

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Emmanuel Rossel,
avocat à Morges,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17, 43, 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1955, marié et père de quatre enfants, a déposé le 9 juin 1997 une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

Par décision du 13 septembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré une rente de 50%. L'assuré a fait recours contre cette décision.

Par jugement du 16 décembre 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : TASS) a rejeté le recours de l'assuré et a confirmé la décision attaquée. Il résulte de ce jugement notamment les faits suivants :

"A. (...)

Il résulte notamment du questionnaire pour l'employeur du 8 juillet 1997 que G. _____ a travaillé au service de la Fonderie X. _____ SA du 1^{er} septembre 1994 au 31 juillet 1996 comme mouleur-ébarbeur et qu'en 1996, il a été en incapacité de travail à 50 % du 5 au 8 février et à 100 % du 12 février au 31 juillet.

Son salaire s'élevait en 1997 à 3'560 fr. par mois, et il recevait une gratification.

B. Plusieurs rapports médicaux figurent au dossier dont une expertise effectuée le 18 mars 1997 par le Dr S. _____ à la demande de la Compagnie d'assurances Y. _____. L'expert diagnostique des lombosciatalgies gauches avec atteinte radiculaire L5 gauche confirmée électromyographiquement sur hernie discale L4-L5 médio-latérale gauche, et se détermine en ces termes :

"(...) la capacité de travail est nulle dans la profession exercée préalablement (ébarbeur) ainsi que dans toute activité nécessitant un engagement physique moyen à lourd, le port de charges ainsi qu'une station assise et debout prolongée. Au vu de la présence d'une atteinte radiculaire L5 gauche indubitable, je propose que les neurochirurgiens reconsidèrent l'indication éventuelle à une sanction chirurgicale même si les chances de succès d'une telle intervention sont objectivement "maigres". En effet, si l'on ne procède pas à une sanction chirurgicale, je ne vois pas quelle autre mesure thérapeutique on pourrait prendre, les différentes tentatives d'infiltrations et de bloc s'étant avérées un

échec de même que les autres traitements. Au cas où les neurochirurgiens ne retiendraient pas d'indication opératoire, je propose de renoncer à tous les autres traitements si ce n'est l'administration d'AINS et d'antalgiques à la demande. Du point de vue de la capacité de travail, en cas d'intervention chirurgicale, cette dernière devrait être réappréciée après l'opération. S'il n'y a pas d'indication chirurgicale, on pourrait tenter une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dans une activité légère, ne nécessitant pas le port de charge et permettant des changements fréquents de position. Comme mentionné plus haut, dans le contexte économique actuel, au vu du manque de formation scolaire et professionnelle du patient, je doute qu'il soit effectivement possible de trouver à M. G. _____ une telle activité (...)."

Dans son rapport du 9 juillet 1997, le Dr O. _____, médecin traitant, déclare adhérer entièrement aux conclusions de l'expert.

Le 17 février 1998, le Dr H. _____, neurochirurgien, a déconseillé une intervention chirurgicale.

Le Dr X. _____ du SMR dans son rapport du 12 décembre 2001, se fondant sur l'expertise du Dr S. _____ estime le taux d'incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée.

Le 7 janvier 2002, la division administrative de l'OAI a établi une liste de postes permettant l'alternance des positions, le port de charges étant limité à 5 kg.

Il résulte en outre du dossier qu'en 2000, le salaire de G. _____ aurait été de 3700 fr. 13 fois l'an.

Par décision du 13 septembre 2002, l'OAI a accordé à G. _____ une demi-rente d'invalidité fondée sur les motifs suivants :

"(...) En raison de votre atteinte à la santé, vous ne pouvez plus exercer votre activité de mouleur-ébarbeur depuis le 05 février 1996. Selon les renseignements en notre possession, il s'avère que vous présentez une capacité de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée à votre état de santé, telle que :

- emploi d'usine - montage & câblage - fabrique de flashes : port de charges limité à 5 kg (parfois, gestes de manipulation légers et de précision (visserie, collage, petites soudures), alternance des positions statiques, déplacements limités

- conditionnement alimentaire - remplissage de bocal : port de charges de 5 kg (souvent), aucune manipulation d'outils (uniquement manutention), prédominance de la position assise, déplacements limités

- employé d'ouvrier à la presse : port de charges jusqu'à 5 kg (parfois), gestes de manipulation légers et moyens, alternance des positions statiques

- emploi dans le domaine des installations électriques : travaux de câblage, soudure, préparation des tableaux électriques

- emploi dans le domaine des installations électriques : travaux de câblages, soudure, préparation des tableaux électriques.

- conditionnement dans le cadre d'une grande chaîne de distribution alimentaire : travaux de vérification, supervision d'une chaîne de production.

Dans ce genre d'activités, à un taux de 50%, vous pouvez prétendre à un revenu mensuel brut moyen de Fr. 1'796.- servi treize fois par an, soit Fr. 23'348.-. Sans atteinte à la santé, en tant que mouleur-ébarbeur, à un taux de 100 %, votre gain mensuel brut s'élèverait aujourd'hui à Fr. 3'700.- servi treize fois l'an, soit Fr. 48'100.-.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Revenu annuel provenant d'une activité lucrative, sans invalidité	48'100.00	
Revenu annuel provenant d'une activité - raisonnablement exigible, avec invalidité	23'348.00	
Manque à gagner/degré d'invalidité	24'752.00	≡
	51.45%	

A partir du 1^{er} février 1997, soit après le délai d'attente d'une année, vous avez droit à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 51 %. (...)."

Le salaire hypothétique retenu par l'OAI se fonde sur les chiffres annuels de l'an 2000 et le salaire exigible avec invalidité a été fixé en prenant en compte la moyenne des revenus annuels obtenus dans les cinq activités adaptées susmentionnées en 2002."

B. En décembre 2004, l'OAI a ouvert d'office une procédure de révision du droit à la rente de l'assuré.

Dans un rapport médical du 9 juin 2005, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait une discrète polyneuropathie peu expressive sur le plan clinique, celle-ci prenant les caractéristiques d'une atteinte axonale essentiellement sensitive. Ce praticien a en outre précisé que les symptômes laissaient également suggérer la possibilité d'un "restless legs syndrome".

Dans un rapport médical du 18 juillet 2005, le Dr O._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que les diagnostics et les symptômes actuels étaient identiques à ceux contenus dans son rapport du 9 juillet 1997. Il a en outre indiqué ce qui suit :

"Nouveau :

- 2) Multiples plaintes de type psychosomatique chez ce patient très déstabilisé dans sa santé et par la tournure qu'a pris sa demande AI.
- 3) Asthme + bronchite asthmatiforme à répétition depuis décembre 99 (déc. 99, févr. 2000, sept. 2000, août 2001, juin 2003 + 2004, mai 2005)
Rp : Bricanyl + Pulmicort + antibiotique selon besoin + Symbicort.

Tabagisme chronique sévère. ttt : Nicorette spray en 2000 (sans succès à long terme).
- 4) Polyneuropathie d'étiologie x (brûlures sous pieds) depuis novembre 2002 + sept. 2003, en investigation c/o le Dr R._____ (cf. lettre R._____ juin 2005) + labo prévu à son retour de vacances.
- 5) Restless legs syndrome.
- 6) Palpitation + BBD + souffle de sclérose aortique en février 2000. Une, échographie c/o la Dresse C._____ montre une hypokinésie inférobasale et une sclérose de la valve aortique, l'ergométrie est sans particularité (cf. rapport Dresse C._____ 2000).
- 7) Douleurs d'étiologie x du flanc droit ou gauche ou bilatéral (CT abdominal sp en sept. 2000) (+ févr. 2001 + 2003 - IIème CT Scan en urgence à HZM sp. + 2004 - avril 2005 sp) examens de laboratoire sp.
- 8) Périarthrite de l'épaule droite (déc; 2000) Rp : AINS. Rx sp.
- 9) Gale en 2001 + 2002.
- 10) Céphalées à répétition Rp : Stugeron F.
- 11) Colique néphrétique gauche en janvier 2003.
- 12) Hémorroïdes externes en août 2003.
- 13) Eczéma numulaire des 2 jambes + dissémination au tronc en janvier 2005 Rp : Diprogenta + Diprosone.
- 14) Torticolis aigu (juin 2004) + cervicobrachialgie gauche (sept. + février 2005).
- 14) (recte : 15) Multiples consultations, pour multiples malaises (coeur + abdomen + peau + douleurs flanc + douleurs lombaires et sciatique + etc... etc... .etc...) (multiples ex labo sp + ex. cliniques (cf. diagnostics). "

Selon ce praticien, l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible ainsi que toute autre activité. Il a enfin précisé que sa capacité de travail était nulle actuellement.

Dans un avis médical du 29 décembre 2005, le Dr K._____, spécialiste en médecine générale et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a écrit ce qui suit :

"Le Dr O._____, médecin traitant, signale que [l']assuré est incapable de travailler et que son état s'aggrave mais il signale que les diagnostics et les symptômes actuels sont identiques à son rapport du 09.07.97 ! Il l'a d'ailleurs mis à 100% dès le 09.02.96. Si lui-même dit que les diagnostics et les symptômes actuels sont identiques, je ne vois pas vraiment où est l'aggravation. (...) En outre, un nouveau rapport du Dr R._____, neurologue, signale une discrète polyneuropathie et des restless legs syndroms, en plus de ses lombosciatalgies chroniques. Ces deux pathologies en soi bénignes, puisque qualifiée de discrète pour la polyneuropathie n'aggravent pas l'invalidité. Le médecin mentionne notamment "l'assuré a été longtemps en conflit avec l'AI, ce qui a probablement contribué à la chronification des symptômes".

En conséquence, il n'y a pas d'argument médical pour justifier une augmentation de rente."

Par communication du 1^{er} mars 2006, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuerait à bénéficier de la même rente avec un degré d'invalidité de 51%.

C. Par décision du 25 février 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une demande de révision de l'assuré au motif que celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé depuis le 13 septembre 2002.

D. Par courrier du 7 mars 2011, l'assuré a demandé le réexamen de son dossier motivé par une aggravation de son état de santé en concluant à l'octroi d'une rente entière.

Dans un rapport du 4 avril 2011, le Dr O._____, a indiqué continuer à être consulté par l'assuré pour plusieurs problèmes en plus de ceux déjà décrits dans ses précédents rapports. Il a ainsi signalé que depuis son dernier rapport du 18 juillet 2005, l'asthme ainsi que la BPCO s'étaient péjorés, qu'il avait été consulté à de multiples reprises pour des

douleurs abdominales qu'il attribuait pour l'instant à un colon spastique, que l'assuré continuait à se plaindre de ses lombalgies chroniques avec poussées aiguës, les radiographies lombaires effectuées en mai 2008 étant inchangées par rapport aux précédentes. Il a en outre mentionné notamment que l'assuré avait présenté des vertiges paroxystiques bénins en août 2007, des brûlures d'estomac en 2008, qu'il venait d'avoir un zona, continuait à présenter un eczéma parfois agressif avec début aux jambes et généralisation au corps entier. Il a ajouté que l'assuré avait présenté un nouvel épisode de colique néphrétique gauche avec lithiase présente dans les deux reins en juillet 2010 et que depuis octobre 2010 il présentait des cervicobrachialgies à droite non déficitaires mais récidivantes, la radiographie cervicale montrant un gros bec d'arthrose de C2, séquelle probable d'un accident de voiture en 1990. Il a enfin indiqué que la plainte principale de l'assuré ces dernières années était la sensation de péjoration de paresthésies, douleurs, froideurs dans les deux pieds, orteils et jambes raison pour laquelle il avait réadressé son patient au Dr R._____. Il a conclu qu'en outre le moral de l'assuré était très affecté par sa situation médicale, asséculoologique, professionnelle, sociale et familiale, une expertise par la PMU lui paraissant fort utile au cas où ses rapports ne seraient pas suffisants. Il a joint à son rapport celui du Dr R._____ du 3 juin 2009, selon lequel une polyneuropathie essentiellement sensitive de type axonale avec diminution de l'amplitude du potentiel sensitif, avait été mise en évidence en juin 2005 et les troubles sensitifs, notamment une sensation de brûlure évoluait de manière très lentement progressive, s'aggravant au fil des années, avec actuellement toujours une sensation de brûlure et de chaleur au niveau des pieds et probablement quelques paresthésies distales au niveau des pieds et à la demande, une discrète instabilité, toutefois sans véritable chute.

Dans un avis médical du 16 juin 2011, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie et médecin SMR, a proposé, au vu des pathologies multiples et du manque de renseignements sur les limitations fonctionnelles objectives de l'assuré, la mise en œuvre d'une expertise de

médecine interne, laissant le soin à l'expert de décider si un consilium neurologique et/ou un EMG étaient nécessaires.

Mandaté par l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne, a rendu un rapport d'expertise daté du 6 octobre 2011 dont il ressort notamment ce qui suit :

"5 *Diagnostics*

5.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Lombalgies chroniques dès 1996 (M54.5).

5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Asthme bronchique anamnestique.
- Tabagisme chronique.
- Polyneuropathie sensitive distale dès 2002 (G62.9).
- Lithiase urinaire récidivante (N20).
- Cervico-brachialgies intermittentes (M53.0).
- Fibromyalgie (M79.7).

6 *Appréciation du cas et pronostic*

M. G._____, né en 1955, d'origine turque, est resté sans formation professionnelle. Marié, il est père de 4 enfants majeurs dont l'un souffre d'une maladie de Behçet, vit avec l'assuré et bénéficie d'une rente AI.

Etabli en Suisse dès 1979, il a travaillé comme mouleur-ébarbeur de 1980 à 1987 puis comme galvaniseur pendant 5 ans puis il a émargé au chômage. Il a retrouvé une activité d'ébarbeur dans une fonderie jusqu'au 05.02.1996, date de sa mise en incapacité de travail définitive. Par décision du 13.09.2002, l'OCAI a accordé une demi-rente d'invalidité considérant une incapacité définitive de travail dans l'activité de mouleur-ébarbeur et une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée. Cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal des Assurances du Canton de Vaud le 16.12.2003, rejetant ainsi le recours déposé par M. G._____ visant l'octroi d'une rente entière.

Depuis lors, M. G._____ n'a exercé aucune activité professionnelle. Il annonce également le rejet d'une demande AI déposée par son épouse.

6.1 Rappel de l'histoire médicale

De longue date, M. G._____ fait état de **lombalgies** avec un premier épisode mentionné en 1980 puis en 1990. Il est fait état d'une lombo-sciatalgie en 1991 avec incapacité de travail de 6 mois, récidivant dès février 1996. A cette époque, il a été effectué un CT-scan lombaire qui concluait à un prolapsus discal médian,

discrètement luxé vers le bas avec un canal lombaire relativement étroit en L4-L5. Une sacroradiculographie, effectuée le 07.06.1996, mettait en évidence une petite hernie discale médiane et paramédiane gauche L4-L5, toutefois sans amputation de la racine.

En l'absence d'un syndrome lombo-vertébral ou d'atteinte radiculaire significative et au vu de la discrétion de la hernie discale, les neurochirurgiens du Centre médical Z._____ n'ont pas retenu d'indication à une intervention décompressive. Cet avis a également été confirmé par le Prof. H._____ en février 1998 qui estime que M. G._____ ne souffrait pas de sa hernie discale mais de **lombalgies chroniques**, sans instabilité aux radiographies fonctionnelles. Ceci était en contradiction avec l'expertise du Dr S._____, du 14.03.1997, qui reconnaissait la présence d'une lombo-sciatalgie gauche avec atteinte radiculaire L5 confirmée électromyographiquement mais sans syndrome déficitaire. Il était constaté, comme d'ailleurs par le Dr F._____ au Centre médical Z._____ et par le Prof. H._____, un patient très algique et démonstratif. Il admettait que la chronification des douleurs conjuguée aux éléments comportementaux rendait les chances d'une intervention chirurgicale aléatoire tout en reconnaissant cependant qu'en l'absence de traitement chirurgical, il fallait bien admettre une incapacité de travail complète dans son activité relativement lourde et exigeant une station prolongée. En l'absence d'indication chirurgicale, il proposait une reprise d'activité professionnelle à 50% dans une activité légère, permettant des changements fréquents de position.

Le Dr S._____ faisait part de son pessimisme quant à une réinsertion et l'évolution future lui donne raison avec persistance de lombalgies chroniques jusqu'à ce jour, sans reprise d'activité professionnelle. Les divers traitements, tant sous la forme de physiothérapie que d'infiltrations et de blocs facettaires, réalisés en 1997, ont été mis en échec. Un traitement par radiofréquence discale L5-S1, en 1997, s'est également révélé inefficace.

M. G._____ indique que, depuis lors, la situation ne s'est pas modifiée. Il n'annonce pas d'aggravation, ni d'amélioration, les douleurs étant constantes, chronifiées avec parfois des exacerbations. A cet égard, le Dr O._____, médecin traitant, fait état d'aggravation aiguë ponctuelle et pratiquement annuelle. Le dernier bilan radiologique a eu lieu en mai 2008. Il s'agissait de radiographies standard, sans modification. Il n'y a pas eu de traitement de physiothérapie depuis 2010, traitement d'ailleurs jugé inutile par M. G._____ lequel poursuit une consommation d'antalgiques sous forme d'Irifen ou d'Olfen.

En sus de ses douleurs lombaires, M. G._____ annonce avoir présenté plusieurs épisodes de **cervicalgies** tantôt à gauche ou à droite comme en octobre 2010 et février 2011. Le Dr O._____ annonce qu'elles étaient non déficitaires. En février 2011, des radiographies de la colonne cervicale ne montrent pas de discopathies significatives mais une ostéophytose antérieure de C2, annoncée séquellaire à un traumatisme de 1990. Le traitement a été conservateur. M. G._____ n'a jamais été examiné, semble-t-il, par un rhumatologue.

D'autre part, le Dr O. _____ précise que M. G. _____ présente de multiples plaintes de type psychosomatiques engendrant de multiples consultations pour divers malaises. C'est ainsi qu'en 2000, il a été examiné par la Dresse C. _____ cardiologue, pour des palpitations. Il lui est découvert un souffle de sclérose aortique, un bloc de branche droit sans répercussion fonctionnelle avec une excellente fonction myocardique et sans argument en faveur d'une cardiopathie ischémique. Il souffre également d'un **asthme** et de bronchites à répétition. Il est annoncé une BPCO en péjoration sur tabagisme chronique sévère, Il n'y a pas de spirométrie à disposition.

Il est fait état de douleurs abdominales avec ballonnements ayant motivé divers examens radiologiques dont plusieurs scanners en 2003 et 2005. Les douleurs sont attribuées à une **colopathie** fonctionnelle. Il est également fait état de **céphalées chroniques** de type tensionnel. M. G. _____ a présenté plusieurs épisodes de lithiase rénale comme en 1993 et juillet 2010.

Enfin, il est fait état d'une infection dermatologique avec gale en 2001 et 2002 puis d'un eczéma nummulaire des deux jambes se disséminant au tronc en janvier 2005 puis plus récemment, d'un zona thoracique.

Depuis 2002, il se plaint de brûlures plantaires, de dysesthésies des pieds avec démangeaisons, picotements et de discrets troubles de la marche avec instabilité. Examiné en 2005 et 2009 par le Dr R. _____, neurologue à [...], il était confirmé la présence d'une **discrète neuropathie** avec discrète hypoesthésie bi-malléolaire mais sans atteinte motrice, sans aréflexie, ni hypoesthésie en chaussette. Les paramètres neurographiques moteurs étaient tout à fait normaux alors que les potentiels sensitifs montraient une diminution tout à fait claire de leur amplitude avec conservation d'une vitesse de conduction sensitive normale. L'évolution de cette polyneuropathie axonale essentiellement sensitive, d'ailleurs présente tant aux membres supérieurs qu'inférieurs, n'évolue que très lentement au cours du temps. C'est ainsi qu'en 2009, le Dr R. _____ retrouve un status neurologique inchangé, sans atteinte motrice et sans véritable hypoesthésie tacto-algique avec cependant hypoesthésie vibratoire. Les bilans élargis n'ont pas pu démontrer la présence d'une maladie auto-immune, d'un diabète ou d'amyloïdose. Il n'a jamais été mis en évidence de syndrome infectieux ou inflammatoire. Une maladie de Lyme a été exclue ainsi qu'une gammopathie monoclonale. Un déficit en B12 et une syphilis ont également été exclus. Finalement, cette polyneuropathie axonale, longueur dépendante, ne reçoit pas d'étiologie claire.

6.2 Situation actuelle

Au premier plan M. G. _____ annonce être handicapé par ses lombalgies. Elles sont décrites comme sévères à 6/10 en permanence avec ankylose matinale, l'empêchant de dormir avec impact très important dans ses activités de la vie quotidienne. Il décrit des irradiations à bascule sur les deux membres inférieurs, de topographie plutôt L5, assez floues et sans impulsivité au Vasalva. Les lombalgies ne sont guère influencées par la prise, semble-t-il, assez régulière d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Cliniquement, l'examen de ce jour n'identifie pas de clairs syndromes radiculaires. Le syndrome lombo-vertébral est massif, toutefois sans contractures. M. G. _____ étant guère explorable, l'examen est limité par les troubles posturaux, les lâchages antalgiques et de protection. Les signes comportementaux de Waddell et de Kummel sont présents. L'examen attentif de la documentation radiologique ne permet pas de retenir de substrat convaincant à ces lombalgies. En particulier, il n'y a pas de sacro-iliite. Les troubles dégénératifs ne sont que modérés et compatibles avec l'âge. Il n'y a pas de discopathie sévère. La longue évolution, sans aggravation objective, est également rassurante. La petite hernie discale, latéralisée à gauche au niveau L4-L5, est peu susceptible d'expliquer l'importance tant dans la durée que l'intensité de la symptomatologie. Nous nous trouvons très probablement dans le cadre de lombalgies chroniques évoluant en syndrome douloureux chronique, sans concordance avec les constatations cliniques ou radiologiques. Après plus de 15 ans d'évolution, le pronostic à cet égard est sombre, non pas en terme de survie.

Au deuxième plan, M. G. _____ fait état de troubles sensitifs des pieds avec sentiment d'insensibilité. Il n'est pas handicapé par des douleurs mais par une impression de ne pas ressentir le contact avec le sol ou avec ses chaussures. Il décrit un sentiment de flottement et d'instabilité à la marche. Il ne signale plus, comme initialement, de symptomatologie suggestive d'un syndrome des jambes sans repos.

Les fourmillements, picotements ou brûlures avec sentiment de froid n'ont anamnestiquement pas été influencés tant par la prescription de Sifrol, de Lyrica ou d'Adartrel. Objectivement, on peut retenir la présence d'une discrète polyneuropathie sensitive distale avec hypoesthésie vibratoire prédominante à droite, sans autres clairs déficits tacto-algiques. Les réflexes ostéo-tendineux sont partout présents. La sensibilité plantaire est préservée de même que la discrimination posturale. Ce n'est pas le cas de la discrimination au chaud-froid. Il n'y a pas d'ataxie, de troubles de la coordination ou d'instabilité. L'électromyographie est normale. Seuls les potentiels sensitifs sont d'amplitude diminuée avec vitesse de conduction normale. L'origine de cette neuropathie axonale sensitive n'est pas connue. Les bilans biologiques et sérologiques sont tous revenus normaux. Il n'y a pas de déficit vitaminique ou de maladies infectieuses (HIV, hépatites, maladie de Lyme, syphilis). Un diabète n'a pas encore été mis en évidence. Un alcoolisme est improbable. Un phénomène paranéoplasique est invraisemblable compte tenu de la longue durée des plaintes et de la lenteur de l'évolution. En examinant l'assuré, on constate la présence d'une lésion érythémato-squameuse annulaire au membre inférieur droit. Il se pose la question d'un éventuel psoriasis annulaire lequel, bien que rarement, peut être associé à des polyneuropathies axonales.

En l'état, cette discrète polyneuropathie est uniquement sensitive, bien que gênante, elle ne peut pas être considérée comme handicapante ou limitative dans des activités professionnelles, en l'absence d'atteinte motrice ou de troubles de la marche.

Les autres affections décrites, à savoir les cervico-brachialgies intermittentes, les lithiases urinaires, les troubles digestifs fonctionnels ou encore les épisodes de vertige, ne peuvent pas être considérés comme handicapants au-delà de quelques jours en cas d'acutisation. Quant à l'annonce d'une aggravation d'une BPCO, elle n'est pas confirmée. Nous n'avons pas pu constater objectivement de syndrome broncho-obstructif significatif avec un très discret abaissement du VEMS à 96% de la valeur théorique et un Tiffeneau à plus de 70%. Il s'agissait d'une fonction normale des poumons avec risque possible de BPCO compte tenu d'un tabagisme chronique.

Ainsi, il apparaît que depuis la décision du 13.09.2002 de l'office AI, la situation médicale de M. G. _____ ne s'est pas modifiée de manière significative. Votre assuré présente toujours un syndrome douloureux chronique avec lombalgies pouvant s'acutiser par moment, considéré à faible substrat organique malgré la présence d'une petite hernie discale vraisemblablement pas ou peu symptomatique.

6.3 Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles ne sont donc pas modifiées. C'est ainsi que dans une activité lourde, il n'y a certainement plus d'exigibilité depuis 1997 alors que dans une activité adaptée, il existe certainement une capacité de travail exigible dès 1997 au moins à 50%.

Les plaintes associées à la polyneuropathie sensitive isolée et discrète des membres inférieurs n'aggravent pas les limitations fonctionnelles associées aux lombalgies chroniques. Les autres plaintes qu'elles soient d'ordre gastro-entérologiques ou sous forme de céphalées tensionnelles ou encore respiratoires, ne peuvent pas être considérées comme invalidantes.

7 Réponses au questionnaire

A. _____ Questions cliniques

(...)

B. _____ Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS

au plan physique

Compte tenu des lombalgies chroniques, seule une activité légère ne nécessitant pas de port de charges et permettant des changements fréquents de position est exigible.

au plan psychique et mental

Il n'est pas relevé de troubles mentaux, ni de troubles psychiques ayant fait l'objet d'une prise en charge spécialisée de traitement.

au plan social

Pas de limitation.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Le port de charges n'est plus exigible, ni d'ailleurs les stations assises ou debout prolongées.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

Dans une activité avec port de charges, il n'existe pas de capacité résiduelle de travail.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

L'activité d'ouvrier mouleur-ébarbeur n'est plus exigible.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Oui.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Dès février 1996.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'incapacité de travail est restée complète.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI NON, POUR QUELLES RAISONS?

Non.

M. G. _____ n'a, depuis fort longtemps, plus aucune ambition professionnelle. Il n'a jamais cherché à faire valoir sa capacité résiduelle de travail et ne se montre pas motivé à un éventuel reclassement.

2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRÉSENT?

Non, toutes les mesures médicales ont été mises en échec.

3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉ?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Dans une activité adaptée, sans port de charges, permettant l'alternance des positions, il existe une capacité de travail de 50% dès 1996.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

50%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Sans objet."

Dans un avis médical du 1^{er} novembre 2011, le Dr N. _____ a conclut ce qui suit :

"L'expertise du Dr L. _____ confirme les lombalgies chroniques, sans modification depuis 1997, en dehors d'exacerbations ponctuelles occasionnelles. Les épisodes de cervicalgies non déficitaires de 2010 et 2011 ont cédé sous traitement conservateur. (...) les autres plaintes n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, Il existe par ailleurs une discrète polyneuropathie essentiellement sensitive des membres supérieurs et inférieurs d'évolution lente, sans étiologie claire.

L'examen de l'assuré frappe par la présence de très nombreux signes de non organicité. Les plaintes ne sont pas corroborées par les constatations radiologiques finalement banales.

L'expert conclut ainsi que la situation ne s'est pas modifiée de façon significative depuis la décision de 2001 [recte : 2002]. La capacité de travail reste de 50% dans une activité adaptée.

Cette expertise étant probante, nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions."

Par décision du 4 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré en ces termes :

"Résultat de nos constatations :

En date du 9 mars 2011 vous nous avez demandé la révision de votre demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 51% en raison de l'aggravation de votre état de santé.

Il ressort des renseignements médicaux versés à votre dossier et notamment de l'expertise médicale effectuée auprès du Dr L._____ que votre situation ne s'est pas modifiée de façon significative depuis la décision de 2001 [recte : 2002]. Votre capacité de travail reste de 50% dans une activité adaptée.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. Vous continuez à bénéficier d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 51% dès lors que l'aggravation de votre état de santé n'est pas démontrée."

B. Par acte du 6 février 2012, G._____ a interjeté recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir pour l'essentiel que son état de santé s'était aggravé depuis 2005, ce qui le rendait incapable de travailler pour des raisons médicales. A titre de moyen de preuve, il a en outre sollicité la mise en œuvre d'une expertise et l'audition des Drs O._____ et R._____ à titre de témoins. Il a produit plusieurs pièces sous bordereau qui ressortent toutes également du dossier de l'OAI.

Par réponse du 30 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. A l'appui de sa position, l'OAI a relevé que selon l'expertise médicale du Dr L._____ du 6 octobre 2011, l'état de santé du recourant était resté stable depuis la décision de 2002, que sa capacité de travail restait de 50% dans une activité adaptée et qu'aucun élément médical nouveau susceptible de mettre en doute les conclusions du médecin-expert n'avait été apporté depuis lors.

Par réplique du 13 juillet 2012 et duplique du 16 août 2012, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

E n d r o i t :

1. a) 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la modification éventuelle, par voie de révision, du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis le 1^{er} mars 2006, date de la communication de l'OAI constatant que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente en se fondant sur une évaluation matérielle de sa situation notamment au regard des rapports des Drs R. _____ (du 9 juin 2005) et O. _____ (du 18 juillet 2005) ainsi que de l'avis du SMR du 29 septembre 2005.

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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (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 et 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 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 (ATF 133 V 450 consid.11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, 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 ; TF I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 1170 consid. 4 ; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 ; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009, consid. 3.3 et 8C_936/2008 du 7 juillet 2009, consid. 6). 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 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3,

9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 et 8C_183/2007 du 19 juin 2008, consid. 3).

c) Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel 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 reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b ; TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1 et les références citées).

4. En l'espèce, afin de déterminer l'existence éventuelle d'une péjoration de l'état de santé du recourant il convient de comparer l'évolution de sa situation médicale entre le 1^{er} mars 2006 et le 4 janvier 2012, date de la décision litigieuse.

a) Sur le plan somatique, dans son rapport du 9 juin 2005 le Dr R._____ avait indiqué que l'assuré présentait une discrète polyneuropathie peu expressive sur le plan clinique et avait en outre précisé que les symptômes laissaient également suggérer la possibilité d'un "restless legs syndrome".

Dans son rapport médical du 18 juillet 2005, le Dr O._____ avait indiqué que les diagnostics et les symptômes actuels étaient identiques à ceux contenus dans son rapport du 9 juillet 1997. Il avait toutefois indiqué l'existence d'éléments nouveaux à savoir en particulier de multiples plaintes de type psychosomatique, de l'asthme et une bronchite asthmatiforme à répétition depuis décembre 99, une polyneuropathie d'étiologie x (brûlures sous les pieds) depuis novembre 2002 et en septembre 2003, un Restless legs syndrom, des palpitations associées à un BBD et à un souffle de sclérose aortique en février 2000 ainsi qu'une hypokinesie inférobasale et une sclérose de la valve aortique, l'ergométrie étant toutefois sans particularité, des douleurs d'étiologie x du flanc droit ou gauche ou bilatéral précisant toutefois que les examens radiologiques (en 2000, 2001, 2003 2004 et 2005) et de laboratoire étaient sans particularité, une périarthrite de l'épaule droite (décembre 2000), des céphalées à répétition, une colique néphrétique gauche en janvier 2003, des hémorroïdes externes en août 2003, un eczéma numulaire des deux jambes avec dissémination au tronc en janvier 2005, un torticolis aigu en juin 2004 ainsi que des cervicobrachialgies gauches en février et septembre 2005. Ce praticien avait finalement précisé que son patient l'avait consulté à de nombreuses reprises pour de multiples malaises (cœur, abdomen, peau, douleurs au flanc, douleurs lombaires et sciatique), tout en précisant notamment que les multiples examens de laboratoires effectués étaient sans particularité. Selon ce praticien, l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible ainsi que toute autre

activité. Dans son avis médical du 29 décembre 2005, le Dr K._____, du SMR, avait considéré, quant à lui, qu'il ne voyait pas en quoi consistait l'aggravation de l'état de santé du recourant dans la mesure où son médecin traitant, le Dr O._____, affirmait lui-même que les diagnostics et les symptômes étaient identiques à ceux de son rapport du 9 juillet 1997. Concernant le rapport du Dr R._____, ce praticien avait relevé que ce spécialiste avait signalé une discrète polyneuropathie et des restless legs syndroms, en plus de ses lombosciatalgies chroniques, ce qui n'aggravait pas l'invalidité.

Sur la base de ces rapports médicaux, l'OAI a conclu le 1^{er} mars 2006 que le degré d'invalidité du recourant n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente depuis 2002, ce que ce dernier n'a pas contesté.

Dans le cadre de la demande de révision déposée par le recourant le 7 mars 2011, le Dr O._____ a établi un rapport daté du 4 avril 2011 dans lequel pour l'essentiel il a signalé que depuis son dernier rapport du 18 juillet 2005, l'asthme de son patient ainsi que la BPCO s'étaient péjorés, qu'il avait été consulté à de multiples reprises pour des douleurs abdominales qu'il attribuait pour l'instant à un colon spastique, que son patient continuait à se plaindre de lombalgies chroniques avec poussées aiguës, les radiographies lombaires effectuées en mai 2008 étant toutefois inchangées par rapport aux précédentes. Il a en outre mentionné notamment que son patient avait présenté des vertiges paroxystiques bénins en août 2007, des brûlures d'estomac en 2008, qu'il venait d'avoir un zona, continuait à présenter un eczéma parfois agressif avec début aux jambes et généralisation au corps entier. Il a ajouté que son patient avait présenté un nouvel épisode de colique néphrétique gauche avec lithiase présente dans les deux reins en juillet 2010 et que depuis octobre 2010 il présentait des cervicobrachialgies à droite non déficitaires mais récidivantes, la radiographie cervicale montrant un gros bec d'arthrose de C2, séquelle probable d'un accident de voiture en 1990. Il a enfin indiqué que la plainte principale de l'assuré ces dernières années était la sensation de péjoration de paresthésies, douleurs, froideurs dans

les deux pieds, orteils et jambes raison pour laquelle il avait réadressé son patient au Dr R._____. Il a joint à son rapport celui du Dr R._____ du 3 juin 2009, selon lequel une polyneuropathie essentiellement sensitive de type axonale avec diminution de l'amplitude du potentiel sensitif, avait été mise en évidence en juin 2005 et que les troubles sensitifs, notamment une sensation de brûlure évoluaient de manière très lentement progressive, s'aggravant au fil des années, avec actuellement toujours une sensation de brûlure et de chaleur au niveau des pieds et probablement quelques paresthésies distales au niveau des pieds et à la demande, une discrète instabilité, toutefois sans véritable chute.

Le Dr L._____, mandaté en qualité d'expert par l'OAI, a posé dans son rapport du 6 octobre 2011 le diagnostic de lombalgies chroniques (dès 1996) en considérant que celui-ci avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce praticien a retenu un asthme bronchique anamnestique, un tabagisme chronique, une polyneuropathie sensitive distale dès 2002, une lithiase urinaire récidivante, des cervico-brachialgies intermittentes et une fibromyalgie. Concernant les lombalgies invoquées par le recourant, le Dr L._____ a considéré pour l'essentiel que l'examen attentif de la documentation radiologique ne permettait pas de retenir un substrat convaincant et qu'on était très probablement en présence de lombalgies chroniques évoluant en syndrome douloureux chronique sans concordance avec les constatations cliniques ou radiologiques. Concernant la discrète neuropathie évoquée par le Dr R._____, l'expert a conclu qu'en l'état elle était uniquement sensitive bien que gênante mais ne pouvait être considérée comme handicapante ou limitative dans des activités professionnelles, en l'absence d'atteinte motrice ou de trouble de la marche. Quant aux autres affections décrites, à savoir les cervico-brachialgies intermittentes, les lithiases urinaires, les troubles digestifs fonctionnels ou encore les épisodes de vertige, ce médecin a considéré qu'elles ne pouvaient pas être considérées comme handicapantes au-delà de quelques jours. Quant à l'annonce d'une aggravation d'une BPCO, elle n'était pas confirmée par les examens effectués. En conclusion, le Dr L._____ a estimé que la situation

médicales du recourant ne s'était pas modifiée de manière significative depuis la décision du 13 septembre 2002 de l'OAI.

L'expertise du Dr L._____ se base sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur une anamnèse rigoureuse de même qu'il prend en compte les plaintes de l'assuré. Les diagnostics posés sont clairs et établis selon la classification CIM-10. La discussion du cas est présentée de manière systématique en mentionnant les autres avis médicaux figurant au dossier. Au regard de ces considérations force est de constater que ce rapport d'expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il convient donc de retenir que l'état du recourant ne s'est pas péjoré au plan somatique.

A l'inverse, les rapports des médecins consultés par le recourant sont bien moins complets, précis et motivés que l'expertise du Dr L._____. On rappellera en outre que ces rapports ont été pris en compte et discutés dans le cadre de cette expertise. Enfin, on constatera qu'ils ne font pas état d'éléments objectifs pertinents que cette expertise aurait ignorés, ce qui conduit la Cour de céans à les écarter.

b) Ainsi avec l'expert L._____, on retiendra que la situation du recourant peut être considérée comme inchangée par rapport à 2006, respectivement 2002, sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le recourant n'allègue aucun élément incapacitant de sorte que il n'y pas lieu d'examiner plus avant la question. La décision attaquée retient ainsi avec raison que son état de santé ne s'est pas aggravé dans une proportion telle que le droit à la rente allouée jusqu'ici s'en trouverait changé.

c) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une nouvelle expertise, de sorte que la requête formulée dans ce sens par le recourant doit être rejetée. Il en va de même de l'audition des témoins requis par une appréciation anticipée des preuves.

En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 1b 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence citée).

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 fr. (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. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que 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 rendue le 4 janvier 2012 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr (quatre cent francs) sont mis à la charge de G._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Jean-Emmanuel Rossel, avocat (pour G._____),
- 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).

Le greffier :