

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge et Mme Gabellon, assesseure,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Regina Andrade Ortuno, à Montreux,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1959, a été employé à partir de septembre 2005 par les U._____ SA à [...] en qualité de conducteur de bus.

Le 28 octobre 2006, alors qu'il conduisait un bus en ville de [...],L._____ a été pris à partie, insulté, frappé à la nuque, à la tête ainsi qu'au visage par un voyageur.

Par constat médical du 30 octobre 2006, l'unité de médecine des violences de l'Institut universitaire de médecine légale du [...] a noté que l'assuré se plaignait de céphalées et de douleurs à la nuque ainsi qu'à l'épaule droite.

Dans un rapport médical du 12 janvier 2007, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a mentionné les éléments suivants :

- > L'examen neurologique et l'électroencéphalogramme donnent un résultat normal.
- > Le bilan radiologique cervical montre des altérations dégénératives-banales.
- > L'IRM cérébrale permet d'écarter des complications post-traumatiques, par contre elle a révélé l'existence de 2 petites lésions de la substance blanche frontale droite, aspécifiques mais qui pourraient être d'origine vasculaire et mises en rapport avec l'hypertension artérielle de ce patient qui, au stade actuel, reste décompensée malgré le traitement en cours. A ce sujet, prévoir (comme le propose le radiologue) un contrôle IRM d'ici 3-4 mois.

Enfin, il faut retenir les céphalées post-traumatiques qui sont essentiellement localisées dans la région occipitale droite et en particulier sur le trajet du nerf d'Arnold. On peut raisonnablement admettre que ces céphalées localisées ont un rapport avec le traumatisme du mois d'octobre 2006 et induit une irritation du grand nerf occipital.

L'hypertension artérielle décompensée peut également jouer un rôle favorisant dans le syndrome céphalalgique plus diffus tout comme les facteurs d'ordre tensionnel apparus après cette agression que le patient n'a pas encore réussi à "digérer" et qui, d'après lui, a été "négligé par ses supérieurs hiérarchiques".

Comme les traitements antalgiques simples ont été mal tolérés et sont restés sans aucune efficacité, on pourrait envisager quelques séances de physiothérapie ou ostéopathie visant à détendre la musculature nuco-occipitale, de même qu'une prise en charge

psychothérapeutique pour essayer de le détendre aussi sur le plan psychologique, car un état de stress post-traumatique peut aussi être à l'origine de la décompensation de l'hypertension artérielle dont les valeurs diastoliques restent extrêmement élevées malgré la réadaptation du traitement spécifique ([...]). C'est pourquoi j'ai vivement conseillé à Mr L. _____ de contacter, si vous êtes d'accord, un confrère psychiatre.

A l'occasion d'un avis de sortie de la [...] du 27 mars 2007, les diagnostics de contusion musculaire de la région occipitale, cervicale et de l'épaule droite et de persistance de céphalées occipitales, d'aspect tensionnel avec irradiation bitemporale sont posés.

B. Le 13 septembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant souffrir de maux de têtes, de douleurs cervicales et de problèmes psychologiques suite à l'agression d'octobre 2006.

Dans un rapport médical du 28 novembre 2007, la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique et de troubles mixtes de la personnalité. Elle estimait que la capacité de travail de l'assuré était actuellement nulle, des mesures de réintégration progressives dans un travail adapté apparaissant comme appropriées.

Mandaté par l'assurance-accident de l'assuré, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a établi un rapport médical en date du 17 janvier 2008. Il a notamment relevé que l'assuré se plaignait de la persistance de cervicalgies se compliquant de brachialgies droites modérées sans troubles sensitivo-moteurs au niveau du membre supérieur droit et de brachialgies gauches de topographies plutôt postérieure déclenchées par l'hyperextension de la nuque, s'accompagnant de paresthésies de même topographie ainsi que d'un endormissement de l'index et du majeur et d'un manque de force léger du membre supérieur gauche. Des céphalées constantes plus ou moins importantes de localisation postérieure et bitemporale avaient également persisté,

s'accompagner parfois de nausées et de vomissements, décrites comme pulsatiles, exacerbées par l'effort, la fatigue et le stress.

Par rapport du 7 avril 2008 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a retenu le diagnostic de trouble état de stress post-traumatique (F43.1). Sous le chapitre "conclusions" de son rapport, le spécialiste a retenu les éléments suivants :

« En conclusion, l'assuré est un homme en bonne santé habituelle et sans antécédent psychiatrique qui a été victime d'une agression à son travail le 28.10.2006. Le tableau clinique est au départ dominé par les plaintes somatiques (céphalées, cervicalgies, brachialgies).

L'évolution est aujourd'hui allée vers un état de stress post-traumatique dont la réalité ne laisse pas place au doute. Le trouble n'a toutefois pas les caractéristiques de sévérité qui en feraient ici une affection psychiatrique incapacitante *per se*. Le soussigné est formel sur ce point. Il n'y a pas non plus de comorbidité psychiatrique grave.

Le trouble peut être mis en relation de causalité naturelle avec l'événement traumatique en cause avec une vraisemblance prépondérante. Si le trouble devait persister des années, il serait alors justifié de faire appel à des facteurs étrangers à l'accident, puisque l'état de stress post-traumatique est en soi une maladie de bon pronostic qui évolue le plus souvent vers la guérison.

Au vu de la bonne évolution de ces derniers mois, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Sur le plan professionnel, on doit aller maintenant vers une reprise progressive de l'activité antérieure, dans les termes décrits plus haut.

[...]

7. Capacités professionnelles :

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité de ?

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail en tant que chauffeur de bus aux Transports publics lausannois, sous réserve de ce qu'il a décrit dans son appréciation finale.

Existe-t-il — cas échéant en sus d'une baisse de rendement — une limitation horaire ?

Cette question tombe.

7.2. Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles ? Avec quels horaires et rendement ?

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail en tant que chauffeur de bus aux transports publics lausannois, sous réserve de ce qu'il a décrit dans son appréciation finale.

On peut exiger une reprise de travail progressive avec l'obtention d'un temps plein d'ici 2 à 3 mois, sous réserve de ce qui sera observé en termes d'évitement.

Il arrive aussi que les troubles liés à l'évitement ne soient pas maîtrisables, auquel cas on devrait aller vers un emploi adapté, sans exposition à la conduite de bus. Dans une telle activité, une pleine capacité de travail serait raisonnablement exigible d'ici 2 à 3 mois. »

Par rapport du 9 novembre 2009, dans le cadre de la procédure ouverte en matière d'accident devant la Cour de céans (AA 121/08 - 30/2010), le Dr M._____, en réponse aux questions du juge instructeur, a précisé les éléments suivants :

"1. Quelle était la capacité de travail de M. L._____ dans son activité de conducteur de bus pour les seules conséquences neurologiques de l'événement accidentel du 28.10.2006 au moment de la consultation neurologique du 14.01.2008?

En ce qui concerne les seules séquelles neurologiques de l'événement accidentel du 28.10.2006, sans prendre en compte les conséquences des hernies discales, la capacité de travail de M. L._____ aurait dû être complète (plein temps avec un rendement de 100%).

2. En cas de persistance d'une incapacité de travail au moment de la consultation du 14.01.2008, quels en étaient les facteurs neurologiques ayant empêché une reprise complète de son activité professionnelle?

Pour la réponse donnée à la question 1., les troubles faisant suite à l'événement accidentel du 28.10.2006 n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. Par contre, les atteintes neurologiques secondaires à la présence des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri étagées avec au niveau C5-C6 une protrusion disco-ostéophytaire latérale droite et au niveau C6-C7 une hernie discale relativement volumineuse entraînant une amputation radiculaire C7 gauche étaient susceptibles d'entraîner une incapacité de travail de 50% au moins dans l'activité de conducteur de bus.

3. Quelle était la capacité de travail de M. L._____ dans son activité de conducteur de bus pour les seules conséquences neurologiques de l'événement accidentel du 28.10.2006 au moment de votre complément du 14.03.2008?

Comme déjà mentionné en réponse à la question 1., en ce qui concerne les seules suites de l'agression du 28.10.2006, la capacité de travail de M. L. _____ aurait dû être complète s'il n'y avait pas eu les problèmes liés aux herniations discales indépendantes de l'événement accidentel du 28.10.2006.

[...]".

Le 23 novembre 2010, la Dresse K. _____ a confirmé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail précédemment retenus d'état de stress post-traumatique et de troubles mixtes de la personnalité. Concernant la capacité de travail de l'assuré, ce médecin a mentionné les éléments suivants :

« Le caractère chronique de la psychopathologie en place associée aux troubles de la personnalité à dominance quérulente rend peu probable, à mon sens, une éventuelle reprise de travail comme chauffeur de bus.
Des mesures de réintégration progressive dans un travail adapté me paraissent dès lors plus appropriées. »

Dans un rapport du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 16 décembre 2010, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré, cette dernière étant adaptée. Il estimait notamment que l'existence d'empêchements psychiques durables n'avait pas été retenue par le Dr Q. _____ dans son rapport du 7 avril 2008. Ce médecin retenait une incapacité de travail de 100% du jour de l'agression au 30 juillet 2008 et de 0% depuis le 30 juillet 2008.

Par projet de décision du 21 décembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'office AI) a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} octobre 2007 jusqu'au 31 octobre 2008. Au vu des pièces médicales présentes au dossier, l'OAI retenait que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2008.

Par acte du 1^{er} février 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me Sandrine Osojnak, s'est opposé au projet de décision précité, requérant notamment un rapport médical de la Dresse Z. _____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'un rapport médical du Dr S._____, spécialiste en médecine interne.

Par rapport médical du 25 février 2011, le Dr S._____ a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une dépression post-traumatique avec céphalées marquées ainsi qu'une hernie discale cervicale depuis l'agression d'octobre 2006. D'un point de vue médical, l'activité précédemment exercée n'était pas exigible. Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr S._____ a retenu une limitation de la capacité de concentration ainsi qu'une résistance limitée en raison de céphalées.

Dans un rapport médical du 27 février 2011, la Dresse Z._____ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un état de stress post-traumatique. La spécialiste a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité précédemment exercée par l'assuré, le pronostic demeurant « défavorable à une reprise de son ancien métier, mais réinsertion à tenter ». Concernant les limitations fonctionnelles de l'assuré, la spécialiste a mentionné la restriction de la capacité à monter les escaliers à une heure par jour ainsi qu'une limitation de la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance.

Par avis médical SMR du 16 décembre 2011, le Dr H._____ a retenu la nécessité de procéder à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR.

Par certificat médical du 23 janvier 2012, le Dr S._____ a conclu à l'incapacité totale de travail de l'assuré depuis l'agression d'octobre 2006, évoquant les éléments suivants :

« Cet état perdure encore et le patient reste très handicapé. Malgré cela il a la volonté de vouloir commencer un travail comme chauffeur professionnel à 50 % depuis début février 2012. Il est actuellement en train de faire un stage aux [...] ([...]) pour pouvoir se remettre au travail à 50 %.

Je connais M. L. _____ depuis mars 1984 et à part une hypertension artérielle traitée, il s'est toujours bien porté et n'avait aucun problème de santé.

Actuellement il est toujours sous traitement chez le Dr P. Z. _____, psychiatre, et moi-même, je le suis pour lui administrer différents médicaments pour ses céphalées et douleurs de la nuque pour lesquelles il a eu également beaucoup de séances de physiothérapie avec un effet bénéfique passager. Il est également suivi par le chiropraticien Dr G. _____ à Lausanne.

Il me semble qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une rente au minimum de 50 % ».

Dans un rapport d'examen clinique SMR rhumatologique et psychiatrique du 26 mars 2012, les Drs R. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicobrachialgies gauches, une hernie discale C5-C6 paramédiane droite ainsi qu'une volumineuse hernie discale C6-C7 paramédiane gauche comprimant la racine C7 gauche. Concernant les diagnostics dénués de répercussion sur la capacité de travail, ces médecins ont mentionné des céphalées d'origine plurifactorielle (cervicale, iatrogène sur intoxication par antalgies diverses et d'origine psychogène), une dysthymie, un status après contusions multiples post-agression en octobre 2006 à la tête, aux cervicales et au thorax, un antécédent de pieds-bots congénitaux opérés à l'âge d'une année, des lombalgies mécaniques anamnestiques, une surcharge pondérale avec obésité de classe 1 ainsi qu'une hypertension artérielle traitée. Ces médecins ont conclu à une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré (chauffeur de bus), se montant à 75% dans l'exercice d'une activité adaptée, évoquant les éléments suivants :

« L'évolution clinique en relation avec les pathologies herniaires est bonne avec disparition complète de la symptomatologie algique et dysesthésique relatées antérieurement. Lors de l'anamnèse recueillie au SMR, l'assuré nous déclare à plusieurs reprises ne plus présenter de symptomatologie douloureuse du MS G depuis plus de 3 mois, ni de phénomènes de dysesthésie (fourmillements, sentiments d'endormissement ou de lâchages du MS G).

En conclusion, cet assuré âgé de 53 ans, en incapacité de travail depuis octobre 2006 à la suite d'une agression, présente sur le plan ostéoarticulaire des troubles dégénératifs avancés du rachis cervical avec mise en évidence de deux hernies discales et des antécédents de syndrome radiculaire C7 G déficitaire, ayant favorablement répondu à un traitement conservateur.

L'atteinte structurelle ostéoarticulaire présentée par cet assuré est à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à fortes charges physiques, nécessitant des positions statique prolongées du rachis cervical, les mouvements brusques de flexion-torsion du rachis et les positions en antépulsion des bras prolongée contre résistance, au-delà d'une soixantaine de degrés.

Au vu des limitations fonctionnelles retenues, l'activité habituelle de l'assuré, chauffeur aux Transports publics lausannois, ne peut être exercée à un taux supérieur de 50%.

Une activité en tant que chauffeur de poids lourd ne peut être envisagée qu'en absence de port ou de manipulation de charges supérieures à 5 kg, de façon répétitive et ceci à un taux de 50% tout au plus. Cette capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, est pertinente à partir d'août 2008.

Toute forme d'activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles retenues est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100%, avec une diminution de rendement évaluée à 25% au vu des lésions structurelles irréversibles présentées par l'assuré.

L'évolution favorable de la symptomatologie neurologique et le status neurologique actuel quasi normal, s'expliquent justement par l'absence de contrainte au niveau du rachis cervical (pas d'activité professionnelle) et la poursuite d'un traitement conservateur sous forme de chiroprérapie bien conduite. Toutefois, la quasi normalité de status de ce jour, ne peut être utilisée comme argument à l'appui d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

La présence de signes comportementaux selon Wadden s'intègre dans un processus de conflit asséculo-logique, besoin d'être reconnu et en relation avec des dysbalances musculaires, elles-mêmes secondaires à des lésions structurelles.

En ce qui concerne les céphalées présentées par cet assuré, elles peuvent être d'origine plurifactorielle. Une des causes peut être le trouble du rachis cervical, une autre cause pourrait être iatrogène, en relation avec une intoxication chronique aux antalgiques (paracétamol anti-inflammatoire) ou des céphalées d'origine psychogène dans un contexte de conflit asséculo-logique et manque de reconnaissance.

Au point de vue psychiatrique, cet assuré de 53 ans, chauffeur de bus lausannois, a subi une agression durant l'exercice de sa profession en octobre 2006.

Selon le dossier psychiatrique, en mars 2007, le Dr [...], relevait la présence de quelques signes d'état de stress post-traumatique qui n'atteignaient pas le seuil d'un syndrome de stress post-traumatique. En novembre 2007, le Dr K. _____ pose le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et de troubles mixtes de la personnalité. Dans une expertise d'avril 2008, le Dr Q. _____ retient uniquement le diagnostic de syndrome de stress post-

traumatique, sans comorbidité ni trouble de la personnalité. Dans son rapport d'expertise, il mentionne une amélioration de l'état de santé de l'assuré. En janvier 2011, le Dr Z._____ retient le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.

Selon les déclarations de l'assuré, il souffre de céphalées consécutives à l'agression et d'un sentiment d'injustice et de révolte devant la non-reconnaissance de son statut de victime, de la part de son employeur, de son syndicat, des assureurs. Ses symptômes sont fluctuants, ses douleurs sont améliorées mais pas supprimées grâce à une médication antalgique. Il reste capable de conduire son automobile. Il est dans l'attente d'une reconnaissance des torts qui lui ont été causés par cette agression (il dit « l'accident »), il en veut à son employeur, au syndicat, aux assureurs. Il a la volonté de s'en sortir.

Selon l'anamnèse et l'examen clinique, l'assuré ne présente plus de signes de syndrome de stress post-traumatique, en particulier pas de flashbacks, pas de cauchemars, pas de reviviscence de l'agression, pas d'anesthésie psychique, pas d'émoussement émotionnel, pas d'évitement des situations pouvant réactiver le souvenir du traumatisme. Au contraire, l'assuré « rumine » un profond sentiment d'injustice et de colère, il ne se sent pas bien, il se plaint, il dort mal. Il présente une tristesse fluctuante d'intensité modérée. Son émotivité est dans les limites de la norme.

Les éléments du dossier, les plaintes de l'assuré, les constatations cliniques, ne permettent pas de poser un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, ni d'épisode dépressif.

Selon la CIM10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS), les troubles de l'assuré correspondent au diagnostic de dysthymie.

En ce qui concerne le trouble mixte de la personnalité qui a été évoqué par le Dr K._____ en novembre 2007, trouble qui n'a pas été retenu par l'expertise du Dr Q._____, nous observons des traits de personnalité dépendante, ce qui ne représente pas un diagnostic de maladie psychiatrique. Ces traits de personnalité dépendante sont représentés par l'état de dépendance dans lequel l'assuré se trouve, au point de vue de son état de santé par rapport à des intervenants extérieurs (employeur, syndicat, assureurs). La consommation importante de drogues (l'assuré a déclaré qu'il avait consommé « tout ce que vous pouvez imaginer »), de 17 à 19 ans, peut également être rattachée à ces traits de personnalité.

Au point de vue de la symptomatologie algique évoquée par l'assuré, nous constatons qu'elle n'est accompagnée d'aucune comorbidité psychiatrique manifeste, la dysthymie ne représentant pas une affection incapacitante au sens de l'AI ; qu'il ne s'agit pas d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, puisque les douleurs de l'assuré sont diminuées par sa médication ; qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toute les manifestations de la vie, l'assuré sort de chez lui, reçoit des visites aussi bien de la famille que des amis ; qu'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie n'est pas trouvé ; qu'il n'y a pas d'échec de traitement puisque l'assuré déclare une amélioration de son état depuis la fin de l'année 2011 d'une part et que d'autre part la médication le soulage au moins partiellement.

Limitations fonctionnelles

Pas de positions statiques prolongées du rachis cervical aussi bien en flexion qu'en extension. Pas de mouvements brusques du rachis cervical en rotation ou flexion. Pas de port répétitif de charges supérieures à 5 kg, pas de lever occasionnel de charges, supérieures à 15 kg (bimanuel). Eviter les positions statiques assises prolongées au-delà de l'heure sans possibilité de varier les positions minimum une fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas d'activité nécessitant des mouvements d'antépropulsion de 60°, de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90° (pas d'activités au-dessus de la tête). Pas d'exposition au froid.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Cet assuré a présenté une incapacité de travail à 100% depuis le 28.10.2006 jusqu'au 31.07.2008 en relation avec le traumatisme subi, le trouble psychologique secondaire et l'atteinte ostéoarticulaire.

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

Une capacité de travail résiduelle de 50% est retenue dans son activité habituelle de chauffeur aux Transports lausannois à partir du 01.08.2008. Cette diminution dans la capacité de travail dans son activité habituelle s'explique par les lésions dégénératives structurelles irréversibles que l'assurée présente au niveau de son rachis cervical (double pathologie herniaire).

Une activité adaptée, qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico théorique à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% en relation avec les limitations fonctionnelles retenues. Une telle activité peut-être mise en œuvre depuis le 01.08.2008, (fin de la prise en charge par la SUVA).

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes structurelles objectivées sur les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. En ce qui concerne la symptomatologie de céphalées chroniques décrites comme handicapantes par l'assuré, il est préconisé une prise en charge spécialisée avec la mise en route d'un sevrage de la surconsommation de médicaments à visée antalgique effectuée par l'assuré. Une telle prise en charge devrait améliorer de façon significative les céphalées annoncées par l'assuré ».

Par avis médical SMR du 5 avril 2012, le Dr H._____ a confirmé les conclusions du rapport précité et retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré et de 75% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} août 2008.

Par certificat d'incapacité de travail du 1^{er} novembre 2012, la Dresse Z._____ a constaté une incapacité de travail de 50% chez

l'assuré en raison de douleurs, de céphalées, de vertiges, de phonophobie occasionnelle, de fluctuation thymique, de fatigabilité et de séquelles d'un stress post-traumatique ayant entraîné une incapacité complète de travail de 5 ans, permettant uniquement la reprise progressive d'une activité professionnelle.

Par avis médical SMR du 13 novembre 2012, le Dr Pierre W._____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé que les éléments apportés par la Dresse Z._____ dans son attestation du 1^{er} novembre 2012 ne constituaient pas des faits nouveaux, la psychiatre maintenant son diagnostic de stress post-traumatique.

Entre le 22 octobre 2012 et le 20 janvier 2013, l'assuré a, dans le cadre d'une mesure d'observation professionnelle, suivi un atelier d'intégration professionnelle au sein de l'ORIF de [...]. Dans un rapport de fin de stage, le directeur de l'établissement, T._____, a mentionné les éléments suivants :

« Votre assuré garde une seule idée en tête : celle de reprendre son ancienne activité à 50 % et met d'ailleurs toute son énergie dans ce projet. Il se renseigne auprès de son ancien employeur, les U._____ SA, pour s'informer des possibilités de stage ou d'embauche.

Nous observons une personne qui s'investit dans l'unique projet auquel elle croit. Les alternatives imposées sont systématiquement mises en échec, comme si votre assuré usait, consciemment ou non, d'une stratégie pour ne pas s'y astreindre.

Sur la période de stage, votre assuré a effectué un travail à 50 %. M. L._____ a pu réaliser les fonctions inhérentes au poste.

Le projet de M. L._____ se situe dans la conduite de bus et transport professionnel de personnes. Dans un premier temps, il évalue sa capacité d'exercer cette activité à 50 % et envisage par la suite, comme possibilité, de compléter ce mi-temps par du travail de « dispo » dans le cadre des U._____ SA, par exemple. »

D'une note du 16 décembre 2013 concernant un premier entretien d'aide au placement, le collaborateur de l'OAI a mentionné ce qui suit :

« Assez rapidement M. L._____ nous fait part de sa déception quant à la manière dont sa candidature a été traitée par les TL.

Pour rappel, l'assuré faisait de son ancienne entreprise sa cible principale pour son avenir professionnel. Toutefois il ne s'est pas découragé et nous annonce avec beaucoup de fierté qu'il a signé un contrat à 50% pour débiter le 01.04.2014 dans l'entreprise [...] à [...]. Notre assuré en accord avec Mme Z. _____ estime que son état de santé ne lui permet pas de travailler à plus de 50% mais reste ouvert à une évolution jusqu'à 75% (exigibilité SMR). Nous le rendons attentif sur le fait qu'il faudra qu'il assume le préjudice économique car l'AI ne comblera pas le manque. Dans ce sens nous expliquons brièvement la manière dont est calculé le degré d'invalidité et précisons que seul le projet de décision aura les chiffres exacts ».

Par rapport médical du 8 juillet 2014, le Dr D. _____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic de céphalée post-traumatique persistante, évoquant les éléments suivants :

« Les céphalées ont progressivement diminué d'intensité mais elles restent quotidiennes. Elles prédominent à la région postérieure droite du crâne. Le patient prend régulièrement du Dafalgan et de l'Aulin. L'évolution psychologique est assez bonne et les antidépresseurs ont pu être stoppés. Le patient a pu reprendre son activité professionnelle à 50% de chauffeur TL depuis 2012. Il ne se sent pas capable d'augmenter son temps de travail. Il se sent aussi fatigué et il a des troubles du sommeil. Il prend du Dormiplant, du Xanax et pour une hypertension artérielle du Coversum. L'AI a estimé la capacité de travail de 75%.

On peut retenir un diagnostic de céphalée post-traumatique persistante. Chez ce patient, il me semble difficile d'exiger une incapacité de travail supérieure à 50% au vu de l'intensité des céphalées quotidiennes. Je n'ai malheureusement pas de nouveau traitement à proposer ».

Par avis médical SMR du 14 octobre 2014, le Dr W. _____ a confirmé une capacité de travail exigible de 75%. Il retenait que les céphalées de l'assuré étaient connues et prises en compte lors des expertises de la CNA et lors de l'examen clinique du 26 mars 2012.

Par projet de décision du 6 novembre 2015, annulant et remplaçant celui du 21 décembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 octobre 2008. Dès cette date, l'office AI retenait un degré d'invalidité de 27,24% dans une activité adaptée ainsi qu'un degré d'invalidité de 15,21% dans une activité de chauffeur assortie d'une part

de tâches administratives. Ces degrés d'invalidité étaient insuffisant afin d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par acte du 11 janvier 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me Regina Andrade Ortuno, a contesté le projet de décision précité, soutenant qu'il n'était pas tenu compte des migraines dont il souffrait de manière permanente et invalidante. Sa capacité de travail n'étant pas supérieure à 50%, il faisait également valoir que l'instruction était lacunaire, cette dernière devant être complétée.

Par décision du 24 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 novembre 2015 et octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2007 au 31 octobre 2008.

C. Par acte du 14 septembre 2017, L. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2008, la rente devant ensuite être réduite à une demi-rente dès le recouvrement de l'assuré d'une capacité de travail de 50%. Subsidiairement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 24 juillet 2017 et à son renvoi devant l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il contestait disposer d'une capacité de travail de 75% dès le mois d'août 2008, relevant que malgré le fait qu'il ait répété souffrir de migraines très handicapantes, aucune expertise n'a été ordonnée par l'OAI. Dites lacunes étaient constitutives d'une violation du droit d'être entendu. L'assuré a ainsi requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur le plan neurologique et psychologique ainsi que la production de rapports médicaux émanant de ses médecins traitants.

Par réponse du 5 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, retenant que la problématique des céphalées avaient été prise en compte, notamment lors de l'examen clinique SMR de février 2012. L'OAI renvoyait aux avis

médicaux établis par le SMR retenant l'exigibilité d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

Répliquant en date du 1^{er} mars 2018, l'assuré a maintenu ses conclusions tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction telles que décrites dans son recours, soutenant notamment que malgré ses plaintes, l'intéressé n'avait jamais fait l'objet d'une nouvelle expertise. Il alléguait également que ses médecins traitants considéraient que l'on ne pouvait exiger une activité professionnelle supérieure à 50%.

Dupliquant le 10 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

E n d r o i t :

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Le recourant soutient que les céphalées dont il souffre n'ont pas été prises en compte par l'OAI, l'office n'ayant pas sollicité de mesures médicales supplémentaires. Pour le recourant, il en résultait une violation du droit d'être entendu.

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 (également l'art. 42 LPGA dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux).

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 consid. 3 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées). Le droit d'être entendu n'inclut cependant pas le droit d'être auditionné oralement, la procédure administrative étant en principe écrite (art. 27 al. 1 et 33 al. 2 LPA-VD).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. En revanche, si l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause

soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

b) En l'espèce, la problématique des céphalées du recourant a été prise en compte à l'occasion de l'examen clinique SMR du 26 mars 2012. Ensuite, à l'occasion de toute nouvelle production de documents médicaux de la part du recourant, l'intimé a consulté son service médical afin de déterminer s'il y avait matière à remettre en question les conclusions de l'examen clinique précité, respectivement d'ordonner l'établissement d'un nouvel examen clinique ou d'une expertise médicale. Il sied également de relever que le recourant a eu l'accès à l'entier du dossier et s'est déterminé sur un projet de décision du 6 novembre 2015, précédant la décision définitive du 24 juillet 2017. Au vu de ce qui précède, une violation du droit d'être entendu ne saurait être retenue en l'espèce.

4. 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 ; 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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées

par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

d) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de

l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

6. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7. Le requérant soutient que suite à son incapacité totale de travail, sa capacité de travail ne saurait dépasser 50%, déclarant toujours souffrir de céphalées incapacitantes, dite pathologie n'ayant pas été

retenue par l'intimé. Le recourant se fonde également sur les différents rapports médicaux émanant de sa psychiatre traitante, laquelle retient également une capacité de travail limitée à 50%. Pour l'OAI, il n'y a pas lieu de remettre en doute les conclusions de l'examen clinique SMR du 26 mars 2012, examen fondant la décision litigieuse.

a) Concernant les céphalées, les investigations les concernant ont été multiples dès 2006. Elles ont été évoquées dès l'examen à l'Unité de médecine des violences de l'Institut universitaire de médecine légale du [...], associée à des douleurs de la nuque et de l'épaule droite. On signale à ce moment-là une douleur du cuir chevelu en région temporo-occipitale droite mais aucune lésion n'est mise en évidence. On conclut alors à des contusions suite aux coups reçus. Les céphalées ont également fait l'objet d'une évaluation par plusieurs neurologues. Le Dr X. _____ signale dans son rapport médical du 12 janvier 2007 des céphalées qui lui apparaissaient en relation avec une irritation de l'émergence du nerf d'Arnold à droite, il signale aussi une composante de stress et une hypertension artérielle décompensée. Ce médecin a ainsi évalué les diverses composantes qui pouvaient y contribuer. L'avis de sortie de la [...] mentionne également les céphalées du recourant où la localisation occipitale reste décrite et où un aspect tensionnel est également évoqué dans un contexte d'arthrose cervicale et de tensions musculaires. Leur caractère diffus et pulsatile a ensuite été mentionné par le Dr M. _____.

Contrairement à ce que soutient le recourant, cette problématique a effectivement été prise en compte lors de l'examen clinique SMR du 26 mars 2012. En effet, les Drs R. _____ et F. _____ ont retenu les céphalées en tant que diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Leur éventuel caractère invalidant a ensuite été discuté à satisfaction. Le recourant n'apporte aucun élément suffisamment pertinent afin de remettre en cause les conclusions de l'examen clinique précité ou de conclure à une aggravation notable des céphalées. En effet, Dr D. _____, dans son rapport médical du 8 juillet 2014, évoque des céphalées post-traumatiques, ayant progressivement diminué d'intensité tout en restant quotidiennes, prédominant en région

postérieure droite du crâne, avec un traitement médicamenteux restant à des paliers 1 et 2, avec une évolution favorable également au plan psychologique avec arrêt des antidépresseurs. Si ce médecin a certes retenu qu'il semblait difficile d'exiger de la part du recourant une capacité de travail supérieure à 50%, il ne ressort de ce rapport ou du dossier aucun élément objectivement vérifiable susceptible d'infirmier une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychique également, aucun élément médical versé au dossier ne permet de douter des conclusions prises dans le rapport d'examen clinique du 26 mars 2012 par les médecins du SMR. En l'espèce, le certificat d'incapacité de travail du 1^{er} novembre 2012 établi par la Dresse Z._____, succinctement motivé, fait état d'un stress post-traumatique ainsi qu'une fluctuation thymique justifiant une capacité de travail limitée à 50%.

Le syndrome de stress post-traumatique a été valablement écarté par les médecins du SMR, ces derniers retenant que le recourant ne présentait pas les signes d'un tel symptôme, soulignant l'absence de flashbacks, de cauchemars, de reviviscence de l'agression, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel et d'évitement des situations pouvant réactiver le souvenir du traumatisme, le recourant ayant notamment l'objectif de réintégrer son ancienne activité professionnelle de chauffeur de bus au sein des U._____ SA.

Concernant le diagnostic de dysthymie, respectivement de fluctuation thymique, une telle pathologie ne peut affecter la capacité de travail qu'en combinaison avec d'autres diagnostics psychiatriques, tels que des troubles de la personnalité (ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; TF 9C_146/2015 du 19 janvier 2016, consid. 3.2). En l'espèce, la Dresse Z._____ n'a retenu aucun nouveau diagnostic permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé du recourant, respectivement de doter la dysthymie d'une influence sensible sur sa capacité de travail. Dans ce cadre, il sied de relever l'absence d'éléments laissant penser que la situation comporte une composante psychiatrique invalidante, soit

notamment un isolement social, la présence de signes comportementaux, l'absence de cohérence entre les plaintes et leur impact sur la vie quotidienne du recourant, ce dernier s'étant d'ailleurs montré ouvert à la reprise progressive d'une activité à un taux d'occupation de 75%.

c) Au vu de ce qui précède, le recourant présente effectivement une incapacité de travail ininterrompue dès le 28 octobre 2006. Dès le 1^{er} août 2008, le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle ainsi qu'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

8. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. Compte tenu des taux d'invalidité retenus dès le 1^{er} novembre 2008 (27,24% dans une activité adaptée et 15,21% dans une activité de chauffeur avec une part de tâches administratives), soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant, c'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi de toute rente au-delà du 31 octobre 2008, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

9. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Au vu de l'issue de la procédure, les mesures d'instruction requises par le recourant, soit la tenue d'une expertise pluridisciplinaire et la production de rapports médicaux par les médecins traitants du recourant, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées.

10. 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Regina Andrade Ortuno, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :