

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juillet 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Misteli, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 28 LAI ; 17 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** En raison de douleurs dorsales, K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, s'est retrouvé en totale incapacité de travail à partir du 29 mai 2008 dans son emploi d'assistant social, poste qu'il occupait à 80 %. Il a pu reprendre cette activité à mi-temps dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le 10 février 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 27 avril 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un status post-spondylodèse postérieure L5-S1 effectuée en 1994 et un status post implants interépineux pour lombalgie persistante en octobre 2008 et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un status post opération hallux valgus bilatéral en 2000 ainsi que des gonalgies sur méniscose (status post arthroscopie en 2007 et 2009). Son état s'était nettement amélioré et il avait pu reprendre son activité professionnelle à plein temps à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009. Il ne devait pas travailler en position uniquement assise ou debout, ni en se penchant, en effectuant des mouvements de rotation ou en étant à genoux. Son port de charges était limité à 15 kg.

Par décisions du 8 février 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, étant donné qu'il avait pu reprendre son activité habituelle à plein temps.

**B.** Le 3 novembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI au motif qu'il était à nouveau en incapacité de travail à 50 % depuis l'été 2010.

Dans des rapports médicaux des 17 juin et 24 novembre 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était significativement dégradé avec l'apparition d'une insuffisance segmentaire L2-L3, une diminution de l'effet des DIAM (dispositif intervertébral d'assistance au mouvement) L3-L4 et L4-L5 par résorption osseuse et une apparition de cervicobrachialgies bilatérales. Il estimait que l'assuré ne pourrait pas travailler à plus de 50 % à long terme.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans une attestation médicale du 15 novembre 2010, que la situation s'était aggravée avec de violentes douleurs lombaires et des contrecoups psychologiques. Il a retenu, dans un rapport médical du 3 janvier 2011, en plus du status post-spondylodèse postérieure L5-S1 et du status post implants inter-épineux L3-L4-L5 pour lombalgies persistantes, une insuffisance segmentaire L2-L3 depuis 2010 ayant nécessité des blocs facettaires itératifs. L'assuré présentait également un état dépressivo-anxieux secondaire récurrent. Il était en totale incapacité de travail depuis le 22 novembre 2010 et pourrait reprendre son activité habituelle à 50 % vraisemblablement vers février-mars 2011. Il ne devait pas rester plus de 30 à 45 minutes en position assise, ne pouvait pas travailler en position uniquement debout, ni en marchant sur un terrain irrégulier, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation, sur une échelle ou un échafaudage et ne devait pas porter des charges supérieures à 15 kg. Sa capacité de concentration et sa résistance étaient limitées en fonction des douleurs.

Dans un rapport médical du 2 février 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), existant depuis 1994. Il a notamment mentionné les éléments suivants :

Le patient fait son âge et est correctement habillé. Il présente une légère méfiance lors des premiers entretiens car le corps médical en général l'aurait largement déçu n'ayant pas pu soulager ses douleurs. Il paraît triste, épuisé et désespéré et se plaignant des

pertes sur de nombreux plans de sa vie professionnel[le], et de loisirs. La douleur prend également beaucoup de place. Il est moyennement motivé d'effectuer un travail psychothérapeutique sur lui en expliquant que sa vie serait épanouie sans les douleurs. Après une période de thérapie, les capacités d'introspection et d'insight lui permettent de faire des liens avec ses douleurs, ses difficultés avec les représentations d'autorité et avec son père. Son intelligence est dans la fourchette supérieure de la norme et il présente des ressources pour travailler sur lui. Il présente des troubles du sommeil et de l'appétit provenant des douleurs et des médicaments contre celles-ci, il n'y a pas de honte ou de culpabilité verbalisé[es] mais la perte de sa capacité de travail est vécue selon ses dires avec ses sentiments. Les idées noires voire suicidaires sont en toile de fond et il fait allusion à la possibilité d'un passage à l'acte auto-agressif si le corps médical ne va pas dans le moyen terme pouvoir l'aider efficacement de trouver son état d'avant. Il se plaint de fatigue chronique, d'irritabilité et de sensation de colère. Il parle de ses passe-temps préférés [...]

L'incapacité de travail pour trouble psychique était de 50 %. A part la symptomatologie douloureuse, le patient se plaignait de ruminations de craintes de devenir handicapé en fauteuil roulant, des angoisses et des émotions oscillant entre tristesse et colère qui l'entravaient sensiblement dans ses capacités de concentration et de mémoire ainsi que sa résistance à la fatigue.

Une intervention de stabilisation dynamique L2-L3 et L3-L4 avec plastie interépineuse aux deux niveaux a été effectuée le 3 février 2011 par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 27 avril 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré demeurait fragile dans un équilibre précaire, qu'il souffrait d'un épisode actuel moyen de son trouble dépressif récurrent (F33.1) ainsi que d'autres modifications durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique (F62.9). Il présentait des moments de tristesse et colère avec irritabilité et labilité de l'humeur en réaction aux pertes (professionnelles, familiales et de loisirs) à cause de son handicap physique. Le Dr M.\_\_\_\_\_ évoquait chez l'assuré des troubles du sommeil liés à la douleur et aux réaménagements de sa vie imposés par ses douleurs dorsales, des idées noires par moments, de l'anxiété, des tensions et difficultés relationnelles. Il y avait toujours une

perte relative de l'élan vital et une aboulie avec anhédonisme par moments.

Le 2 mai 2011, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait pu reprendre son travail à 50 % dès le 11 avril 2011.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_ a exposé, le 9 mai 2011, que l'évolution était bonne depuis l'opération du 3 février 2011 avec une disparition des sciatalgies, que les douleurs pouvaient réapparaître en cas de position statique ou de périodes d'activité prolongées et que la capacité de travail de l'assuré était d'au maximum 50 % dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 23 mai 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, qui était adaptée.

Par décisions des 5 décembre 2011 et 14 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011.

**C.** Par courrier du 26 février 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé en fin d'année 2014 et qu'il était en totale incapacité de travail depuis le 14 janvier 2015. Il présentait des rachialgies rebelles sur discopathies étagées, un status post maintes opérations et une insuffisance segmentaire. Ses dorso-lombalgies l'empêchaient de rester en position assise plus de 30 minutes.

Dans un rapport médical du 3 février 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a mentionné que les radiographies fonctionnelles montraient des implants bien en place et une minime insuffisance segmentaire L1-L2. Il attribuait les douleurs à un excès de position statique, surtout assise, et précisait que l'adaptation de son poste de travail ne semblait plus possible. Une reprise du travail ne lui semblait pas possible.

Par courrier du 2 mai 2015, l'assuré a sollicité la révision de sa demi-rente d'invalidité, compte tenu de sa totale incapacité de travail.

L'OAI a requis des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport médical du 5 juin 2015, que l'assuré était en totale incapacité de travail, vraisemblablement de manière définitive, en raison de l'augmentation de ses lombalgies. Il posait comme diagnostics des discopathies étagées L3 jusqu'à L5, status après implants, une insuffisance segmentaire L1 à L3 et un état dépressivo-anxieux secondaire aux troubles somatiques. Les douleurs lombaires survenaient dès 30 minutes de position assise ou debout statique et obligeaient l'assuré à s'aliter. De l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, une activité adaptée était introuvable en raison de l'état et de l'âge de l'assuré.

Dans un rapport médical établi le 29 juin 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ retenait les diagnostics de lombalgies et insuffisance segmentaire L2-L3 et L3-L4. L'évolution clinique et radiologique était bonne. Il notait comme restrictions que la position assise continue était limitée à 1 heure et la position statique debout limitée à 2 heures. L'assuré devait fréquemment changer de position, ne pas porter de charges supérieures à 10 kg et éviter les positions en porte-à-faux ainsi qu'en rotation du bassin ou des épaules. Sa capacité de travail était estimée entre 25 % et 50 % d'un plein temps. Le Dr F. \_\_\_\_\_ relevait que l'état de l'assuré était assez stable depuis qu'il travaillait à 50 %, mais se péjorait dès qu'il restait trop statique, surtout assis.

Sur le plan psychique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exposé dans un rapport médical du 17 juillet 2015 que le patient s'épuisait, qu'il n'avait plus de stratégies ou de ressources pour faire face aux situations de stress ou de pression et que son état de santé psychique s'aggravait. Il présentait de la tristesse et des idées noires lors de l'augmentation des

douleurs, de l'anxiété, des troubles de la mémoire et de la concentration, une irritabilité et des difficultés relationnelles avec ses collègues. Le Dr M.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Il considérait que la capacité de travail de l'assuré était nulle, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Dans son avis médical du 15 février 2016, le SMR a jugé qu'un complément d'instruction était nécessaire sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport médical du 2 mars 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a précisé que l'état psychique de l'assuré était très fluctuant, surtout en fonction des douleurs et des facteurs stressants de la vie quotidienne. Il voyait son patient à raison d'un entretien de soutien trimestriel. L'assuré avait un médicament en réserve pour les troubles du sommeil et tolérait très mal les psychotropes. Il réussissait à peine durant une heure à effectuer une activité soutenue qui nécessite de la concentration ou un effort physique. Ses limitations fonctionnelles étaient importantes et sa capacité de travail nulle pour une période durable.

Le 23 mars 2016, le SMR a estimé que sur le plan somatique, l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ plaidait pour une relative stabilité et que les déclarations du psychiatre n'étaient pas suffisamment étayées pour retenir une aggravation objective de l'état de santé au vu des rapports médicaux antérieurs qui avait déjà justifié la reconnaissance d'une incapacité de 50 %. Il concluait que l'aggravation annoncée n'était pas médicalement recevable.

Le 29 mars 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant d'augmenter sa rente d'invalidité.

Par courrier du 13 avril 2016, l'assuré a sollicité un entretien à l'OAI afin d'obtenir des renseignements sur l'évaluation de sa situation médicale. Dans le cadre d'une conversation téléphonique du 18 avril 2016,

l'OAI l'a informé qu'un entretien avec le SMR n'était pas possible et a convenu avec lui que son dossier soit transmis au Dr M.\_\_\_\_\_.

Par décision du 30 mai 2016, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente versée à l'assuré, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de son état de santé.

**D.** K.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 30 juin 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a conclu à la réforme de cette décision en ce sens qu'un trois-quarts de rente d'invalidité au moins lui soit octroyé à partir du 18 mars 2015, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise indépendante puis nouvelle décision. Il a fait savoir qu'il était difficile de trouver un traitement antidouleur adapté et qu'il avait notamment fait une forte réaction à ses médicaments en janvier 2016. Il a allégué que les rapports médicaux produits concluaient à une aggravation de son état de santé et à une incapacité de travail supérieure à 50 %, que son assureur perte de gain avait admis une totale incapacité de travail et que l'OAI ne pouvait s'écarter de tous ces avis sans justification et sans ordonner une expertise indépendante ainsi qu'une évaluation sur son lieu de travail. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'OAI, d'une part, de ne pas avoir donné suite à sa demande d'entretien et, d'autre part, de ne pas avoir motivé sa décision ni expliqué pourquoi il s'écarterait des rapports médicaux produits.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 12 septembre 2016 et en a proposé le rejet. Il a considéré que les informations fournies par les médecins avaient suffi à apprécier la situation du recourant sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise. Il a rappelé qu'il avait pris contact par téléphone avec le recourant suite à sa demande d'entretien et que celui-ci avait accepté que son dossier soit envoyé au Dr M.\_\_\_\_\_, afin qu'il puisse se déterminer. Finalement, il considérait que la décision litigieuse expliquait très clairement pourquoi il n'avait pas retenu l'aggravation dont se prévalait le recourant.

Dans sa réplique du 30 septembre 2016, le recourant a repris les arguments de son recours et précisé que c'était l'OAI qui lui avait proposé une entrevue dans le projet de décision.

Par duplique du 19 octobre 2016, l'OAI a relevé que le SMR avait produit deux avis médicaux dans lesquels il avait discuté et expliqué les rapports médicaux produits. S'agissant du défaut de motivation allégué, l'OAI estimait que le recourant avait pu identifier les conclusions médicales sur lesquelles il s'était appuyé pour statuer et qu'il avait pu valablement les contester.

Par courrier du 25 novembre 2016, le recourant a versé en cause la lettre de licenciement reçue de son employeur, qui a résilié le contrat de travail avec effet au 28 février 2017.

Dans sa détermination du 22 décembre 2016, l'OAI a considéré que cette pièce n'était pas de nature à remettre en cause sa position, dans la mesure où le recourant continuait à présenter une aptitude au travail de 50 % dans son activité d'assistant social, peu importe dans quelle structure il exerce cet emploi.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expressees prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Il convient d'examiner, à titre liminaire, les griefs en lien avec les violations alléguées du droit d'être entendu du recourant.

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 57a LAI et des art. 73<sup>bis</sup> ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande. Selon ces dispositions, l'office AI, avant de prendre une décision sur le refus d'une demande de prestations ou sur le retrait ou la réduction d'une prestation en cours, notifie à l'assuré ou à son représentant un préavis sur lequel ils peuvent faire part de leurs observations dans un délai de 30 jours par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré.

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

**b)** S'agissant du reproche selon lequel l'office intimé n'aurait pas donné suite à la requête d'entretien du recourant, il faut constater qu'une collaboratrice de l'OAI a pris contact avec le recourant par

téléphone afin de s'enquérir de ses intentions et qu'il a été convenu, à la suite de cet entretien, que le dossier serait transmis au Dr M. \_\_\_\_\_ pour qu'il puisse prendre position (cf. note d'entretien du 18 avril 2016). L'OAI a transmis les documents en question le jour même au psychiatre traitant et prolongé le délai pour déposer d'éventuelles observations jusqu'au 30 avril 2016. Force est de constater que le recourant a ainsi eu la possibilité de se déterminer sur les conclusions médicales à la base de la décision litigieuse.

**c)** Le recourant estime par ailleurs que l'OAI n'a pas motivé sa décision ni expliqué pourquoi il s'écarterait des rapports médicaux produits. Quoi qu'en dise le recourant, il faut constater que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été. L'office intimé s'est en effet référé aux renseignements médicaux versés au dossier et a estimé que ceux-ci ne permettraient pas de retenir une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, de sorte que sa capacité de travail demeurerait fixée à 50 %. Le grief du recourant quant au défaut de motivation se confond en réalité avec les critiques émises contre le fond de la décision et doit être examiné sous cet angle.

**3.** Sur le fond, le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 5 décembre 2011, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 30 mai 2016, date à laquelle l'OAI s'est prononcé sur la demande de révision du droit à la rente.

**a)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision 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. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

**b)** Dans ses rapports médicaux des 26 février et 5 juin 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la fin de l'année 2014. Il n'expose toutefois aucun élément objectif à la base de cette aggravation. Les diagnostics retenus sont similaires à ceux qui avaient été posés lors de la précédente demande de prestations (cf. rapport médical du 3 janvier 2011) et les limitations fonctionnelles sont comparables, à savoir l'impossibilité de rester en position assise plus de 30 minutes.

Dans son rapport médical du 3 février 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ atteste également une aggravation de l'état de santé de l'assuré sous la forme d'une exacerbation des douleurs vraisemblablement en raison d'un excès de position statique, surtout assise. A nouveau, aucun élément clinique objectif ne vient étayer l'aggravation mentionnée. Les radiographies fonctionnelles montrent au contraire des implants bien en place et seulement une minime insuffisance segmentaire L1-L2. En outre, le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 29 juin 2015, mentionne une bonne évolution clinique ainsi qu'une bonne évolution radiographique et précise que la situation est assez stable depuis que le recourant travaille à 50 %. Il existe certes une péjoration dès qu'il reste trop statique, notamment en position assise, cependant cette limitation existait déjà au moment de la précédente demande de prestations (cf. rapport médical du 9 mai 2011).

Il apparaît ainsi qu'aucun des documents médicaux versés à la procédure ne décrit une aggravation objective de la situation médicale. L'aggravation alléguée repose essentiellement sur les plaintes subjectives exprimées par le recourant, comme cela ressort du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2015. Or, compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; voir également TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). A cet égard, on peut encore relever que le Dr F.\_\_\_\_\_ recommande au recourant de veiller avant tout à alterner régulièrement les positions, puisque ce sont des surcharges de position statique (excès de position assise) qui sont à l'origine des exacerbations de douleurs.

Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il conclut dans son rapport du 17 juillet 2015 à la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), soit un diagnostic similaire à celui qu'il avait posé dans son rapport médical du 27 avril 2011, à savoir un épisode actuel moyen de son trouble dépressif récurrent (F33.1) ainsi que d'autres modifications durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique (F62.9). En outre, il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé psychique d'une gravité importante, dès lors qu'il n'y a pas d'indication à une psychothérapie et que l'intervention du Dr M.\_\_\_\_\_ se limite à des entretiens de soutien trimestriels.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il n'y a pas lieu de s'écarter du point de vue retenu par le SMR, selon lequel l'aggravation annoncée n'est pas médicalement étayée et qu'il ne se justifie pas de mettre en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise.

**c)** Au vu de ce qui précède, il faut constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé entre la décision de l'OAI du 26 juillet 2012 et celle du 30 mai 2016, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de révision déposée par le recourant.

**d)** Finalement, en ce qui concerne la résiliation du contrat de travail du recourant par son employeur avec effet au 28 février 2017, il faut constater que cet élément est postérieur à la décision du 30 mai 2016 et ne saurait dès lors justifier un nouveau calcul de son revenu d'invalidé dans le cadre de la présente procédure (cf. à ce sujet TF 9C\_251/2012 du 5 juin 2012 consid. 4.1). En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées).

**4. a)** En conséquence, 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. 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. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de K.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christophe Misteli (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :