

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 février 2014

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Merz  
Greffier     :     M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 16 et 17 LPGA; 4 et 28 LAI, 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, ressortissant portugais titulaire d'un permis C, a travaillé en qualité de machiniste pour l'entreprise K. \_\_\_\_\_ au [...] jusqu'au 20 mai 2009. Le 25 mai 2005, il a déposé une première demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire en indiquant être atteint de surdité depuis cinq ans environ. Par décision du 26 septembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a indiqué prendre en charge les coûts de remise en prêt de deux appareils acoustiques conformément au niveau de déficience auditive affectant l'assuré.

Le 24 juin 2009, le dernier employeur de l'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'OAI au motif d'une incapacité de travail à 100 % dès le 20 mai 2009 due à un problème à l'épaule droite, attestée selon certificat médical du 28 mai 2009 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique.

A teneur d'un rapport médical du 13 août 2009, le Dr A. \_\_\_\_\_, chef de clinique du service d'orthopédie et de traumatologie au CHUV, a posé le diagnostic de lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Il décrivait des douleurs à l'épaule droite sans véritable amélioration après quatre mois de traitement conservateur, motivant la réalisation d'une infiltration sous-acromiale à but thérapeutique et pronostic. Selon une note manuscrite du Dr A. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009, les douleurs étaient réapparues après l'infiltration pratiquée justifiant un geste chirurgical (acromioplastie arthroscopique de l'épaule droite avec ténotomie du long-chef du biceps et résection de la clavicule distale) prévu le 13 novembre 2009.

En incapacité totale de travailler attestée médicalement, l'assuré a déposé, le 1<sup>er</sup> décembre 2009, une nouvelle demande de prestations AI.

Selon une note d'entretien téléphonique du 8 décembre 2009 d'un collaborateur de l'OAI avec l'assuré, ce dernier a communiqué qu'à la suite de l'intervention pratiquée le 13 novembre 2009, il devait, de l'avis de son médecin traitant, pouvoir reprendre son travail habituel de machiniste à fin janvier ou début février 2010.

Dans un rapport médical du 15 janvier 2010 établi à la suite d'un contrôle de l'assuré en date du 1<sup>er</sup> octobre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants:

"Conflit sous-acromial de l'épaule droite avec tendinopathie du long-chef du biceps et arthropathie AC.  
Statuts après acromioplastie arthroscopique de l'épaule droite avec ténotomie du long-chef du biceps et résection de la clavicule distale le 13.11.09.  
Status après infiltration de l'épaule droite.  
Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire (discopathie L2-L3 L4-L5).  
Status après luxation rétro-lunaire du carpe gauche opéré le 2.07.1996."

Le Dr C.\_\_\_\_\_ réservait son pronostic en fonction de l'évolution future consécutive à l'intervention chirurgicale du 13 novembre 2009 et renvoyait à cet effet, à l'avis des spécialistes ayant opéré son patient. Il joignait ainsi en annexe, un rapport médical du 4 décembre 2009 des Drs T.\_\_\_\_\_, médecin chef, A.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, médecin assistant du service d'orthopédie et de traumatologie au CHUV qui y décrivaient des suites simples et afebriles de l'opération pratiquée.

Dans un rapport médical du 22 janvier 2010, les Drs A.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, médecin chef du service d'orthopédie et de traumatologie au CHUV, ont retenu un pronostic favorable en indiquant qu'au dernier contrôle en janvier 2010, la mobilité de l'épaule droite était complète et symétrique, le traitement consistant alors en de la physiothérapie. Ils mentionnaient une reprise d'activité à 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2010, en évitant les travaux lourds et de mobilisation au-dessus du buste ainsi que les mouvements répétitifs.

A teneur du questionnaire pour l'employeur complété le 5 février 2010, l'entreprise K.\_\_\_\_\_ a notamment décrit comme il suit l'activité exercée pour son compte par l'assuré: Machiniste (effectué 34-66 % par jour) et aide au travail dans les fouilles (effectué 6-33 % par jour). Exigences physiques diverses (être assis 1-5 % par jour, marcher/rester debout/soulever ou porter des charges de 0 à 25 kg 34-66 % par jour). Le dernier employeur précisait également que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'assuré aurait perçu un salaire horaire de 39 fr. 85 (indemnité vacances à 13 % en sus) pour son activité exercée à raison de 42h. 50 par semaine.

A l'occasion d'un rapport médical du 12 mars 2010 adressé à l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit sur l'évolution de l'état de santé post-opératoire de l'assuré:

"Evolution:

L'évolution post-opératoire a été favorable dans un premier temps avec récupération complète de la fonction et baisse des douleurs. Après une tentative de reprise de travail à 50 % le 01.03.2010 comme ouvrier de chantier, le patient a développé des douleurs de l'épaule qui ont motivé un arrêt de travail total depuis le 10 mars 2010. Ce jour, le patient présente des douleurs de l'épaule droite à la mobilisation mais également au repos avec des douleurs nocturnes. Il poursuit des séances de physiothérapie avec un bon effet.

[...] Il reste à 100% d'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle dans 6 semaines."

Dans un rapport SMR (Service médical régional de l'AI) établi le 30 mars 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a retenu qu'en raison de son atteinte à l'épaule droite, l'assuré présentait une incapacité de travail à 100 % depuis le 20 mai 2009 dans son activité habituelle mais que dans une activité adaptée (pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de travaux de force avec le membre supérieur droit et pas de port de charges supérieures à 5 kg), sa capacité de travail résiduelle était de 100 %.

Par projet de décision du 27 août 2010, intégralement confirmé par décision rendue le 6 octobre 2010, l'OAI a rejeté le droit de

l'assuré à une rente d'invalidité. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"Résultat de nos constatations:

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de machiniste chez K.\_\_\_\_\_.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans votre activité habituelle.
- Toutefois, dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles, telle qu'une activité dans l'industrie légère, à hauteur d'établi, votre capacité de travail est de 100% depuis le mois de février 2010. En effet, vos limitations fonctionnelles sont les suivantes: pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de port de charges de plus de 5 kg.
- Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 55'114 fr. 59.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF 88'000.00		
avec invalidité	CHF 55'114.60		
La perte de gain s'élève à	CHF 32'885.40	=	un degré d'invalidité de 37.36%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Le 27 septembre 2010, l'assuré a demandé l'octroi d'une aide au placement à l'OAI. A teneur d'un rapport intermédiaire PLA du 23 mars 2011 de l'OAI, une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage d'un mois au sein de la société J.\_\_\_\_\_ au [...] a débuté le 18 avril 2011.

**B.** Au terme d'un formulaire intitulé "Niveau d'indication pour patients en âge AI" complété le 11 mai 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait état d'une péjoration de la surdité de l'assuré (surdité neurosensorielle sévère bilatérale).

Dans un rapport médical du 30 mai 2011 adressé à l'OAI, le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervicobrachialgie droite sur status post-acromioplastie et ténotomie du long-chef du biceps et résection acromio-claviculaire droite le 13 novembre 2009. Ce médecin a notamment indiqué ce qui suit en relation avec la reprise d'une activité par l'assuré:

"Problèmes et attitude

Le patient présente une décompensation douloureuse après reprise d'une activité professionnelle lourde. Pour cette raison, ne peut finir son travail à 100 % dès le 26.05.2011 et prescrit des séances de physiothérapie à but antalgique anti-inflammatoire. Je reverrai M. Q. \_\_\_\_\_ le 07.07.2011 pour planification de la suite du traitement. Pour son avenir professionnel, une reprise de travail dans un métier manuel lourd sera difficilement réalisable et ce probablement définitivement. Aurez-vous l'amabilité de convoquer le patient pour une réévaluation de son dossier."

Le 17 octobre 2011, le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies bilatérales à prédominance gauche, de status post-acromioplastie et ténotomie du long-chef du biceps et résection acromio-claviculaire droite le 13 novembre 2009, de lombalgies avec discopathie L2-L3 et L4-L5, de surdité de perception symétrique bilatérale avec otite moyenne aiguë perforée. Compte tenu de ces diverses affections, il se prononçait comme il suit sur l'état de santé de l'assuré:

"Problèmes et attitude

Pour ce qui est des douleurs ostéoarticulaires, compte tenu de leurs caractères inflammatoires, je propose de poursuivre les séances de physiothérapie.

Le patient est actuellement au chômage avec des restrictions de charges de plus de 2 à 5 kg, de mobilisation des deux épaules au-dessus du buste et de mouvements répétitifs. Ces restrictions prennent en considération uniquement les douleurs de l'épaule mais à ceci doit être rajouté une limitation au niveau de la colonne lombaire empêchant la station debout prolongée ainsi que la marche, sans oublier la surdité.

Dans la situation actuelle, un retour dans la vie professionnelle me semble compromis. Je vous sollicite pour une réévaluation du dossier de ce patient afin de trouver une solution durable.

Je reverrai M. Q. \_\_\_\_\_ après ses interventions chirurgicales dans le service d'ORL [oto-rhino-laryngologie] du CHUV et ne manquerai pas de vous tenir au courant du suivi médical."

Selon un protocole opératoire du 7 novembre 2011 rédigé par le Dr S. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service ORL et chirurgie cervico-faciale - Hospitalisation du CHUV, l'assuré avait subi, le 20 octobre 2011, une intervention chirurgicale en relation avec ses problèmes auditifs sous la forme d'une tympanoplastie de type I droite par voie rétro-auriculaire (facia temporal), lyse d'adhérence dans la caisse du tympan, antrotomie et plastie d'élargissement du CAE.

Dans un rapport médical du 16 janvier 2012 - à teneur quasi identique à celle de son précédent rapport du 17 octobre 2011 -, le Dr A. \_\_\_\_\_ a précisé s'agissant des empêchements consécutifs aux diagnostics posés que la limitation au niveau de la colonne lombaire empêchait "la station debout et la marche prolongée" de l'assuré.

Le 15 février 2012, l'assuré a formulé une demande de révision de son dossier médical auprès de l'OAI en se référant aux "nouvelles pathologies" évoquées dans le rapport médical du 17 octobre 2011 du Dr A. \_\_\_\_\_.

A l'occasion de l'examen de cette demande de révision, dans un avis médical SMR du 22 février 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, s'est déterminé comme il suit sur la base du dossier médical de l'assuré:

"[...] Il [M. Q. \_\_\_\_\_] présentait selon le Dr A. \_\_\_\_\_, chirurgien Chuv, le 18.04.11, une amélioration de l'épaule D sous traitement qui permettait d'envisager une reconversion professionnelle. Ce dernier annonçait le 30.05.11 que l'assuré avait repris comme machiniste, ce qui avait entraîné une rechute au niveau de l'épaule D. Le 17.10.11, il annonce en plus des lombalgies sur discopathies L2-L3 et L4-L5. Il dit que la situation est stable au 16.01.12 sur le plan orthopédique. Parallèlement à cette histoire, il existait selon l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_, ORL, le 11.05.11, une péjoration d'origine neurosensorielle de l'audition. Puis une aggravation avec rupture de membrane tympanique ddc intervient en oct. 11 dans un contexte d'otite moyenne aiguë. Une tympanoplastie se déroule le 07.11.11 [recte: 20 octobre 2011] selon le Dr S. \_\_\_\_\_, ORL. Nous ignorons les résultats de cette opération et de la péjoration de la surdité sur le plan ORL en termes d'incapacité. L'IT[incapacité de travail] est fixée au 26.05.11. L'IT serait de 100% depuis. La CT dans l'activité habituelle est toujours nulle, nous

sommes d'accord; dans l'activité adaptée, elle serait nulle depuis le 26.05.11. Les LF sont les suivantes: cf. p1 du RM du 30.03.10. Au total, il est nécessaire d'instruire. Merci de nous faire parvenir un rapport médical complet avec status détaillé du Dr A.\_\_\_\_\_, chirurgien Chuv et du Dr S.\_\_\_\_\_, ORL en leur demandant de bien préciser la CT adaptée exigible actuelle avec les LF, et ceci chacun dans leur domaine respectif. [...]"

Le 27 mars 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur d'un bon pronostic à la suite de la tympanoplastie pratiquée le 20 octobre 2011. Ce spécialiste ne retenait ainsi pas d'influence sur l'activité exercée par l'assuré dès la mise en place d'un appareillage auditif adapté, soit depuis le 30 novembre 2011.

Dans un rapport médical du 4 avril 2012 à l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions complémentaires qui lui étaient posées:

"[...]

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée?

Le patient est 100% apte à travailler dans une activité adaptée, c'est-à-dire à une activité sans nécessité de port de charges de plus de 2-5 kg, de mobilisations de l'épaule au-dessus du buste ou de mobilisations répétitives de cette épaule.

Quelles sont les limitations fonctionnelles à tenir en compte?

Pas de port de charges de plus de 2-5 kg, de mobilisations de l'épaule au-dessus du buste ou de mobilisations répétitives de cette épaule.

Etat de santé:

## 1. Rapport

### 1.1

Cause de l'incapacité de travail:

Maladie

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

- Cervicobrachialgies bilatérales à prédominance G.
- Statut post-acromioplastie, ténotomie du long chef du biceps et résection acromio-claviculaire droite le 13.09.2009.
- Lombalgies avec discopathie L2-L3 et L4-L5.
- Surdité de perception symétrique bilatérale avec otite moyenne aiguë perforée.

[...]

### 1.6

Incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité exercée en tant que:

100% d'arrêt de travail jusqu'au 06.07.2011. Reprise de travail à 100% dès le 07.07.2011 avec les restrictions citées ci-dessus.

### 1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Impossibilité de faire des travaux manuels nécessitant des efforts au niveau des deux épaules.

Comment se manifestent-elles au travail?

Patient travailleur de force.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

Non.

A quel degré?

Le rendement y est-il réduit?

Si oui, pourquoi? Dans quelle mesure?

Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible?

En évitant les travaux lourds avec port de charges de plus de 2-5 kg, la mobilisation des épaules au-dessus du buste ou les mobilisations répétitives des épaules, le patient est 100% apte au travail.

### 1.8

Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

Non.

Si oui, lesquelles?

Quel effet ont ces mesures sur la capacité de travail?

### 1.9

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?

Non.

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré? [...]"

Selon un avis médical SMR du 27 avril 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, s'est exprimé comme il suit sur les indications transmises par les médecins suivant l'assuré:

"Nous sommes dans le cadre d'une révision sur demande du 15.2.2012.

L'atteinte ORL (surdité neurosensorielle bilatérale) est sans incidence sur la capacité de travail si elle est correctement appareillée.

Dans le rapport SMR du 30.3.2010, nous avons admis une incapacité de travail totale comme machiniste de chantier, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis février 2010.

La demande a donc été rejetée par décision du 6.10.2010.

Une décompensation est annoncée après la reprise d'une activité professionnelle inadaptée, justifiant un arrêt de travail depuis le 26.5.2011.

Selon le Dr A. \_\_\_\_\_, sa capacité de travail dans une activité adaptée est à nouveau entière depuis le 7.7.2011.

Limitations fonctionnelles: port de charge limité à 5 kg, pas de travail au-dessus de l'horizontale, pas de mobilisation répétitive de l'épaule droite.

Nous nous rallions à ces indications."

Au terme d'un "rapport d'expertise ORL post-appareillage" du 31 mai 2012, le Dr P. \_\_\_\_\_ a observé d'excellents résultats auditifs chez l'assuré compte tenu de la péjoration datant de 2011.

Le 5 octobre 2012, l'OAI a indiqué mettre fin à la mesure d'aide au placement accordée au motif que la réinsertion de l'assuré sur le marché du travail dans un délai convenable s'était révélée impossible.

Par projet de décision du 10 octobre 2012, l'OAI a refusé le droit à la rente. Se ralliant à l'avis médical SMR précité, il considérait que la situation médicale de l'assuré n'avait pas significativement changé par rapport à celle datant de sa décision rendue le 6 octobre 2010, sa capacité de travail étant toujours de 100 % dans une activité adaptée d'où un degré d'invalidité maintenu à 37.36 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente AI.

Le 18 octobre 2012, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet de décision précité, lequel ne tenait notamment pas compte de la perte de son audition. Il a ainsi produit:

- Un certificat médical du 25 juin 2012 et un autre du 5 octobre 2012 établis par le Dr P. \_\_\_\_\_, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"[...] En 2005, appareillage acoustique en stéréophonie en raison de la péjoration de son audition, prise en charge par l'Al. A ce moment-là, sa perte auditive était de 40% à droite et 60% à gauche. Evolution défavorable de son audition et renouvellement de son appareillage en 2011 avec, à ce moment-là, une perte de 65% à droite et 60% à gauche.

Selon les documents en ma possession, le patient fait ensuite une otite moyenne aiguë perforée bilatérale dans le cours de l'été 2011 avec une très nette péjoration auditive, puisque les seuils auditifs s'élèvent alors selon l'audiogramme du CHUV, aux alentours de 75 à 78 dB pour une oreille et 90 à 100 dB dans les bandes conversationnelles. Il est hospitalisé et pris en charge avec une récupération partielle.

A l'audiogramme tonal pratiqué cette année en septembre, la perte auditive consécutivement à cette infection est passée à 80% à droite et 85% à gauche.

Même appareillé, le patient présente toujours une perte auditive en audiométrie vocale de quelques 40%. [...]"

- Un rapport médical du 15 décembre 2011 établi par le Dr S. \_\_\_\_\_ à la suite d'une consultation d'otologie du 18 août 2011 qui pose les diagnostics d'otite moyenne aiguë perforée au décours et de surdité de perception symétrique bilatérale appareillée. Ses constatations en relation avec l'état de santé ainsi que le traitement prodigué sont les suivantes:

"Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente une inflammation actuellement sub-aiguë des deux oreilles moyennes et des conduits auditifs avec une perforation tympanique. L'évolution reste lentement favorable selon l'histoire que j'ai pu reconstruire (a été vu à plusieurs [reprises] à la PMU puis en policlinique ORL). Néanmoins le status reste toujours inflammatoire, le frottis du 12.07 montrait des Staph sensibles à l'Augmentin. Dans ce contexte, je propose de poursuivre l'Augmentin et change de ses appareils auditifs et de se protéger les oreilles pour la douche. Je le reverrai en contrôle dans une semaine en consultation d'otologie. Dans l'intervalle, je remercie le Dr P. \_\_\_\_\_ de nous faire parvenir une copie du dernier audiogramme de ce patient en sa possession pour évaluer si il y a une péjoration de l'atteinte de perception. Je vous informerai des suites. [...]"

Par décision du 19 novembre 2012, l'OAI a confirmé le rejet de la rente Al en précisant notamment que l'assuré avait été appareillé de sorte que l'atteinte ORL n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail.

Il confirmait ainsi sa position dans le sens du maintien d'un degré d'invalidité à 37.36 %.

**C.** Par acte du 4 janvier 2013, Q. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus rendue le 19 novembre 2012. Il conclut, avec dépens, principalement, à la reconnaissance de son droit à une rente et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée avec renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise tendant à évaluer la capacité de travail résiduelle, puis nouvelle décision. Il reproche en premier lieu à l'intimé, de ne pas avoir tenu compte de ses problèmes de surdité dans l'évaluation de son invalidité. Il expose ainsi que l'OAI n'aurait nullement pris en considération les deux nouveaux certificats médicaux des 25 juin et 5 octobre 2012 transmis postérieurement au projet de décision du 10 octobre 2012. Sur le plan somatique, l'OAI n'aurait également pas pris en considération l'ensemble de ses limitations fonctionnelles attestées selon les rapports médicaux des 17 octobre 2011 et 16 janvier 2012 du Dr A. \_\_\_\_\_. Ce dernier y précise pourtant que l'assuré ne peut rester debout ou marcher de manière prolongée et que sa surdité doit être prise en compte. Il conteste pour terminer la détermination de son degré d'invalidité en lien avec la prise en compte de l'abattement de 10 % déterminé selon décision de refus du 6 octobre 2010. A le suivre, ses limitations auraient évolué en ce sens que vu son âge actuel (58 ans), ses chances de retrouver un travail se seraient amenuisées et que d'autre part, ses difficultés en français le pénaliseraient dans ses recherches. Il s'étonne par ailleurs que sa perte auditive actuelle ne soit pas prise en compte en tant que facteur de handicap.

Dans sa réponse du 4 mars 2013, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il relève que dans un avis SMR du 22 février 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ observe que l'atteinte auditive n'a pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Ce médecin est d'avis que la perte auditive entraîne uniquement des limitations fonctionnelles dans des activités où les échanges verbaux

et les perceptions sonores figurent au premier plan (accordeur de pianos, téléphoniste, p. ex.). L'intimé indique en outre que le rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_ ne prend pas position sur d'éventuelles restrictions qui pourraient résulter en termes de capacité de travail, contrairement à son rapport postérieur du 27 mars 2012 dont il résulte que la capacité de travail résiduelle resterait intacte moyennant le bénéfice d'un appareillage auditif adapté. L'OAI estime ensuite que les limitations fonctionnelles retenues l'ont été sur la base du rapport médical du 4 avril 2012 du Dr A.\_\_\_\_\_, postérieur à ceux des 17 octobre 2011 et 16 janvier 2012 du même médecin auxquels le recourant se réfère. Le Dr F.\_\_\_\_\_ observe par ailleurs que ces limitations ont été retenues par le SMR au terme de son avis du 27 avril 2012. S'agissant pour terminer des griefs élevés en lien avec l'abattement de 10 % appliqué, l'intimé note que le critère de l'âge n'est pas déterminant en présence d'un niveau de qualification 4 selon l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) et relève que le parcours professionnel du recourant démontre que l'assuré dispose d'une capacité d'adaptation l'ayant amené à œuvrer pour le compte d'un certain nombre d'employeurs. Quant au manque de formation et à la mauvaise maîtrise de la langue française, de tels facteurs ne peuvent être considérés comme déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles de la part du recourant. Partant, les griefs avancés ne sauraient justifier de tenir compte d'un niveau d'abattement supérieur à celui de 10 % retenu en l'espèce.

Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti au 8 avril 2013 par la Cour de céans.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'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 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.

**b)** 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 de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision de refus rendue le 19 novembre 2012 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise 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.** Le litige, relatif au droit du recourant à une rente d'invalidité, porte sur les atteintes à la santé et leur incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision de refus du 6 octobre 2010 entrée en force et la décision litigieuse du 19 novembre 2012.

**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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une

activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

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 (tel qu'en vigueur jusqu'au

31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

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 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

**3. a)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

**b)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**4.** En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente et la décision litigieuse du 19 novembre 2012. Pour sa part, le recourant soutient que tel serait le cas si l'on tient compte de l'ensemble des atteintes à sa santé (en particulier sa surdité) considérant implicitement qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle et ajoutant que la mise en oeuvre d'une expertise s'impose compte tenu de l'aggravation de son état de santé tant sur le plan oto-rhino-laryngologique que sur le plan somatique.

**a)** Par décision du 6 octobre 2010, confirmant en ce sens un projet du 27 août 2010, l'Office AI a considéré que la capacité de travail et de gain de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais que dans une activité de l'industrie légère adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale,

pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de port de charges supérieures à 5 kg), il disposait d'une capacité de travail résiduelle à 100 % depuis février 2010. Partant après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles (revenu sans invalidité [88'000 fr.] et avec invalidité [55'114 fr. 60, compte tenu d'un abattement de 10 %]), il en résultait un degré d'invalidité de 37.36 %.

Sur le plan oto-rhino-laryngologique, le Dr P.\_\_\_\_\_ annonce une péjoration de surdité du recourant (cf. formulaire complété le 11 mai 2011) qui compte tenu de son évolution, va finalement donner lieu à une tympanoplastie pratiquée par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 20 octobre 2011.

S'agissant du plan orthopédique, le Dr A.\_\_\_\_\_ observe une décompensation douloureuse après une tentative de reprise professionnelle lourde qui conduit à un arrêt de travail à 100 % du recourant depuis le 26 mai 2011 avec mise en œuvre d'un traitement de physiothérapie (cf. rapport médical du 30 mai 2011 du Dr A.\_\_\_\_\_). Les 17 octobre 2011 et 16 janvier 2012, ce spécialiste pose les diagnostics de cervicobrachialgies bilatérales à prédominance gauche, de status post-acromioplastie et ténotomie du long-chef du biceps et résection acromioclaviculaire droite le 13 novembre 2009, de lombalgies avec discopathie L2-L3 et L4-L5, de surdité de perception symétrique bilatérale avec otite moyenne aiguë perforée. Il énonce les restrictions suivantes: pas de port de charges de plus de 2-5 kg, pas de mobilisation des deux épaules au-dessus du buste et pas de mouvements répétitifs. A ces limitations, s'ajoutent une limitation au niveau de la colonne lombaire (pas de station debout prolongée et pas de marche) ainsi que la surdité affectant le recourant.

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de sorte que l'ensemble des avis médicaux au dossier a ensuite été examiné puis apprécié par les médecins du SMR (cf. avis médical du 22 février 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_). Ces derniers ont alors estimé nécessaire d'instruire davantage afin de pouvoir se prononcer en toute

connaissance de cause quant à l'incidence des affections sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

Ainsi, le Dr S.\_\_\_\_\_ se prononce le 27 mars 2012, en faveur d'un pronostic favorable et il précise que la capacité de travail de l'assuré reste sans modification moyennant la mise en place d'un appareillage auditif adapté. Quant au Dr A.\_\_\_\_\_ il indique, dans son rapport complémentaire du 4 avril 2012, une capacité de travail résiduelle du recourant de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que précédemment évoquées. Il est ainsi d'avis que l'intéressé bénéficie d'une pleine capacité de travail dès le 7 juillet 2011 moyennant respect des restrictions mises en évidence et précise que celles-ci ne sauraient être améliorées par des mesures de réadaptation professionnelle. Forts de ces conclusions, les médecins du SMR s'y rallient au terme de leur avis médical du 27 avril 2012. Le 31 mai 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait part d'excellents résultats auditifs chez le recourant (cf. rapport d'expertise ORL post-appareillage du 31 mai 2012).

**b)** Sous l'angle oto-rhino-laryngologique, les certificats médicaux des 25 juin et 5 octobre 2012 établis par le Dr P.\_\_\_\_\_ à la demande du recourant ne font pas état d'éléments objectifs qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ communiquées le 27 mars 2012. Ces dernières constatations, au demeurant postérieures à celles sur lesquelles se base le recourant ne contredisent d'ailleurs pas celles du 31 mai 2012 de ce même Dr P.\_\_\_\_\_ qui y précise avoir observé d'excellents résultats auditifs après appareillage du recourant. En tout état de cause, il n'existe aucun motif permettant de retenir une quelconque incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée, la perte auditive entraînant exclusivement des limitations dans certaines activités bien spécifiques où les échanges verbaux et les perceptions sonores figurent au premier plan (cf. avis SMR du 22 février 2013). De plus, dans son rapport du 15 décembre 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur d'éventuelles restrictions sur la capacité de travail mais reste au contraire dans l'attente sur ce point d'un

audiogramme du Dr P.\_\_\_\_\_ afin d'"évaluer si il y a une péjoration de l'atteinte de perception".

**c)** Sous l'angle orthopédique, force est de constater que les rapports médicaux des 17 octobre 2011 et 16 janvier 2012 du Dr A.\_\_\_\_\_ sur lesquels se base le recourant sont antérieurs à celui complémentaire de ce même spécialiste du 4 avril 2012 qui y constate alors une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que précédemment évoquées (pas de port de charges de plus de 2-5 kg, pas de mobilisation des deux épaules au-dessus du buste, pas de mouvements répétitifs, pas de station debout prolongée et pas de marche). Ces dernières conclusions ont par la suite été dûment examinées puis approuvées par le SMR dans son avis médical du 27 avril 2012.

**d)** Finalement, l'avis médical SMR du 27 avril 2012 - lequel se rallie aux constatations et conclusions des 27 mars 2012 et 4 avril 2012, respectivement des Drs S.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ -, complété par le rapport d'expertise ORL post-appareillage du 31 mai 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_ se fonde sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier. L'appréciation du cas est cohérente et claire, tenant en particulier compte de la totalité des avis des médecins consultés. Ainsi, ses constatations et conclusions s'avèrent-elles objectives, scientifiques et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3a-b supra.

Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, 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 alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). Ainsi la mise en œuvre par la présente Cour d'une nouvelle

expertise, telle qu'évoquée par le recourant, n'est pas nécessaire pour statuer.

**e)** En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier les avis médicaux du SMR, la Cour de céans constate que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'aggravation de l'état de santé postérieurement à la première décision de refus de rente du 6 octobre 2010 n'est finalement pas rendue vraisemblable.

**5.** A ce stade, il reste à examiner si l'abattement de 10 % tel que retenu par l'OAI pour le calcul du revenu d'invalidé raisonnablement exigible de la part du recourant est conforme au droit.

Il convient d'observer que les limitations fonctionnelles affectant le recourant ont déjà été prises en compte dans le taux d'activité de 100 % retenu dans l'exercice d'une activité adaptée. Même s'il est exact qu'il est étranger, et maîtrise moyennement la langue française, il n'en demeure pas moins titulaire d'un permis C et vit en Suisse depuis 1985. De plus, les problèmes linguistiques ne forment pas des critères qu'il importe de prendre en considération pour l'accomplissement d'activités simples dans le cadre de l'abattement (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c; TF 9C\_382/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.3; TFA I 805/2005 du 30 novembre 2006, consid. 5.2 et 5.3). Il ressort par ailleurs de l'extrait de son compte individuel (CI) qu'au fil de sa carrière, il a œuvré pour le compte de divers employeurs différents. Quant au critère de l'âge invoqué en l'espèce, il n'a que peu de poids en présence d'un niveau de qualification 4 selon l'ESS, dans la mesure où de telles catégories de travailleurs ne sont pas recherchées sur le marché du travail en fonction de leur âge et où leur salaire a tendance à augmenter jusqu'à l'âge de 65 ans, ce qui implique que les revenus réels perçus par les travailleurs les plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (cf. TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008, consid. 5.2.2.2 et U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4). Quoiqu'il en soit, que l'on se fonde sur l'âge du recourant au moment de la première décision de refus de rente (55 ans et

deux mois) ou sur son âge au moment de la décision litigieuse (57 ans et quatre mois), il demeure que l'assuré n'est pas suffisamment proche de l'âge donnant droit à une rente de vieillesse (65 ans révolus pour les hommes, cf. art. 21 al. 1 let. a LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10]) pour que l'on doive considérer qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché équilibré (cf. pour un cas d'admission, TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence citée, concernant un assuré âgé de près de 60 ans au moment de la naissance du droit à la rente, et de 61 ans et 5 mois au moment de la décision litigieuse). Par surabondance, le fait que l'assuré dépose une nouvelle demande AI n'impose pas de tenir compte de l'avancement de son âge par rapport à sa précédente demande AI, dès lors qu'il est constaté – tel qu'en l'espèce – l'absence d'une aggravation de l'état de santé en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée. Un raisonnement contraire aurait pour incidence d'avantager le recourant par rapport aux assurés qui conscients, respectivement admettant, d'un état stable de leur santé, ne déposent (à juste titre) pas de nouvelle demande AI (cf. CASSO AI 29/13 – 14/2014 du 27 janvier 2014, consid. 4d et les références citées). Aussi, au vu également du contexte personnel et professionnel de l'intéressé, la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé, sous déduction d'un abattement de 10 %, paraît objectivement exigible.

Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il en résulte un revenu avec invalidité de 55'114 fr. 60. En comparant ce revenu avec le revenu sans invalidité de 88'000 fr., il en découle une perte de gain de 32'885 fr. 40, soit un taux d'invalidité de 37.36 % qui n'ouvre pas le droit à la rente.

**6.** Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, on retiendra que par rapport aux circonstances qui ont justifié le refus d'un quart de rente d'invalidité en octobre 2010, la situation du recourant ne s'est pas modifiée, à tout le moins que son état de santé n'a pas subi de détérioration significative (au sens de l'art. 17

LPGA) ayant une incidence sur son droit à la rente. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**7. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de 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. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé, au demeurant non assisté par un avocat, n'obtient pas gain de cause (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 déposé le 4 janvier 2013 par Q. \_\_\_\_\_ est rejeté.

**II.** La décision rendue le 19 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q.\_\_\_\_\_.

**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 :

- Q.\_\_\_\_\_,
- 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 :