

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Schmutz et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Corsier-sur-Vevey, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 et 17 LPG; 4 LAI

E n f a i t :

A. Le 30 octobre 1995, A. _____ (ci-après; l'assuré ou le recourant), de nationalité portugaise, né en 1963, chef de rayon jusqu'au 5 mai 1995 pour l'entreprise [...], a présenté une première demande de prestations AI, tendant principalement à l'octroi d'une mesure de réorientation professionnelle ou sous forme de reclassement.

Par décision du 19 décembre 2001, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après; l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assuré, motif pris de l'absence d'incapacité de travail dans l'ancienne activité de vendeur. Cette décision de refus de l'autorité administrative a par la suite été confirmée par un jugement du 26 février 2003 du Tribunal des assurances du canton de Vaud (cf. TAss VD [AI 18/02 - 179/2003] du 26 février 2003), puis après recours contre le jugement cantonal, par arrêt du 30 septembre 2003 du Tribunal fédéral des assurances (cf. TFA I 481/2003 du 30 septembre 2003).

B. Le 3 avril 2004, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI, tendant cette fois-ci à l'octroi d'une rente. Sous la rubrique "Remarques complémentaires" du formulaire, l'assuré a mentionné "Aggravation, suivie par Dr J. _____". L'assuré a produit un avis médical du Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, du 26 avril 2004 à teneur duquel il apparaissait que sa situation s'était profondément détériorée sur le plan vertébral au cours de l'été 2003, avec apparition de sciatalgies rebelles vis-à-vis de toutes approches physiques convenablement conduites. Cet avis a été complété par un rapport du Dr J. _____ daté du 13 juillet 2004.

Par décision du 3 février 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, indiquant qu'après instruction il ressortait qu'aucune évolution objective de l'état de santé de l'assuré n'était intervenue entre 2002 et juillet 2004. Cette décision a par la suite été confirmée selon décision sur opposition du 30 janvier 2006 de l'OAI.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours et maintenu la décision sur opposition de l'OAI (cf. TAss VD [AI 26/06 - 131/2006] du 18 mai 2006). Par arrêt du 29 août 2007, le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé contre le jugement cantonal précité (cf. TF I 880/2006 du 29 août 2007).

C. Le 22 janvier 2008, l'assuré a une nouvelle fois présenté une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Sans aucunes précisions médicales sur sa santé, l'assuré renvoyait l'administration à se renseigner auprès des Drs J. _____ et C. _____ (généraliste et médecin traitant).

Par projet de décision du 11 mars 2008, l'OAI a rendu un préavis sur la nouvelle demande de prestations dans le sens d'un refus d'entrer en matière. Consécutivement aux objections formulées par l'assuré, l'OAI a mis en œuvre diverses mesures d'instruction.

Dans un rapport médical du 21 mai 2008, le Dr C. _____ a signalé comme invalidantes, des céphalées en casque, des lombosciatalgies bilatérales chroniques depuis 1995. Après avoir posé un pronostic peu favorable, le médecin traitant s'est prononcé sur l'existence d'une incapacité de travail totale de son patient dès 1995 dans l'activité de chef de rayon en raison des céphalées et lombalgies l'affectant.

Dans un rapport médical du 10 août 2008, le Dr J. _____ a posé divers diagnostics avec effet sur la capacité de travail (céphalées en casque, lombosciatalgies bilatérales chroniques sans signe irritatif neurogène et une réaction anxio-dépressive). Selon ce praticien, la problématique des céphalées était apparue depuis 2007 alors que les lombosciatalgies bilatérales chroniques existaient dès 2000. Relevant que le pronostic restait "sombre", une réinsertion professionnelle ne pouvant rentrer en ligne de compte, le Dr J. _____ était d'avis que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis 2000 dans son ancienne profession.

Selon consilium du 19 octobre 2007 à l'intention du Dr C._____, le Dr E._____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'assuré souffrait de céphalées tensionnelles, un traitement antalgique et myorelaxant étant en cours. Selon ce spécialiste, le kyste arachnoïdien de la fosse postérieure (kyste céphalique) mis en évidence par IRM du 6 septembre 2007, n'avait aucune incidence sur la symptomatologie douloureuse.

Chargé par l'OAI de donner son avis, le SMR, par le Dr K._____, médecin généraliste, s'est exprimé en ces termes le 23 octobre 2008, sur le cas soumis:

"Dans son RM [rapport médical] du 21.05.2008, le Dr C._____, signale les céphalées en casque, l'aggravation des lombosciatalgies, la bonne concordance entre les plaintes et les constatations objectives; cependant il n'apporte pas les preuves objectives d'une aggravation (par l'examen clinique, la radiologie, etc.). L'IT [incapacité de travail] est jugée totale en toute activité, le pronostic défavorable.

Dans son RM du 10.08.2008, le Dr J._____, médecine physique et réhabilitation, n'apporte aucun élément objectif d'aggravation au plan locomoteur. Il annonce des céphalées en casque dans le contexte de kyste arachnoïdien de la fosse postérieure G, d'acouphènes épisodiques et de cervico-scapulagies sur souffrances algodysfonctionnelles et tensionnelles. Il n'y a pas de troubles neurologiques, que ce soit en lien avec le kyste arachnoïdien ou avec les lombosciatalgies. L'IRM cérébrale du 06.09.2007 démontre que le kyste refoule le cervelet vers l'avant. En raison des céphalées, la CT [capacité de travail] est jugée nulle en toute activité. Pourtant le Dr E._____, neurologue FMH, auquel se réfère le Dr J._____, précise, dans son rapport médical au Dr C._____ daté du 19.10.2007, la normalité de l'EEG, l'absence de trouble neurologique; il diagnostique des céphalées de tension, précise que le kyste arachnoïdien est une découverte banale et fortuite qui ne joue aucun rôle dans la genèse de la symptomatologie douloureuse. Enfin, il n'y a pas de traitement médicamenteux pour "la réaction anxio-dépressive réactionnelle" annoncée par le Dr J._____.

Il n'est pas fait mention d'une prise en charge psychiatrique spécialisée. En conclusion, il n'y a en fait pas d'aggravation qui puisse entrer dans le cadre d'affection médicale incapacitante au sens de l'AI. Il s'agit de douleurs (céphalées de tension, cervico-dorsalgies de tension) qui entrent dans le cadre du trouble somatoforme connu de longue date. L'aspect dépressif réactionnel n'est également pas incapacitant car il est réactionnel, ne fait pas l'objet ni d'un traitement médicamenteux spécifique ni de prise en charge spécialisée."

Par projet de décision du 17 août 2009, retenant que l'assuré ne présentait en fait pas d'aggravation de son état de santé susceptible d'entrer dans le cadre d'affections invalidantes au sens de l'AI, les céphalées de tension ainsi que les cervico-dorsalgies entrant dans le cadre du trouble somatoforme connu de longue date et l'état dépressif réactionnel ne faisant pas l'objet d'un traitement médicamenteux ni d'une prise en charge spécialisée, l'OAI a rendu un préavis dans le sens du rejet de la demande, estimant qu'il existait une capacité de travail raisonnablement exigible entière dans n'importe quelle activité.

Le 11 septembre 2009, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. Il invoquait une péjoration de sa santé en produisant un certificat médical établi le 4 septembre 2009 par le Dr C._____. Ce document médical indiquait que la santé de l'assuré était loin de s'être améliorée durant les deux dernières années. Les lombalgies empêchaient toute station debout prolongée, de même que la position assise, les nuits étaient entrecoupées par la douleur dont l'intensité allait plutôt croissante. A tout cela s'ajoutait l'apparition d'un diabète insulino-dépendant, empêchant toute perspective de reprise d'une nouvelle activité professionnelle.

Selon avis médical SMR du 21 décembre 2009, le Dr K._____ a estimé que le certificat médical du Dr C._____ n'apportait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'exigibilité de travail de l'assuré. En l'absence de complications avérées, le diabète insulino-dépendant ne pouvait engendrer de diminution de la capacité de travail. Au surplus, l'aggravation des douleurs rapportée par le Dr C._____ l'avait été sans objectivation des causes.

Par décision du 15 janvier 2010, se ralliant à l'avis médical SMR précité, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré.

D. Par acte du 10 février 2010, l'assuré recourt contre la décision formelle du 15 janvier 2010 de l'OAI. Se fondant sur le certificat médical du 4 septembre 2009 de son médecin traitant le Dr C._____ (cf. lettre C.

supra), il soutient que son incapacité de travail est totale. Le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée en ce sens que le droit à des prestations AI lui soit reconnu, le cas échéant, après renvoi du dossier à l'intimé. Il requiert à titre de mesure d'instruction complémentaire la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à déterminer son incapacité de travail

Par réponse du 19 mars 2010, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relève qu'en l'absence de modification significative de la santé du recourant intervenue depuis sa décision sur opposition du 30 janvier 2006 (cf. avis médicaux SMR des 23 octobre 2008 et 21 décembre 2009), décision sur opposition ultérieurement confirmée tant par la juridiction cantonale que par le Tribunal fédéral, il se justifie de nier le droit du recourant à obtenir des prestations AI.

Dans sa détermination du 5 mai 2010, le recourant fait valoir que l'intimé ne saurait valablement se fonder sur les divers rapports médicaux SMR, en particulier sur celui daté du 21 décembre 2009, vu le caractère "laconique" de ce dernier.

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 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences minimales fixées par la LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par A. _____ contre la décision rendue le 15 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

2. a) En l'espèce, le litige porte uniquement sur la question de savoir si le refus de prestations AI basé sur les avis médicaux SMR – constatant l'inexistence d'une aggravation significative de la santé du recourant depuis la décision sur opposition de refus du 30 janvier 2006 – était justifié.

b) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. a) Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 4 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) déposée consécutivement à un refus de rente ou

d'allocation pour impotent ou encore, par analogie, de mesures de réadaptation (cf. ATF 109 V 119 consid. 3a), sont les suivants; l'administration doit commencer par déterminer 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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 114 V 114 consid. 2b; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 2; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

b) En vertu de 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. 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 d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 349 consid. 3.5 et 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 (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2

in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

4. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, 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. A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, l'invalidité pouvant résulter soit d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

b) 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). Ce dernier constat a récemment 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. Cependant, selon le Tribunal fédéral, 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_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

5. Il y a lieu d'examiner si en l'espèce, un changement important des circonstances est intervenu entre la décision sur opposition de refus de prestations AI du 30 janvier 2006 et celle du 15 janvier 2010.

a) Dans son recours, l'assuré soutient que la cause de l'aggravation de sa santé serait liée à la récente apparition d'un diabète insulino-dépendant, élément attesté par le certificat médical du 4 septembre 2009 de son médecin traitant, le Dr C._____. L'administration se réfère pour sa part aux différents avis médicaux SMR du Dr K._____ des 23 octobre 2008 et 21 décembre 2009, lesquels concluent à l'absence

d'une aggravation incapacitante au sens de l'AI. Le dernier avis SMR souligne qu'en l'absence de complications attestées, le diabète précité ne saurait engendrer une quelconque diminution de la capacité de travail du recourant.

Le certificat médical du 4 septembre 2009 du Dr C. _____ est vague du point de vue médical. Il n'énonce en effet ni les causes, ni même les effets objectifs sur la santé du recourant du diabète mis en évidence. Dans ces circonstances et à l'aune de la jurisprudence applicable en la matière (cf. consid. 4b supra), le certificat du médecin traitant n'est pas suffisamment probant. En l'absence de complications médicalement avérées, l'expérience montre que l'insulino-dépendance causée par un diabète du type de celui d'espèce n'est pas en soi, de nature à interférer sur la capacité de travail. A lecture de l'avis médical SMR du 21 décembre 2009, il n'y a pas de motif justifiant de mettre en doute ce précepte. Partant, contrairement à l'appréciation du médecin traitant, la cour de céans ne peut déduire du seul certificat médical produit que le diabète décelé aurait péjoré l'état de santé au point qu'il en résulterait une capacité de travail résiduelle totalement nulle du recourant.

b) Il ressort du dossier remis qu'après avoir été saisi d'une nouvelle demande de prestations AI datée du 22 janvier 2008 et que compte tenu des objections de l'assuré à l'encontre de son projet de décision du 11 mars 2008, l'OAI est entré en matière sur le fond du cas selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI (cf. consid. 3a supra). Appliquant la disposition de l'art. 17 LPGA par analogie (cf. consid. 3b supra), l'intimé a instruit le cas sur le plan médical afin d'examiner si une aggravation notable de la santé du recourant - telle qu'avancée par ce dernier - était effectivement survenue postérieurement à sa dernière décision de refus de prestations AI à la fin janvier 2006.

Ainsi, le rapport médical du 21 mai 2008 du Dr C. _____ fait état des diagnostics de céphalées en casque et de lombosciatalgies bilatérales chroniques, atteintes à la santé également relevées par le Dr J. _____ (médecin ayant suivi l'évolution des atteintes vertébrales du

recourant) dans son rapport médical établi le 10 août 2008. Nonobstant le fait que de l'avis de ces deux médecins, les atteintes précitées sont présentes chez leur patient à compter de dates différentes (depuis 1995 selon le Dr C. _____ et, dès 2000 de l'avis du Dr J. _____), la cour relève que dans leurs rapports médicaux respectifs, ces praticiens ne font nullement état d'éléments médicaux objectifs attestant du caractère invalidant de ces atteintes à la santé. Ce dernier constat s'illustre en particulier au travers de l'avis médical du Dr E. _____ selon consilium du 19 octobre 2007 adressé au Dr C. _____. A cette occasion, le Dr E. _____ (spécialiste FMH en neurologie) a effectivement précisé que le kyste arachnoïdien de la fosse postérieure décelé n'avait aucune influence sur la symptomatologie douloureuse. Ce spécialiste - aux examens duquel le Dr J. _____ fait notamment référence - a également indiqué que le recourant est atteint de céphalées de tension, lesquelles sont sous traitement antalgique et myorelaxant. Au vu de ce qui précède, tant les lombosciatalgies bilatérales chroniques que les céphalées en casque rapportées par les médecins du recourant ne sauraient être perçues en tant que causes d'une aggravation notable de l'état de santé survenue ultérieurement à la décision sur opposition de refus de prestations AI du 30 janvier 2006.

Concernant la réaction anxio-dépressive diagnostiquée par le Dr J. _____ comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, la cour constate qu'outre le défaut d'éléments médicaux objectifs, l'absence de tout traitement (médicamenteux) ou suivi psychiatrique prodigués est de nature à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le diagnostic précité ne peut être retenu comme invalidant au sens de l'AI. Si l'intensité du trouble psychique en question devait effectivement affecter la capacité de travail, cette atteinte aurait à l'évidence dû faire l'objet d'une prise en charge adéquate sur avis médical. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce.

A l'aune des éléments précités (cf. consid. 5a et 5b ci-avant), en l'absence de complications médicalement avérées en lien avec l'ensemble des atteintes à la santé diagnostiquées par les Drs C. _____

et J. _____ - en particulier pour ce qui a trait au récent diabète insulino-dépendant -, les conclusions étayées des avis médicaux SMR des 23 octobre 2008 et 21 décembre 2009, suivies par l'OAI dans la décision litigieuse, sont concluantes. Considérant que la décision attaquée reprend les conclusions des avis médicaux SMR précités, celle-ci s'avère en définitive bien fondée. Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas matière à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire par l'intimé.

6. Le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 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 rendue le 15 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice de 500 fr. (cinq cent francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :