin-chef du service [...], a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales prédominant à gauche après stabilisation L5-S1 par cage. Tout en émettant un pronostic défavorable en raison d'un syndrome douloureux de longue date sans amélioration par la chirurgie et sans réponse aux traitements médicamenteux habituels, le Dr L._____ ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de l'assuré. Dans un rapport médical du 17 décembre 2004, la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome vertébral lombaire sans déficit sensitivo-moteur et de personnalité anxieuse et revendicatrice. Elle a par ailleurs indiqué que le statut général était compatible avec une activité salariée à 50 %.

Par avis médical du 23 mars 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté qu'aucun des rapports

médicaux joints au dossier n'attestait de la péjoration de la situation, les médecins se prononçant sur la capacité de travail confirmant une capacité résiduelle de 50 % dans une activité adaptée. S'agissant du trouble psychique, le SMR a souligné que l'assuré ne suivait aucun traitement, ni médicamenteux, ni psychothérapeutique; dès lors en l'absence de demande de soins relative à cette atteinte à la santé, il y a avait lieu de conclure que cette affection ne s'était pas aggravée notablement depuis l'expertise.

En date du 22 avril 2005, l'OAI a informé S._____ qu'il envisageait de considérer que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, raison pour laquelle il continuerait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité de 50 %). Par décision du 19 mai 2005, l'OAI a confirmé son refus d'augmentation de la rente d'invalidité. Exerçant son droit d'être entendu, l'intéressé a contesté cette décision, notamment l'avis exprimé par la Dresse X._____ quant à sa capacité de travail.

Par avis médical du 15 août 2006, le Dr L._____ a confirmé son précédent diagnostic, tout en retenant un pronostic très réservé compte tenu des douleurs restant importantes s'étant par ailleurs chronifiées. Il a attesté que la mise en place en 2005 d'un simulateur médullaire avait entraîné une amélioration de l'ordre de 20 % par rapport aux douleurs initiales. Par avis médical du 5 janvier 2007, le SMR a considéré qu'aucune des pièces versées au dossier ne rapportait une aggravation de l'état de santé, un fait nouveau ou une diminution significative de la capacité de travail de l'assuré.

Par décision sur opposition du 9 octobre 2007, l'OAI a confirmé sa précédente décision du 19 mai 2005 et a maintenu la demi-rente.

Par jugement du 18 janvier 2008, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours déposé par S._____ tendant à l'octroi d'une rente entière. Le Tribunal a ainsi considéré que le status de l'intéressé ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits, du

moins en sa faveur en raison de l'absence de péjoration de l'état de santé tant sur le plan physique que psychique. Ce jugement a été notifié le 18 avril 2008 et est entré en force.

C. Le 28 avril 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de son droit à la rente en raison d'une atteinte à la colonne lombaire. Il a produit peu après un rapport médical du 28 mai 2008 du Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale, qui a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques bilatérales, à prédominance gauche, sur discopathie L5-S1 depuis 1984, de mise en place de deux cages de titane le 26.06.1997, de status après mise en place d'un stimulateur médullaire en mai 2005 et de trouble dépressif (F 32.9). Le médecin précité a indiqué que l'examen clinique ne permettait pas de mettre en évidence d'autre élément que les douleurs indiquées par le patient et la myogélose consécutive qui expliquerait la limitation fonctionnelle actuelle.

Par avis médical du 26 août 2008, le Dr F. N._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin au SMR, a estimé que le rapport du Dr G._____ n'apportait aucune information nouvelle sur le plan des diagnostics retenus ayant une capacité invalidante de longue durée ou sur une quelconque évolution clinique, raison pour laquelle il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction du dossier.

En date du 4 septembre 2008, l'OAI a adressé à S._____ un projet de décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, confirmé par décision formelle du 10 novembre 2008. L'OAI a retenu qu'aucun nouvel élément n'attestait une aggravation de l'état de santé. La demande de révision était donc mal fondée.

D. Le 5 décembre 2008, S._____ a recouru au Tribunal contre la décision du 10 novembre 2008. Il a demandé le réexamen de son dossier

en ce sens que son cas devait être soumis à une unité spécialisée dans ce type de problèmes. Il a annexé à son recours les rapports médicaux des 30 octobre 2007 et 23 novembre 2007 des Drs L._____ et G._____, estimant que l'OAI avait privilégié, à tort, l'avis de la Dresse X._____. Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI a indiqué que le rapport du Dr L._____ du 30 octobre 2007 n'apportait pas d'élément nouveau et ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré. Le rapport succinct du Dr G._____ n'apportait pas non plus d'élément médical nouveau. En l'absence de motif de révision, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant ayant produit un rapport du 28 mai 2009 du Dr P._____, médecin associé à l'unité du rachis du CHUV, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui a considéré que l'aggravation radiologique ne modifiait ni les limitations fonctionnelles, ni l'exigibilité médicale, déjà limitée à 50 % dans une activité adaptée (avis médical du 22 juillet 2009).

Le recourant ayant remis un nouveau rapport daté du 10 décembre 2009 du Dr P._____, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, - à l'époque le Tribunal des assurances - est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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; 117 LPA-VD).

2. Le recourant conteste un nouveau refus de révision de la décision initiale. Dès lors, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, de sorte qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité supérieure à 50 %.

a) Selon l'art. 17 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. 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; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). 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, 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 p. 110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

b) Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa, 113 V 275 consid. 1a et les références).

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra

compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, S._____ a fourni, postérieurement au jugement du Tribunal des assurances du 18 janvier 2008 et au dépôt de son nouveau recours, des rapports médicaux relatifs à son état de santé sur le plan somatique (Dr P._____ des 28 mai et 10 décembre 2009).

a) Il y a lieu de considérer que le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA est le jugement du 18 janvier 2008 rendu par le Tribunal des assurances, qui a été rendu après instruction auprès des médecins sur l'état de santé du recourant. Le Tribunal a examiné, sur le fond, le droit à la rente: le prononcé de rejet de la demande de révision a été précédé d'une nouvelle évaluation de la situation, avec une appréciation des preuves en ce qui concerne l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé. Il y a dès lors lieu de procéder, sur la base des rapports médicaux versés au dossier, à une comparaison des faits existant à l'époque du jugement. En refusant une augmentation de la rente d'invalidité par décision du 10 novembre 2008, l'OAI n'a constaté aucune évolution - aggravation ou amélioration - de l'état de santé du recourant pendant cette période de quelques mois.

b) Le Tribunal des assurances a constaté que le droit du recourant à une demi-rente de l'assurance-invalidité avait été reconnu en raison de graves lombalgies doublées de troubles psychiques occasionnant avec les troubles somatiques une incapacité de travail de 50 %.

Les considérations développées par S. _____ à l'appui de son recours ne sont pas de nature à remettre en cause le résultat de la constatation des faits opérée par le Tribunal des assurances et l'appréciation juridique qu'il a faite de la situation. En effet, le recourant n'établit nullement, par une argumentation précise et étayée, le caractère insoutenable du point de vue retenu par la juridiction précitée.

Ainsi, s'il est incontestable que sur le plan somatique, le recourant souffre d'une instabilité lombaire basse depuis de nombreuses années, la simple évocation de la persistance de troubles lombaires ne permet pas de modifier l'évaluation de la capacité de travail résiduelle en l'absence d'une aggravation objectivable. Dans son rapport du 28 mai 2008, le Dr G. _____ constate d'ailleurs que l'anamnèse de son patient révèle une limitation fonctionnelle progressivement invalidante jusque

dans les activités de la vie quotidienne qui ne s'explique pas par l'examen clinique effectué le 16 mai 2008. Critiquant la méthode de diagnostic utilisée, le Dr P._____ déplore par ailleurs l'absence d'une évaluation fonctionnelle pluridisciplinaire (des points de vue physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychologique). Or, l'état de santé physique a été examiné par de nombreux praticiens, dont le Dr N._____ qui, en 2008, a également constaté l'absence d'évolution clinique (avis médical du SMR du 26.8.2008). En outre, les limitations fonctionnelles dont fait état le Dr P._____ ont toujours été prises en considération par l'intimé qui a, de manière constante, exclu toute reprise de l'ancienne activité de représentant tout en retenant la possibilité d'exercer une activité adaptée, soit qui tienne compte des limitations fonctionnelles. Les conclusions du Dr P._____ ne permettent pas d'affirmer que les atteintes mises en évidence lors d'un CT-scan se répercutent sur la capacité de travail, ces dernières ayant déjà été qualifiées de sévères en 2001 et par conséquent, prises en compte lors de l'examen global de la capacité de travail de l'assuré. Dans son rapport du 28 mai 2008, le Dr G._____ a d'ailleurs décrit les limitations fonctionnelles de son patient (pas de port de charges supérieur à 5 kg, changement de position toutes les 30 mn), qui sont superposables à celles retenues par le Dr B._____ en 1998 (rapport médical du 4 novembre 1998).

Sur le plan psychique, le Dr P._____ qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie, considère que l'assuré présente un problème psychologique. Contrairement à l'opinion du Dr P._____, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique en 2001 déjà en raison des troubles psychiques présentés par l'assuré. Lors de l'octroi de la demi-rente, les conclusions de l'expert ont intégralement été prises en compte, comme dans le cadre de l'examen de la demande de révision par le Tribunal des assurances. Dans son rapport du 30 novembre 2001, le Dr D._____ a en effet mis en évidence des éléments psychogènes ou psychiatriques participant à la nature et à l'étendue des plaintes présentées par l'assuré. L'expert a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble de conversion, mettant beaucoup d'énergie à vouloir démontrer sa normalité psychologique. En l'espèce, le status psychique tel que décrit par le Dr

P._____ apparaît inchangé, l'assuré n'alléguant, au demeurant, pas de péjoration significative à cet égard.

c) Lors de l'examen de la capacité de travail de l'assuré, il a été tenu compte des aspects somatique et psychique. En accord avec le Dr B._____, le Dr D._____ a retenu une capacité de travail à 50 % permettant ainsi une sédation suffisante de l'anxiété tout en garantissant le maintien d'une capacité résiduelle de travail, une incapacité totale pouvant s'avérer anti-thérapeutique. Ce point de vue est également partagé par le Dr P._____ qui souhaite une reconnaissance du handicap de l'intéressé par les assurances sociales tout en évitant une chronification définitive (rapport du 10 décembre 2009).

5. Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de révision de rente, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, par rapport aux circonstances qui ont justifié l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2001 et le maintien d'une telle rente (jugement du 18 janvier 2008), on retiendra que la situation du recourant ne s'est pas modifiée, à tout le moins que son état de santé n'a pas subi de détérioration significative ayant une incidence sur son droit à la rente dans le sens d'une augmentation. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de procéder à une révision (art. 17 LPGA). La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr.

et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 10 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, par 250 francs, sont mis à la charge de S._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- S._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :