

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Férolles et Gabellon, assesseuses
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPG

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a déposé le 12 mars 2004 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 du 30 mars 2004, le Dr O. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies droites sur uncarthrose au niveau C5-C6-C7 avec syndrome neurologique irritatif du membre supérieur droit, existant depuis décembre 2002, et de status après cure chirurgicale d'un tunnel carpien droit en juin 2001. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % depuis juillet 2003 dans l'activité habituelle de portier dans un hôtel et estimé qu'une activité physiquement légère était exigible à plein temps, avec une diminution de rendement de 25 %.

L'emploi de l'assuré a pris fin le 30 novembre 2004.

Le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré à la requête de l'OAI le 21 septembre 2005. Dans son rapport du 28 septembre 2005, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites présentes depuis 2002, d'un syndrome abdominal douloureux d'origine indéterminée existant depuis 2004 et d'un état anxio-dépressif réactionnel survenu en mars 2005. S'y ajoutaient des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : une hypophonie après intervention sur les cordes vocales en 1996 pour polypose et une maladie goutteuse depuis 2005. Le Dr Z. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charges particulièrement lourdes ni l'utilisation de force des membres supérieurs. Sa capacité de travail dans l'activité de portier d'étage était de 75 %.

Un rapport du 27 février 2006 émanant de la S._____ a notamment mentionné l'existence de lombosciatalgies gauches non déficitaires depuis novembre 2005. Les médecins ont estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 %, avec une légère diminution de rendement, et précisé que l'assuré devait éviter le port de charges de plus de 10 kg.

Le 13 mars 2006, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, mais a indiqué qu'il ne fallait pas surcharger le patient sur le plan psychiatrique.

L'OAI a ensuite confié une expertise de l'assuré à la H._____. Les Drs V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, N._____, spécialiste en neurologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 26 avril 2007 :

« 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Sur le plan rhumatologique : Nihil.

Sur le plan psychiatrique : Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Code diagnostique ICD-10

- **R10.4** : Symptomatologie abdominale douloureuse récidivante d'étiologie indéterminée.
- **M54.2** : Cervico-brachialgies droites de type C6-C7 non-déficitaires sur troubles dégénératifs.
- **M54.5** : Lombo-sciatalgies bilatérales non-déficitaires sur discrète arthrose débutante au niveau L5-S1.
- **I10** : Hypertension artérielle.
- **M10.0** : Goutte.
- **R49.0** : Dysphonie chronique in status post-résection de polypes de la corde vocale (**J38.1**) gauche.
- **F10.25** : Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue.
- **F68.0** : Majoration de symptômes ou 68.1 : Simulation. »

Les experts ont estimé que la capacité de travail et le rendement de l'assuré étaient conservés à 100 %. Ils ont en outre relevé que l'alcoolisme était primaire et ne pouvait être considéré comme

invalidant en l'absence de complications durables associées. Compte tenu des antécédents digestifs de l'assuré, ils ont retenu que les activités physiques lourdes ou nécessitant le port de charges supérieures à 15 kg étaient déconseillées. Tel n'était pas le cas de son ancien emploi de portier, pour lequel aucune incapacité de travail n'était retenue.

Dans un avis du 23 mai 2007, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Par décision du 12 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, faute d'invalidité au sens de la loi.

B. Par la suite, l'assuré a bénéficié de mesures, notamment d'une orientation professionnelle auprès du centre Orif. L'OAI lui a ensuite octroyé des mesures professionnelles, en prenant en charge sa formation de « portier de nuit / night auditeur » auprès de l'Hôtel [...] à [...].

C. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 28 juin 2012, en faisant état d'une incapacité de travail totale à compter du 16 mars 2012.

Dans un rapport du 23 juillet 2012, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment fait état d'une nécrose aseptique de la tête fémorale gauche et d'une arthrose fémoro-patellaire sévère, relevant que l'assuré se déplaçait avec une canne.

Le 24 août 2012, le SMR a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et n'était pas encore stabilisé. Il a considéré que la capacité de travail était actuellement nulle au vu des douleurs à la hanche gauche et aux genoux, lesquelles étaient majorées par tout mouvement de marche et changement de position.

Le 8 mai 2013, l'assuré a subi la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche.

Dans un rapport du 23 octobre 2013, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics suivants :

« Gonalgies sur arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominant à gauche et tendinopathie inflammatoire bilatérale du quadriceps.
Status post prothèse totale de la hanche gauche sur nécrose aseptique de la tête fémorale le 08.05.2013.
Syndrome métabolique avec une surcharge pondérale, hyperlipidémie, glycémie, agent pathologique, hypertension artérielle traitée, goutte.
Bronchopneumopathie chronique obstructive légère.
Tabagisme chronique.
Trouble somatoforme douloureux.
Cervicalgies chroniques sur arthrose C6-C7.
Lombosciatalgies chroniques. »

Il a considéré qu'une reprise du travail à 50 % était exigible dès le 13 septembre 2013 dans une activité adaptée, sans position debout ou assise prolongée, avec changement de position régulier, le port de charges lourdes devant être évité, tout comme le fait de rester en position accroupie ou à genoux et de monter ou descendre les escaliers.

Dans un avis du 29 janvier 2014, le SMR a estimé que les atteintes aux membres inférieurs ne permettaient plus l'activité de portier de nuit, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles. Compte tenu des atteintes à la santé existantes, une reprise du travail à 50 % était exigible dès le 13 septembre 2013 dans toute activité adaptée, à savoir sans position debout prolongée, sans marche prolongée, ne nécessitant pas de monter des escaliers ou sur des échelles, ni sur un escabeau de manière répétée, avec un port de charges limité à 15 kg.

Par projet de décision du 22 juillet 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il entendait le mettre au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2013, puis d'un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2014.

L'assuré a contesté ce projet en date du 10 août 2014, faisant valoir que son incapacité de travail était de 80 % et son invalidité proche de 100 %. Le 29 août 2014, il a produit plusieurs rapports médicaux qui mentionnaient, en substance, que ses problèmes de santé contre-indiquaient une activité physique, même modérée, et limitaient le maintien de la position assise ou debout prolongée, ainsi que le port de charges.

Le 17 novembre 2014, le SMR a considéré que ces documents ne démontraient pas l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier l'exigibilité et les limitations fonctionnelles retenues dans son précédent avis.

L'assuré a présenté d'autres objections par l'intermédiaire de son mandataire, le 29 janvier 2015.

Par avis du 25 mars 2015, le SMR a confirmé ses précédentes conclusions, en ajoutant comme limitation fonctionnelle le fait de garder la position assise prolongée sans possibilité de modifier la position des genoux.

Par décision du 24 juillet 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente à compter du 1^{er} août 2015, et par décisions du 19 août 2015, d'une rente entière du 1^{er} mars au 31 décembre 2013, puis d'un quart de rente du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2015.

D. L'assuré a fait état d'une péjoration de son état de santé par courrier du 13 novembre 2015 à l'OAI.

Dans un rapport établi le 15 décembre 2015, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de dégénérescences lombaires pluri-étagées, d'une hernie discale L4-L5 circonférentielle et d'un rétrécissement préforaminal bilatéral sur L5, mis en évidence par IRM en juin 2015. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le mois de juin 2015.

Le 9 septembre 2016, l'assuré a subi une laparoscopie exploratrice, avec adhésiolyse et cholécystectomie, en raison de douleurs persistantes de l'hypocondre droit.

L'OAI a mis en œuvre un examen auprès du SMR. Dans son rapport du 13 juin 2017 faisant suite à un examen de l'assuré du 17 mai 2017, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a retenu les éléments suivants :

« **DIAGNOSTICS**

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- LOMBALGIES CHRONIQUES, NON DÉFICITAIRES, DANS UN CONTEXTE DE TROUBLE[S] DÉGÉNÉRATIFS POSTÉRIEURS ÉTAGÉS ET DE PROTRUSION DISCALE EN L4-L5. M54.5

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05

Diagnostics associés

- CHONDROPATHIE FÉMORO-PATELLAIRE BILATÉRALE.
- CERVICALGIES INTERMITTENTES DANS UN CONTEXTE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ÉTAGÉS.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- STATUS POST POSE DE PTH [prothèse totale de la hanche] GAUCHE.
- PRÉ-OBÉSITÉ.

[...]

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de travail prolongé en porte-à-faux. Pas de mouvements répétés de flexion/extension du tronc, pas de travail assis ou debout prolongé au-delà de 45 minutes, pas de position statique au-delà de 20 minutes, pas de port de charges au-delà de 10 kilos (charges légères).

Rachis cervical : pas de travail avec les bras surélevés de façon prolongée, pas de rotations rapides de la nuque ou de travail avec la nuque en extension.

MI : pas de travail accroupi ou à genou. Pas de montées ou descentes répétées d'escaliers. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre.

[...]

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Nous retenons la persistance d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de portier de jour ou de portier de nuit et une exigibilité de 50% dans une activité adaptée dès le 13.09.2013. »

Par projet du 1^{er} novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'augmenter sa rente au motif que la capacité de travail exigible était inchangée et qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier son droit à la rente.

L'assuré a contesté ce point de vue en date du 23 novembre 2017.

Dans un rapport du 29 janvier 2018, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé comme diagnostics principaux une douleur sur status post prothèse totale de la hanche gauche en 2013, un syndrome fémoro-patellaire gauche sur lésion ostéochondrale dégénérative trochléenne et rotulienne, des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants avec discopathie multi-étagée et arthrose facettaire, et une coxarthrose modérée à droite. La progression du processus arthrosique du genou gauche était très lente. Des investigations devaient être poursuivies afin d'exclure une probable infection à bas bruit au niveau de la prothèse de hanche.

Le SMR a constaté, dans son avis du 15 mars 2018, que ce rapport faisait état d'une diminution minime de la rotation interne de la hanche gauche depuis l'examen de mai 2017, et d'une flexion diminuée. Le bilan radiologique était en revanche parfaitement rassurant et ne présentait aucun changement par rapport aux clichés de 2015.

Dans un certificat médical du 16 mars 2018, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une dégradation dégénérative au niveau lombaire entre 2008 et 2015, qui pouvait handicaper l'assuré lors des mouvements

de flexion antérieure du tronc de manière répétitive ou lors du port de charges supérieures à 20 kg de manière régulière.

Le Dr P. _____ a mentionné dans un rapport reçu le 11 mai 2018 par l'OAI qu'il n'y avait pas de contrindication à une activité professionnelle adaptée à 100 % d'un point de vue ORL.

Le 26 juin 2018, l'assuré a produit le rapport de bronchoscopie du 18 mai 2018 du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, ainsi que le rapport de l'IRM de la colonne lombaire réalisée le même jour.

Dans un avis du 10 juillet 2018, le SMR s'est prononcé comme suit sur les documents médicaux produits par l'assuré :

« [...] De manière intéressante, le rapport de l'IRM lombaire du 18.05.2018 [...] conclut à des troubles modérés : déshydratation discale étagée, minime hernie discale extraforaminale paramédiane gauche en L5/S1 sans conflit radiculaire. Canal lombaire constitutionnellement de petite taille mais pas de canal lombaire étroit significatif ni rétrécissement foraminaux. Arthrose zygoapophysaire des deux derniers niveaux bilatéralement non inflammatoire (= arthrose interfacettaire comme conséquence logique de l'altération [dessiccation] des disques L4/L5 et L5/S1). « *En bordure de champ* » précisent les spécialistes, « *status post PTH gauche sans épanchement articulaire significatif* » (=argument en défaveur d'un processus infectieux à ce niveau-là).

Conclusion de B/ :

L'opposition de l'assuré en ce qui concerne le rachis lombaire est totalement déplacée ; il y a certes une certaine détérioration des lésions [...] disco-dégénératives, mais les limitations fonctionnelles établies au décours de l'examen clinique détaillé et spécialisé du 17.05.2017 sont beaucoup plus restrictives et biomécaniquement fondées que ce qu'exprime le Dr G. _____ sur la base de la seule lecture des clichés. De plus, l'IRM lombaire du 18.05.2018 lue par des spécialistes universitaires ne démontre aucune modification significative par rapport à 2015.

C/ Dans son courrier du 26.06.2018, l'assuré évoque aussi un problème de voix et fait référence à une béance des cordes vocales. Le rapport de bronchoscopie du 18.05.2018 du Dr R. _____, pneumologue, adressé au Dr M. _____, ORL, signale comme indication une « dyspnée principalement nocturne lorsqu'il dort sur le côté ». Le Dr R. _____ signale une béance au niveau des cordes vocales qui ne couvrent que le quart antérieur et une déviation de la trachée vers la gauche, sans trachéomalacie. Ce rapport ne nous indique rien quant à un problème de voix cliniquement significatif. Il

est intéressant de relever que le RM [rapport médical] du 11.05.2018 qui était initialement adressé en chirurgie orthopédique, mais qui a été rempli[...] par un médecin du service ORL, ne signale aucun problème relevant de cette spécialité qui pourrait être incapacitant.

Conclusion de C/ :

On ne dispose d'aucun argument médical qui imputerait une quelconque IT [incapacité de travail] à un problème ORL. Lors du minutieux examen clinique au SMRSR le 17.05.2017, aucun trouble de la parole ou de l'élocution n'est relevé. »

Dans un rapport du 26 décembre 2018, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les paramètres infectieux lors de la ponction parlaient clairement pour une infection malgré le fait qu'ils n'avaient pas pu retrouver de germes. Les douleurs restaient assez stables et le patient pouvait, du point de vue orthopédique, travailler à 100 % dans une activité plutôt sédentaire. Il y avait une indication à une révision de la prothèse, que l'assuré ne souhaitait pas faire dans l'immédiat en raison de problèmes pulmonaires pour lesquels il avait été hospitalisé.

Le SMR a considéré, dans un avis du 29 janvier 2019, qu'au plan locomoteur, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'examen clinique SMR du 17 mai 2017.

Sur la base des informations apportées par le Dr R._____ en date du 12 février 2019, le SMR a constaté dans un avis du 4 mars 2019 que le problème d'apnées obstructives du sommeil présenté par l'assuré était qualifié de degré suffisamment léger par le spécialiste pour qu'on puisse renoncer sans autres au traitement par CPAP, lequel était subjectivement mal toléré par l'assuré. Il en a conclu qu'il n'y avait pas de raison pneumologique qui limiterait l'exercice d'une activité professionnelle adaptée biomécaniquement à 50 %.

Par décision du 7 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente déposée par l'assuré, au motif que sa capacité de travail exigible et son degré d'invalidité demeuraient inchangés.

Par courrier séparé du même jour, l'OAI a répondu aux objections présentées par l'assuré, en s'appuyant sur les prises de position du SMR.

E. Par acte daté du 2 avril 2019, reçu le 4 avril 2019 par le greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, D._____ a recouru contre cette décision, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur à celui reconnu. En substance, il a fait valoir que ses problèmes dorso-lombaires étaient apparus en 2015, en se référant au rapport du Dr G._____ ainsi qu'aux IRM de 2008 et 2015. Il a ensuite déploré que l'OAI n'ait pas pris en considération la « grave infection » sur sa prothèse de hanche, exposant dans ce cadre les raisons le conduisant à refuser un changement de prothèse. Il a ensuite fait grief à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de son problème de cordes vocales, lequel lui interdit la poursuite de son activité de réceptionniste de nuit dans un hôtel. Il a enfin reproché à l'OAI de ne pas avoir mentionné le double nodule dans ses poumons, qui signale selon lui un possible début de cancer. Avec son recours, le recourant a produit les rapports des IRM de la colonne lombaire des 7 février 2008 et 18 juin 2015, le certificat médical du Dr G._____ du 16 mars 2018, un rapport du 22 octobre 2018 du Dr X._____ relatif à un changement de la prothèse, le rapport du Dr R._____ du 18 mai 2018, ainsi qu'un rapport de scanner thoracique du 26 juin 2018 faisant état d'une « stabilité sur trois mois du nodule solide apical gauche avec calcification excentrée, à gérer selon les recommandations usuelles ».

Dans sa réponse du 28 mai 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, se référant aux avis rendus par le SMR.

E n d r o i t :

1. 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 porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée – de manière à influencer son droit à la rente – depuis les décisions des 24 juillet et 19 août 2015 qui l'ont mis au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} mars au 31 décembre 2013, puis d'un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2014 (cf. ATF 133 V 108).

3. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Aux termes 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté une péjoration de son état de santé à compter de mars 2012, qui a conduit l'OAI à entrer en matière sur sa nouvelle demande de juin 2012 et à lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} mars au 31 décembre 2013, puis à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2014, sans limitation dans le temps. Pour le surplus, il est admis qu'à compter du 16 mars 2012, l'activité habituelle de portier de nuit n'est plus exigible (cf. avis SMR du 29 janvier 2014, décisions des 24 juillet et 19 août 2015).

Se pose dès lors la question de savoir si, comme le soutient le recourant, son état de santé s'est péjoré de manière telle qu'une rente d'un degré plus élevé que celui d'un quart de rente doive lui être reconnu à la suite de sa demande de révision du 13 novembre 2015, sur laquelle l'OAI est entré en matière.

b) Afin de déterminer si tel était le cas, l'OAI a fait réaliser un examen clinique rhumatologique auprès du SMR, au terme duquel le Dr J._____ a considéré qu'il n'y avait pas de modification significative de l'état de santé du recourant. Pour arriver à cette conclusion, le Dr J._____ a procédé à un examen clinique détaillé du recourant en date du 17 mai 2017, a pris connaissance de l'ensemble de son dossier médical, y compris de son dossier radiologique, a tenu compte de son anamnèse tant familiale que scolaire et socioprofessionnelle, ainsi que de ses plaintes. Il a exposé de manière détaillée et motivée les diagnostics retenus ainsi que leurs effets sur la capacité de travail du recourant, comme cela va être démontré ci-après. Il y a dès lors lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'examen clinique du 13 juin 2017.

aa) Au niveau du rachis, le Dr J._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs étagés et de protrusion discale en L4-L5, ainsi que de cervicalgies intermittentes dans un contexte de troubles

dégénératifs étagés. Il a constaté de légers troubles statiques, avec une augmentation de la cyphose dorsale, une diminution de la lordose lombaire et un relâchement de la sangle abdominale, mais n'a pas relevé d'attitude antalgique chez le recourant. Il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur en relation avec une compression radiculaire que ce soit au niveau cervical ou lombaire.

Le Dr J._____ a exclu l'existence d'un syndrome rachidien cervical étant donné la gestuelle spontanée normale de la nuque, la palpation indolore ainsi que l'absence de contracture, relevant que la rotation était limitée par une contre pulsion de l'assuré. Il a précisé que les discarthroses pluri-étagées prédominant en C5-C6 avec une sténose foraminale bilatérale en C4-C5, révélées par IRM, étaient nettement antérieures à l'arrêt de travail.

Au niveau lombaire, la mobilité était légèrement limitée et le recourant présentait davantage de douleurs en extension, ce qui orientait vers une surcharge des articulations postérieures. La palpation était douloureuse, mais il n'y avait pas de contractures, ni de sciatalgies irritatives. Le Dr J._____ a conclu à l'existence d'une raideur du rachis lombaire et à l'absence de syndrome rachidien. Comparant l'IRM dorsolombaire du 18 juin 2015 au rapport de l'IRM de février 2008, il a constaté que la discopathie en L4-L5 ne s'était pas péjorée et qu'il y avait un trouble dégénératif postérieur étagé modéré de L2-L3 à L4-L5. Il a pris position sur l'avis du Dr Q._____ en expliquant que le seul constat à l'IRM d'une discopathie avec un éventuel conflit n'était pas suffisant pour juger de l'évolution de l'état de santé, puisque l'examen radiologique devait être confronté avec la clinique. Il a ainsi exposé qu'un éventuel conflit avec la racine L5 gauche avait déjà été évoqué en 2008 par le radiologue et qu'il n'y avait pas d'élément clinique pour une irritation ou une compression de racine. Le Dr J._____ a précisé que le score de Waddell était négatif à la recherche de signes comportementaux et a exclu une éventuelle polyinsertionite.

bb) Concernant les hanches, le Dr J._____ a noté une palpation douloureuse, mais a précisé que son examen clinique était rassurant et ne justifiait pas d'investigations complémentaires.

cc) Il a par ailleurs retenu le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire bilatérale, laquelle était connue de longue date et confirmée par l'imagerie. L'examen des genoux était cependant rassurant, avec une diminution de la mobilité à gauche et une palpation douloureuse, mais sans épanchement ni rabet rotulien.

dd) Les douleurs abdominales chroniques, déjà décrites dans l'expertise de 2007, n'avaient pas été améliorées par la cholécystectomie réalisée en 2016 et n'avaient pas d'explications objectives.

ee) Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, ainsi que de l'appréciation faite par le Dr U._____ dans son rapport du 23 octobre 2013, le Dr J._____ a conclu que l'état de santé du recourant restait compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à 50 %. Les limitations fonctionnelles, liées au rachis lombaire, au rachis cervical ainsi qu'aux membres inférieurs étaient les suivantes : pas de travail prolongé en porte-à-faux, pas de mouvements répétés de flexion/extension du tronc, pas de travail assis ou debout prolongé au-delà de 45 minutes, pas de position statique au-delà de 20 minutes, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de travail avec les bras surélevés de façon prolongée, pas de rotations rapides de la nuque ou de travail avec la nuque en extension, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de montées ou descentes répétées d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre.

c) Certes, à la suite de l'examen SMR, le recourant a fait état de nouvelles péjorations de son état. Toutefois, celles-ci sont sans effet supplémentaire sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

aa) S'agissant plus spécifiquement de la problématique dorso-lombaire, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme qu'elle est

apparue en 2015. Dans son certificat médical du 16 mars 2018, le Dr G. _____ reconnaît que la hernie discale L4-L5 était déjà présente en 2008, de même qu'un conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche. Le Dr J. _____ a eu connaissance de l'entier du dossier radiologique lorsqu'il a rédigé son rapport d'examen du 13 juin 2017, et en particulier des résultats de l'IRM dorso-lombaire du 18 juin 2015 dont se prévaut le recourant. Dans son rapport, il explique de manière convaincante que l'imagerie n'est pas suffisante pour retenir une aggravation et relève qu'il n'y avait pas d'élément clinique pour une irritation ou une compression de racine, notamment des racines L4 ou L5 (rapport d'examen p. 10). Le SMR a par ailleurs pris connaissance de la nouvelle IRM réalisée le 18 mai 2018 et souligné qu'elle ne démontrait aucune modification significative par rapport à 2015 (avis du 10 juillet 2018). En outre, il faut constater que les limitations fonctionnelles fixées par le Dr G. _____, à savoir l'absence de mouvements répétés de flexion antérieure du tronc et la limitation du port régulier de charges à 20 kg, sont même moins restrictives que celles retenues par le Dr J. _____, comme le relève le SMR dans son avis du 10 juillet 2018. Les éléments avancés ne permettent ainsi pas de s'écarter de l'appréciation - probante - du Dr J. _____.

bb) Pour le surplus, lorsque la problématique de la très probable infection de la prothèse de la hanche gauche est survenue, l'OAI a pris le soin d'interpeller le Dr X. _____ afin d'en connaître l'évolution. Ce médecin spécialiste a répondu à cet égard que dans une activité plutôt sédentaire, le patient pourrait travailler à 100 % du point de vue orthopédique, et a précisé qu'il ne devrait pas marcher trop (cf. rapport du 26 décembre 2018). Dans son avis du 29 janvier 2019, le SMR souligne que les limitations fonctionnelles retenues au terme de l'examen clinique rhumatologique définissaient un travail léger dont l'exigibilité était limitée à 50 %, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ce rapport. Les limitations retenues comprennent en effet notamment l'absence de position assise ou debout de manière prolongée au-delà de 45 minutes et l'absence de marche sans s'arrêter au-delà de 1 km. Le recourant ne peut dès lors pas être suivi lorsqu'il affirme que l'OAI n'a pas pris en compte cet aspect.

cc) Le recourant reproche en outre à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de ses problèmes de cordes vocales. Or le SMR s'est prononcé sur le rapport de bronchopathie du 18 mai 2018 du Dr R._____ dans son avis du 10 juillet 2018, relevant qu'aucun problème de voix cliniquement significatif n'était mentionné ni dans ce rapport, ni dans le rapport d'examen minutieux du Dr J._____. Le SMR s'est par ailleurs référé au rapport médical du 11 mai 2018 du Dr P._____ qui, en tant que médecin ORL, ne voyait pas de contre-indications à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, étant précisé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au niveau ORL. On relèvera au demeurant que l'argument du recourant selon lequel l'atteinte des cordes vocales l'empêcherait d'exercer l'activité de réceptionniste de nuit dans un hôtel est sans portée, dans la mesure où l'activité habituelle en question n'est plus exigible (avis SMR du 29 janvier 2014, rapport d'examen SMR du 13 juin 2017). En outre, dans son rapport d'expertise du 28 septembre 2005, le Dr Z._____ mentionnait déjà une hypophonie après opération sur les cordes vocales en 1996, qu'il a jugée sans répercussion sur la capacité de travail.

dd) En dernier lieu, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir occulté qu'il présente un double nodule dans les poumons, qui signale selon lui un possible début de cancer. Il a produit à ce sujet le rapport du scanner thoracique qu'il a passé le 26 juin 2018. Ce document précise que l'examen en question a été effectué en vue de contrôler l'évolution d'un nodule pulmonaire apical gauche révélé lors du précédent scanner thoracique, le 9 mars 2018. Les médecins ont conclu à une stabilité du nodule, qui devait être géré selon les recommandations usuelles. Il est mentionné qu'une copie de ce rapport a été envoyée au Dr R._____. Celui-ci, interpellé par l'OAI en lien avec le syndrome d'apnées du sommeil du recourant, n'a fait aucune mention de ce nodule dans son rapport du 12 février 2019. Même si les questions portaient avant tout sur l'appareillage nocturne prescrit au recourant, le SMR a toutefois précisé qu'il lui importait de savoir si la problématique d'ordre pneumologique interférait avec l'exigibilité d'une activité à 50 % biomécaniquement

légère. Dans ce cadre, le Dr R. _____ aurait à l'évidence relevé une éventuelle limitation due au nodule, si tel était le cas.

Ce spécialiste a en outre fait savoir que le syndrome d'apnées du sommeil était de degré léger et que compte tenu du faible index d'apnées/hypopnées, il n'avait pas d'indications à insister pour que le patient poursuive le traitement par CPAP. Le SMR a par conséquent estimé dans son avis du 4 mars 2019 qu'il n'y avait pas de raison pneumologique qui limiterait l'exercice d'une activité professionnelle adaptée biomécaniquement à 50 %.

d) Il résulte de ce qui précède que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé au point de modifier sa capacité de travail exigible, comme relevé à juste titre par l'OAI à l'issue d'une instruction poussée du cas. En l'absence de modification du taux d'invalidité depuis les décisions des 24 juillet et 19 août 2015, l'OAI était fondé à rejeter la demande de révision déposée par le recourant.

7. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

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 des 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 et dont la demande d'assistance judiciaire a été rejetée par décision incidente du 3 juin 2019.

Il n'y a par ailleurs 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 7 mars 2019 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 mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. D. _____,
- 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 :