

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       M. Jomini et M. Perdrix, assesseur  
Greffière :       Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA; 17, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1966, ouvrier agricole, a déposé le 12 décembre 2001 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), suite à un accident (glissade) survenu en date du 20 septembre 2000, qui lui a occasionné une distorsion du genou gauche.

Dans un rapport médical établi en date du 11 mars 2002 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics suivants, ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré: gonalgies postérieures gauches chroniques d'étiologie peu claire, status après herniation musculaire transfaciale du semi-membraneux et du semi-tendineux gauches et status post entorse du genou gauche en septembre 2000. Concluant à un syndrome douloureux localisé, de type myofacial, sans relation nette avec la hernie musculaire ni avec le traumatisme initial, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que si l'activité antérieure de l'assuré n'était plus exigible, sa capacité de travail demeurerait complète dans une activité adaptée (travail de magasinier ou d'ouvrier à la chaîne en station debout ou assise stable, n'impliquant pas des mouvements de torsion, d'étirement ni d'extensions répétées du genou).

Se basant sur le rapport médical précité, l'OAI a considéré que, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité antérieure, elle était entière dans une activité adaptée n'impliquant pas de port de charges lourdes et permettant de varier les positions. Procédant, le 23 janvier 2003, à une analyse théorique du cas, l'office a retenu un revenu sans invalidité de 38'640 fr. (d'après les renseignements pris auprès de l'ancien employeur de l'assuré) et un revenu d'invalidité de 47'297 fr., fondé sur la moyenne de 4 descriptions de postes de travail exigibles, soit ceux d'employé au contrôle de fabrication, d'ouvrier d'usine dans le traitement de pierres fines, de caissier en station service et de tourneur-

contrôleur en atelier. Retenant que l'assuré ne subissait aucun préjudice économique du fait de ses atteintes, l'OAI a rendu le 23 janvier 2003 une décision de refus de rente à son égard.

L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 24 février 2003, concluant à son annulation et à son droit à l'octroi d'une rente entière dès le 21 janvier 2002, subsidiairement à sa réforme en fonction du résultat d'une instruction complémentaire. Il a invoqué un avis médical du 6 mars 2002 de son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, à teneur duquel on ne pouvait exiger de lui qu'il exerçât une autre activité que son activité habituelle, du fait des gonalgies gauches engendrant une boiterie persistante. A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment annexé un rapport établi le 17 mai 2001 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel indiquait avoir l'impression qu'il s'agissait alors plutôt d'un problème de lombalgies et de lombosciatalgies, ainsi qu'un rapport du 18 juin 2002, établi suite à une IRM lombaire effectuée le même jour, dont les conclusions étaient les suivantes: discopathies lombaires diffuses, de type maladie de Scheuermann, avec protrusions discales en L1-L2, L2-L3 et L3-L4 et hernies discales L4-L5 postéro-médianes, canal lombaire étroit.

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) daté du 8 octobre 2003, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, après avoir pris connaissance d'un rapport daté du 14 août 2003, établi à sa demande par le Dr S.\_\_\_\_\_ - dans lequel ce dernier concluait à des lombo-pseudo-sciatalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs débutants, à un status après cure de hernie musculaire de l'ischio-jambier externe gauche et à un syndrome somatoforme douloureux -, a décidé de confier au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de la clinique de Genolier (ci-après: COMAI) la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, afin de fixer clairement le cadre diagnostique et celui de l'exigibilité.

Les Drs M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour le compte du COMAI, ont établi un rapport détaillé le 5 mars 2004. Ont été posés les diagnostics de gonalgie gauche sur status post opératoire (hernie musculaire du semi-membraneux et semi-tendineux au creux poplité du genou gauche avec adhérences) et de lombalgie chronique sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et modifications dégénératives, impliquant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de positions prolongées en flexion antérieure du tronc et pas de marches prolongées en terrain inégal. Dans leurs conclusions et après une rectification intervenue en date du 2 septembre 2004, ces médecins ont indiqué que dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était complète, sans diminution de rendement, et ce dès le 10 février 2002 (l'activité habituelle n'étant exigible qu'à 50%). Aucune atteinte psychique n'a été relevée.

Dans un rapport d'examen du SMR du 14 juillet 2004, le Dr Z.\_\_\_\_\_, sur la base du rapport d'expertise du COMAI, a posé les diagnostics de gonalgies gauches sur st après cure chirurgicale de hernie musculaire du semi-membraneux et du semi-tendineux, avec comme pathologies associées des lombalgies chroniques sur ancienne maladie de Scheuermann et modifications dégénératives. Il a conclu à une capacité de travail exigible, dès le 10 février 2002, de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port répétitif de charges de > 15 kg, pas de travail en position antéfléchie prolongée du tronc, pas de marches prolongées en terrain inégal.

Dans un courrier du 2 septembre 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_ du COMAI a précisé, en réponse à la question de l'OAI visant à savoir à partir de quelle date l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, que la reprise pouvait être considérée comme pouvant être réalisée aussitôt après l'expertise, les experts du COMAI ne pouvant

se déterminer dans le cas présent pour le moins, avant d'avoir vu l'assuré pour la première fois.

L'OAI a dès lors procédé à une nouvelle évaluation théorique du cas de l'assuré. Par décision sur opposition du 16 décembre 2004, entrée en force, l'office a admis l'opposition formée par l'assuré, en ce sens qu'il lui a été reconnu un droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 31 mai 2002, l'assuré étant réputé ne plus subir de préjudice économique du fait de ses atteintes dès le 10 février 2002.

**B.** En date du 28 janvier 2006, R. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Il a joint à cette demande un certificat médical établi le 13 janvier 2006 par le Dr H. \_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% dès le 2 avril 2005, ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire du 20 juillet 2005 du Dr K. \_\_\_\_\_, radiologue FMH, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Petite hernie discale médiane et paramédiane gauche L4-L5 avec léger "impingement" radiculaire L5 au niveau de l'aisselle radiculaire gauche. Cette composante médiane gauche est d'apparition récente par rapport au comparatif ».

Dans un projet de décision du 23 août 2006, l'office a rejeté la nouvelle demande de l'assuré, au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. L'OAI s'est basé sur un rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2006, qui posait les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de gonalgies gauches chroniques, de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 gauche et de syndrome somatoforme douloureux. Ce praticien précisait que les plaintes de l'assuré étaient superposables à la situation de 2002. Il estimait par ailleurs que ce dernier subissait une diminution de rendement de 50 à 75% dans son activité habituelle et que l'on ne pouvait exiger de lui qu'il exerce une autre activité.

Par courriers du 21 et du 28 septembre 2006, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il a produit un rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, daté du 26 octobre 2006, qui retenait les diagnostics suivants: lombopseudo-sciatalgies gauches chroniques et gonalgies pluri-factorielles sur rupture de l'ischio-jambier externe gauche, troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire bas, conflit disco-radicaire L5 gauche et probable syndrome somatoforme douloureux, ainsi qu'un éthylotabagisme chronique et une hypertension artérielle traitée. Ce médecin signalait en substance que si la symptomatologie demeurait inchangée depuis 2003, l'examen clinique actuel montrait désormais une rupture complète de la jonction myotendineuse du semi-tendineux et du semi-membraneux. Le Dr S.\_\_\_\_\_ ne se prononçait toutefois pas sur les répercussions fonctionnelles de cette rupture. Par ailleurs, il signalait que, outre ses problèmes ostéo-articulaires, son patient présentait clairement des signes d'état anxio-dépressif et probablement un contexte éthylique qui ne pouvait que majorer la symptomatologie algique et rendre encore plus difficile la prise en charge.

Après avoir examiné ce dernier rapport, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué dans un avis du 13 décembre 2006 que s'il existait incontestablement une modification de la situation diagnostique, à savoir la rupture de l'ischio-jambier externe gauche, celle-ci n'induisait aucune modification fonctionnelle significative et n'était pas de nature à modifier la capacité de travail de l'assuré telle que définie dans le cadre de l'expertise du COMAI de 2004. Faisant siennes ces conclusions, l'OAI a, par décision du 16 février 2007, confirmé son projet de décision du 23 août 2006, en ce sens que la nouvelle demande de l'assuré était rejetée, au motif que l'intéressé n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

L'assuré, par l'intermédiaire de Me Françoise Trümpy-Waridel, a interjeté recours contre cette décision par acte du 23 mars 2007, concluant à son annulation et à son droit à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à son droit à être mis au bénéfice de mesures de réinsertion professionnelle adéquates.

Dans un arrêt du 30 juin 2008 (314/2008), le Tribunal des assurances a admis le recours de l'assuré, a annulé la décision attaquée et a renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Le Tribunal a notamment retenu ce qui suit :

« En l'espèce, sur le plan somatique, il est incontesté que la situation diagnostique du recourant s'est modifiée, dans le sens d'une rupture de l'ischio-jambier externe gauche; l'intimé soutient toutefois que cette situation n'induit pas de modification fonctionnelle significative, et n'a pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant telle qu'elle résulte du rapport du COMAI.

Force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer. En effet, si les limitations fonctionnelles engendrées par cette rupture, telles que retenues par le Dr S. \_\_\_\_\_ (rapport du 26 octobre 2006), semblent en substance recouper celles retenues par la décision initiale du 16 décembre 2004, cela ne signifie pas encore que la capacité de travail du recourant, respectivement son rendement, ne s'est pas péjorée. [...] En tout état de cause, cet avis - le seul émis par un expert suite à la demande de révision (le Dr H. \_\_\_\_\_ étant généraliste) -, s'il établit de façon plausible une aggravation significative de l'état de santé du recourant, est trop imprécis pour qu'il soit possible de se déterminer.

S'agissant des lombo-pseudo-sciatalgies, elles ne semblent, au vu du dossier radiologique et de l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, s'être aggravées que dans une moindre mesure; il n'en demeure pas moins que le degré d'invalidité d'un assuré doit faire l'objet d'une estimation globale, et que le recourant soutient de façon convaincante dans son acte de recours que ses atteintes à la jambe et au dos sont intimement liées.

En outre, sur le plan psychique, le Dr S. \_\_\_\_\_ fait état de signes clairs d'état anxio-dépressif, dans un probable contexte éthylique; en l'absence d'un avis émis par un expert autorisé en la matière, il n'est pas possible non plus d'apprécier si les atteintes évoquées ont une incidence sur la capacité de travail du recourant, cas échéant dans quelle mesure.

Il apparaît dès lors que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, notamment du fait de la rupture de l'ischio-jambier externe gauche; cela étant, la cause n'est pas en état d'être jugée, l'instruction du cas devant être complétée.

[...]

Il convient en conséquence [...] de lui [l'OAI] renvoyer le dossier, afin qu'il statue à nouveau après avoir procédé à un complément d'instruction portant sur les affections physiques de l'intéressé, mais également sur l'état de sa santé psychique dans la mesure où celle-ci peut avoir été affectée; il lui appartiendra ensuite d'apprécier la capacité résiduelle de travail et de gain du recourant, de redéfinir

les activités possibles et d'envisager, cas échéant, la mise en œuvre de mesures professionnelles adéquates ».

Dans un avis médical du SMR du 24 décembre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé que, dans l'optique de compléter, respectivement réactualiser le dossier de l'assuré, il serait judicieux de mettre en œuvre une deuxième expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie), comprenant également une évaluation fonctionnelle de l'assuré, et de la confier à Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: CRR).

L'assuré a été convoqué à la CRR, où il a séjourné du 20 au 23 avril 2009. En date du 27 avril 2009, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont fait parvenir à l'OAI leur rapport d'expertise médicale, basée sur l'anamnèse et l'examen clinique du 20 avril 2009 (expert principal Dr P.\_\_\_\_\_), l'expertise rhumatologique du 21 avril 2009 (Dr V.\_\_\_\_\_), l'expertise psychiatrique du 22 avril 2009 (Dr C.\_\_\_\_\_), l'évaluation des capacités fonctionnelles du 23 avril 2009 (J.\_\_\_\_\_), l'évaluation en atelier professionnel (T.\_\_\_\_\_), le dossier médical AI et les documents d'imagerie fournis par l'expertisé. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont toutefois mentionné les diagnostics suivants sans répercussion sur sa capacité de travail: gonalgies gauches sur hernie musculaire du creux poplité, dorso-lombalgies sur discopathies et séquelles de dystrophie de croissance, algie du membre supérieur gauche d'origine indéterminée et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Par ailleurs, les experts n'ont reconnu aucune limitation à la capacité de travail de l'assuré, précisant que, en l'absence de limitations, toute activité était exigible. Les experts ont apprécié le cas de l'assuré comme suit :

« Jusqu'en septembre 2000, la situation médicale et professionnelle de cet assuré semble avoir été sans particularité notable.

En septembre 2000, il a été victime d'une distorsion du genou gauche et a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail complet.

L'évolution s'est faite de façon défavorable et les investigations entreprises ont montré l'existence d'une hernie musculaire du creux poplité, traitée par une intervention chirurgicale le 30.01.2001.

Depuis lors, on est passé de Charybde en Scylla sur le plan subjectif. Non seulement, les douleurs du genou gauche se sont aggravées, mais depuis le début de l'année 2002, l'assuré a commencé à se plaindre de dorso-lombalgies. Les investigations entreprises, IRM et radiographies conventionnelles, ont montré des discopathies et des séquelles de maladie de Scheuermann.

Aussi bien les médecins traitants, que les experts du COMAI de Genolier ont retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, pour expliquer la discordance entre l'importance des plaintes et la relative discrétion des constatations cliniques et radiologiques.

Sur le **plan somatique** la situation actuelle de M. R. \_\_\_\_\_ peut être résumée de la façon suivante :

- Au niveau du genou gauche, la seule constatation pathologique que l'on fasse est une voussure souple du creux poplité, de la taille d'une prune. Cette voussure apparaît à la contraction musculaire ou en position debout, elle se résorbe en position couchée, confirmant donc l'existence d'une saillie musculaire. Cette situation est tout à fait explicable par le fait que le fascia a été largement incisé et ouvert lors de l'intervention chirurgicale de janvier 2001.

- Au niveau dorso-lombaire l'examen clinique ne montre qu'une hypercyphose souple, sans aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan radiologique, il ne s'agit que de séquelles modérées de dystrophie de croissance et de discopathies lombaires modérées.

- Au niveau du membre supérieur gauche, le syndrome algique, notamment lors de la mobilisation de l'épaule, ne repose sur aucun substrat clinique. Des investigations radiologiques n'ont jamais, à juste titre, été entreprises.

On retrouve donc une fois de plus, **ce hiatus et cette discordance majeurs** entre d'une part l'importance des plaintes subjectives, et d'autre part la discrétion des constatations cliniques et radiologiques.

Dans le **domaine rhumatologique**, le Dr V. \_\_\_\_\_ relève aussi la discordance extrême entre les plaintes et la clinique, écrivant : *"Tous les médecins qui ont examiné M. R. \_\_\_\_\_ jusqu'ici s'accordent pour dire que le substrat somatique aux plaintes est ténu. L'atteinte de la cuisse gauche qui l'a précipité dans l'incapacité de longue durée est mal définie. Quoi qu'il en soit, elle n'a pas laissé de séquelle fonctionnelle et, malgré les plaintes exprimées par le sujet, l'évolution a été stable depuis une dizaine d'années, sans détérioration objective malgré la recherche d'une pathologie du genou ou plus haut située dans la cuisse ou au niveau du rachis lombaire. L'examen objectif est parfaitement rassurant qui ne montre pas d'amyotrophie de la cuisse ni aucune limitation fonctionnelle du genou gauche.*

*La plainte intéressant le membre inférieur gauche semble s'inscrire dans le cadre de symptômes d'allure somatoforme ayant intéressé ces dernières années successivement la région lombaire, le membre supérieur gauche et la région cervico-occipitale gauche. Autant de nouveaux sites douloureux, aussi peu d'anomalies objectivement*

démonstrables. Chaque site douloureux paraît constituer un nouvel argument susceptible de légitimer la démarche auprès de l'Assurance Invalidité. Le rachis est particulièrement bien documenté avec deux IRM lombaires réalisées respectivement en juin 2002 et en juillet 2005 qui révèlent des troubles dégénératifs banals. Les radiographies actuelles montrent de plus des séquelles d'une dystrophie de croissance. Cette atteinte mérite d'être banalisée.

Depuis peu, le sujet relate des symptômes intéressant le membre supérieur gauche qui le handicapent pour des activités simples: il dit maintenant être incapable de réaliser la moindre activité ménagère (crispation et diminution de la force de la main gauche lorsqu'il tente de préparer des légumes). Là encore, objectivement, on ne trouve rien de particulier; il existe une auto-limitation manifeste lorsque l'on teste la force de préhension.

Placé par l'expert devant la discordance que constitue l'importance du handicap allégué et l'absence d'anomalie objective, M. R. \_\_\_\_\_ oppose un discours factuel. Il se dit inapte à exercer une quelconque activité, arguant de plus de son illettrisme. On peut souligner ici les facteurs contextuels, en particulier culturels, la mauvaise maîtrise du français et l'absence de participation professionnelle des enfants (fille aînée licenciée, bénéficiant des prestations du chômage, fils sans emploi ni formation professionnelle).

Quant à moi, je ne verrais pas comment fonder la justification à une quelconque incapacité professionnelle, quel que soit le secteur d'activité envisagé. Finalement, si l'on a admis des limitations dans l'activité d'ouvrier agricole, c'est que l'on a pris en considération les plaintes de M. R. \_\_\_\_\_. En réalité, M. R. \_\_\_\_\_ allègue indifféremment une inaptitude, quel que soit le secteur d'activité envisagé."

Dans le **domaine psychiatrique**, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais il admet par contre une majoration des symptômes physiques, écrivant : "Cet assuré de 43 ans est entré dans la maladie suite à une distorsion du genou gauche en septembre 2000. Dès lors l'évolution a été défavorable, avec l'apparition progressive d'autres sites douloureux dont au niveau dorsolombaire, puis plus récemment au niveau du membre supérieur gauche ou encore de la région cervico-occipitale gauche. Les différentes investigations médicales et appréciations médico-asséculo-logiques ont conclu à des atteintes somatiques mineures, discordantes par rapport aux plaintes.

Du point de vue psychiatrique, aussi bien les éléments anamnestiques que l'observation actuelle sont tout à fait rassurants; on ne relève ainsi aucun antécédent psychiatrique notoire ni une quelconque prise en charge de ce type et l'observation actuelle permet d'éliminer l'existence d'une psychopathologie avérée. On relèvera tout au plus quelques traits de personnalité dépendante, avec une certaine inhibition et une attitude plutôt passive et régressée. Concernant l'expression des symptômes, ceux-ci restent flous, avec une souffrance peu manifeste, sans répercussion notoire sur les relations interpersonnelles. Il y a par ailleurs un comportement global très passif, sans initiatives individuelles, l'assuré s'étant installé dans un état d'inaptitude, apparemment accrédité par l'entourage.

*Ainsi, au terme de mon évaluation, je retiens plusieurs éléments allant dans le sens d'une majoration de symptômes (ici des douleurs diffuses), cependant sans aucun élément identifié de simulation (volontaire et consciente), chez un assuré établi dans un statut régressé. Le contexte socioculturel joue ici certainement un rôle important.*

*En terme d'incapacité de travail, les quelques éléments signalés ci-dessus n'ont pas de valeur incapacitante, quelle que soit l'activité."*

**L'évaluation en ateliers professionnels** a débouché sur les conclusions suivantes : *"Il faut préciser qu'au cours d'une telle évaluation, le sujet n'est pas constamment observé et qu'une certaine autonomie lui est laissée. Ces conditions lui permettent généralement de mieux moduler son comportement et favorisent son implication dans la mesure.*

*Ainsi, dans le cas de M. R. \_\_\_\_\_, il se plie sans rechigner aux tests qui lui sont proposés. Il applique sans difficulté le mode d'emploi qui lui est fourni. Il cherche à répondre aux attentes de l'investigateur. La qualité de son travail est en général bonne.*

*Certains aspects négatifs méritent d'être soulignés. M. R. \_\_\_\_\_ alterne régulièrement les positions de travail assise/debout. En position uniquement assise, il manifeste des signes douloureux en tenant le bas de son dos. En position debout statique, il met en décharge sa jambe gauche. Dans les positions en porte-à-faux, il manifeste rapidement un comportement douloureux. Le rendement est globalement plus faible que la moyenne et peut être qualifié de médiocre.*

*Enfin, M. R. \_\_\_\_\_ est capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position. Cependant il oppose une limite à la durée par un comportement dolent et l'allégation de symptômes douloureux."*

A **l'évaluation des capacités fonctionnelles**, l'examineur a obtenu un score PACT de 68, correspondant à des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Il est en outre parvenu à la conclusion que l'assuré sous-estime ses aptitudes fonctionnelles, que sa volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et que son niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible.

Sur le **plan thérapeutique**, je n'ai aucune proposition particulière à formuler. Le traitement actuel me paraît adéquat, la prise en charge de ces syndromes douloureux chroniques est une véritable "croix", conduisant souvent à l'épuisement des thérapeutes.

En effet, l'échec de toute approche thérapeutique est la règle dans ces situations, les assurés s'installant dans un processus de chronicisation et un cercle vicieux douloureux, impossible à interrompre.

Le **pronostic** "objectif" est tout à fait favorable. Il s'agit de pathologies tout à fait mineures, aussi bien au niveau du genou que de la colonne dorso-lombaire.

Il en est tout autre au niveau du pronostic "subjectif". Comme je l'ai dit ci-dessus, la "guérison" de ces syndromes douloureux chroniques dépend de facteurs non médicaux, la douleur, conditionnée par le contexte, devenant elle-même la maladie.

En ce qui concerne **l'exigibilité professionnelle**, nous ne retenons aucune limitation dans le domaine somatique et psychique. Il ne s'agit que **d'auto-limitations**.

Il n'y a donc, à notre avis, aucune incapacité de travail médicalement justifiée, quelle que soit l'activité envisagée. »

Dans un avis médical du 3 juin 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que sur la base de l'expertise de la CRR, il était possible d'affirmer que la décision de l'OAI du 16 février 2007 reposait sur des bases médicalement non contestables et méritait d'être maintenue.

Dans un projet de décision du 30 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, sur la base de l'expertise des médecins de la CRR. L'office a en effet considéré que les constatations faites par ces experts étaient objectives et superposables à celles de tous les médecins qui s'étaient exprimés sur cette situation, les experts de la CRR se montrant même plus rigoureux que ceux du COMAI (expertise de 2004).

Le 13 août 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Trümpy-Waridel, a fait part à l'OAI des observations suivantes :

« Tout d'abord, les ateliers professionnels du CRR ont constaté que les résultats de M. R. \_\_\_\_\_ dans les différentes "activités-tests" étaient bons, qu'il comprenait les consignes et était capable de les appliquer. Seul son rendement était de 50 à 67%. Il y a donc à l'évidence une potentialité par des mesures de réadaptation adéquates de réinsérer mon client dans le circuit économique. Il a apprécié les travaux en relation avec la manutention et l'électricité, il a montré beaucoup de précision. L'acquisition de connaissances sommaires et d'un rythme de travail lui ouvriraient bien des portes. De même l'examen de son permis de conduire et/ou des cours de français lui permettraient de postuler à d'autres postes.

Finally, si vous deviez refuser des mesures de réinsertion, un rendement de 50 à 60% accompagnés de troubles somatiques effectivement observés (décharge d'une jambe, position porte à faux) sont consécutifs d'une baisse sensible de la capacité de gain que je vous saurais gré de chiffrer, celle-ci est certainement d'une ampleur suffisante pour obtenir le droit à une rente. »

Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a maintenu sa position et rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, indiquant notamment qu'au vu des éléments au dossier, la baisse de rendement alléguée n'avait aucune justification médicale.

Par acte du 13 octobre 2009, R.\_\_\_\_\_, agissant désormais en personne, a recouru contre cette décision, concluant implicitement à son annulation. Le recourant fait valoir qu'il a dû consentir de nombreux et douloureux efforts lors de l'expertise menée à la CRR. Il indique avoir présenté d'importantes douleurs lors de son retour à son domicile, notamment au niveau du cou et du côté droit de la tête, qui l'auraient empêché de dormir. Il a produit un certificat médical daté du 13 octobre 2009, émis par le Dr H.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné certifie que

**Monsieur R.\_\_\_\_\_ - 24.10.1966  
domicilié(e) [...]**

présente des lombosciatalgies G chroniques et des gonalgies G pluri-factorielles sur rupture du muscle ischio-jambier externe G, troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire bas, avec conflit discoradiculaire L5 G, sur fond de probable syndrome somatoforme douloureux.

De plus il présente des cervico-brachialgies du membre supérieur D avec irritation de la racine C6 D, nécessitant également un traitement régulier.

Ces affections chroniques sont toujours très invalidantes, et justifient l'incapacité de travail à 100%, prescrite à partir du 25 avril 2005. »

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

Dans sa réponse du 8 décembre 2009, l'OAI confirme sa décision et conclut au rejet du recours.

Dans un mémoire complémentaire daté du 14 janvier 2010, le recourant fait valoir qu'il est toujours incapable de travailler en raison de ses problèmes physiques (conflit disco-radicaire, cervico-brachialgies du membre supérieur droit, douleurs du pied gauche, douleurs à la tête et insomnies), expliquant se rendre tous les mois chez son médecin. Le recourant affirme regretter fortement sa situation, se décrivant comme une personne travailleuse qui aimerait vraiment pouvoir reprendre une activité.

L'OAI s'est déterminé en date du 10 février 2010, indiquant que les arguments développés par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de

recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question de l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant dans sa nouvelle demande de prestations du 28 janvier 2006, singulièrement le point de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié de façon à influencer le droit aux prestations depuis la décision sur opposition du 16 décembre 2004.

**3. a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI) et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins.

**b)** Selon 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.

A teneur de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

En l'espèce, suite à la décision de l'OAI du 16 février 2007, le Tribunal des assurances, dans son arrêt du 30 juin 2008, a estimé que le recourant avait rendu plausible une aggravation de son état de santé. Le Tribunal a renvoyé le dossier à l'OAI, afin que cet office entre en matière et procède à un complément d'instruction portant sur les affections physiques et psychiques de l'assuré, ainsi que sur les répercussions de ces dernières sur sa capacité de travail. L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée à la CRR.

**c)** Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien article 41 LAI, applicable par analogie sous l'empire de l'art. 17 LPGA, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré, soit en cas de modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 113 V 273 consid. 1a et les références). Une révision n'est admissible que si une modification effective s'est produite depuis qu'a été rendue la décision initiale et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente. Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (TF I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine, qui renvoie à RCC 1987 p. 36).

La question de savoir si un changement significatif s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision - quand bien même l'une ou l'autre de ces décisions aurait pris effet rétroactivement (ATF 125 V 369, consid. 2 et la référence; ATF 112 V 371, consid. 2b).

En l'espèce, il s'agira donc de comparer la situation médicale de l'assuré telle qu'elle se présentait au 16 décembre 2004 (date de la première décision de refus de rente, entrée en force) avec celle existant au 14 septembre 2009 (date de la décision litigieuse).

**4. a)** En date du 16 décembre 2004, l'office intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité dès le 10 février 2002, au motif que l'assuré ne subissait plus, à partir de cette date, de préjudice économique du fait de ses atteintes. A l'appui de sa décision, l'OAI s'est basé sur le rapport d'expertise des Drs M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du COMAI, établi en date du 5 mars 2004. Ce rapport indiquait en substance que l'assuré souffrait d'une gonalgie gauche sur hernie musculaire, ainsi que de lombalgies, affections impliquant certaines limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de positions prolongées en flexion antérieure du tronc et pas de marches prolongées en terrain inégal. Dans une activité adaptée à de telles limitations, les médecins concluaient que la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme entière dès le 10 février 2002.

**b)** En date du 28 janvier 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, se prévalant d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de sa demande, il a notamment produit un rapport d'IRM lombaire du 20 juillet 2005 faisant état d'un "impingement" radiculaire (conflit disco-radiculaire) L5 d'apparition récente, ainsi qu'un rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2006, qui confirme la persistance de la gonalgie gauche et des lombalgies, et pose les nouveaux diagnostics de rupture de l'ischio-jambier externe gauche, d'état anxio-dépressif et de probable syndrome somatoforme douloureux. La demande de l'assuré a toutefois été rejetée par l'OAI, qui a estimé que la modification de la situation diagnostique n'était pas de nature à modifier la capacité de travail de l'assuré telle que définie par l'expertise du COMAI.

Suite à l'arrêt du Tribunal des assurances du 30 juin 2008 renvoyant la cause à l'OAI pour un complément d'instruction, cet office a confié à la CRR le soin de mener une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, chirurgie orthopédique et psychiatrie) de l'assuré. Les experts ont confirmé la persistance des diagnostics posés en 2004 par le COMAI, à savoir des gonalgies gauches sur hernie musculaire et des dorso-

lombalgies. Ils y ont ajouté ceux d'algie du membre supérieur gauche et de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Les experts ont toutefois nié tout caractère incapacitant aux diverses affections et plaintes de l'assuré, se montrant ainsi plus rigoureux que les experts du COMAI.

**c)** Se fondant sur le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ d'octobre 2006 et sur les certificats émis par son médecin traitant, qui prescrivent une incapacité de travail depuis le 25 avril 2005, le recourant maintient toutefois que sa capacité de travail est nulle. L'OAI quant à lui estime que le rapport de la CRR, qui conclut à une pleine capacité de travail de l'assuré, remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

**5. a)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier,

celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2, I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2; TFA I 205/2004 du 26 octobre 2004, consid. 4). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2, 4A\_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). De jurisprudence constante, il est par ailleurs admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TF 9C\_344/2007 du 25 mars 2008, consid. 2; TFA I 371/2005 du 1<sup>er</sup> septembre 2006, consid. 5.3.2 et I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2).

**b)** Le rapport de la CRR, qui conclut à une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, se base sur un examen clinique et orthopédique complet, sur une expertise psychiatrique et rhumatologique, une évaluation en atelier professionnel, de nombreux documents d'imagerie et les différents renseignements figurant au dossier de l'OAI, dont il établit un condensé. Les médecins de la CRR ont procédé à une anamnèse complète de l'assuré. Il est fait état des plaintes émises par celui-ci, ainsi que des observations effectuées lors des différents examens, qui se sont déroulés sur plusieurs jours, et en présence d'un interprète en ce qui concerne la partie psychiatrique. Le rapport s'achève sur une appréciation longuement motivée de la capacité de travail de

l'assuré, compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. Les médecins y expliquent clairement les motifs pour lesquels ils ne retiennent aucune incapacité de travail malgré les diagnostics retenus, et relèvent notamment la discordance majeure entre l'importance des plaintes subjectives et les constatations objectives. Cette appréciation est cohérente et partagée par les trois experts. Au vu de la qualité de son contenu, l'expertise de la CRR doit se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. supra, let. a).

A ce stade, il convient néanmoins d'examiner si les conclusions de ce rapport peuvent être remises en cause par les rapports des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé du recourant, étant entendu qu'au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références).

**c)** Dans son rapport d'octobre 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_ fait état d'une rupture de la jonction myotendineuse du semi-membraneux et du semi-tendineux, ainsi que d'un état anxio-dépressif dans un contexte éthylique, diagnostics qui ne sont pas retenus par les experts de la CRR.

En ce qui concerne la rupture de l'ischio-jambier gauche, il appert que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne s'est jamais prononcé sur les répercussions fonctionnelles de cette atteinte à la santé. Or s'il est vrai que ce diagnostic n'apparaît pas dans les conclusions de l'examen pratiqué par le Dr V.\_\_\_\_\_, il faut souligner que ce médecin n'a pas manqué d'examiner de façon approfondie le genou de l'assuré avant de ne constater "aucune limitation fonctionnelle du genou gauche". Quant au diagnostic d'état anxio-dépressif, il convient de relever que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne l'a pas

motivé. Par ailleurs, ce médecin n'est pas expert en psychiatrie, contrairement au Dr C. \_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré le 22 avril 2009. Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir que les diagnostics posés par le Dr S. \_\_\_\_\_ soient de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise de la CRR.

**d)** Dans son certificat d'octobre 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne partage pas l'opinion des médecins de la CRR en ce qui concerne la capacité de travail déductible des atteintes à la santé présentées par l'assuré. Le Dr H. \_\_\_\_\_ ne fait toutefois état d'aucun élément qui aurait été ignoré par ces médecins, qui ont analysé de façon approfondie toutes les affections et les plaintes signalées par le Dr H. \_\_\_\_\_. Au vu de la jurisprudence précitée (cf. supra, consid. 5, let. a), l'opinion du médecin traitant de l'assuré n'est donc pas de nature à battre en brèche l'avis des médecins de la CRR.

**e)** Le recourant soutient enfin que la baisse de rendement de 50 à 67% observée dans le cadre des ateliers professionnels de la CRR permet de retenir une baisse sensible de sa capacité de gain. Les informations des organes d'observation professionnelle ont certes pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur sa capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient toutefois en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, les résultats de l'évaluation en atelier professionnel ont été dûment pris en compte par les experts dans leur rapport, parmi de nombreux autres éléments permettant de déterminer la capacité de gain de l'assuré. On ne saurait dès lors remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise.

**6.** Au vu de ces éléments, il faut donc considérer que la situation médicale du recourant a été clairement établie par le rapport de la CRR, qui remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue de l'assurance-invalidité, aucune aggravation de la situation du recourant n'a été établie; partant, celui-ci dispose d'une pleine capacité de travail, ce qui ne lui donne droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

Il résulte de ce qui précède que le recours de R.\_\_\_\_\_ doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**7.** En dérogation à l'article 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 400 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 n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision attaquée est confirmée.

**III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_,
- Office cantonal 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 :