

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Rébecca Grand, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, d'origine [...] et naturalisé suisse en 1994, marié et père de trois enfants, sans formation, a effectué des missions pour le compte de S._____ en qualité de manutentionnaire du 31 mars 2008 au 28 août 2009.

L'assuré a déposé le 9 avril 2010 une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs dorso-lombaires existant depuis juillet 2009.

Le 26 avril 2010, le Dr I._____, médecin généraliste traitant depuis 1992, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de scoliose dorsale et lombaire algique existant depuis l'enfance, et celui sans répercussion sur ladite capacité de neutropénie absolue remontant à 2000. Pour ce médecin, la capacité de travail comme ouvrier non qualifié était nulle depuis le 29 janvier 2010, mais entière « dans un reclassement professionnel ». Il a précisé que l'assuré devrait être en mesure d'effectuer un travail sans port de charge ni travail à la chaîne en rotation du thorax.

L'OAI a pris en charge les frais pour un stage d'orientation professionnelle débutant le 26 juillet 2010. L'assuré a interrompu prématurément ce stage, le 26 août 2010, en fournissant un certificat médical du 21 août 2010 du Dr I._____, selon lequel il était totalement incapable de travailler depuis le 20 août 2010.

Le 4 septembre 2010, le Dr I._____ a attesté une incapacité totale de travail, précisant que le patient avait présenté une aggravation de sa condition médicale à la suite de l'engagement « dans un travail non conforme à [s]on rapport médical AI du 26.1.2010 [recte : 26.04.2010] ».

Par rapport du 23 septembre 2010, le Dr M._____, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose). Selon lui, l'activité de manutentionnaire n'était pas adaptée, mais la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit sans port de charges de plus de 6 kg, sans porte-à-faux et rotations répétées du rachis, et permettant l'alternance des positions.

Par décision du 16 novembre 2010, confirmant un projet du 7 octobre 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. Il a expliqué que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, citant celles énumérées par le Dr M._____ du SMR. Il ressortait de la comparaison des revenus sans et avec invalidité un taux d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

L'intéressé a par la suite bénéficié d'une aide au placement.

Selon un rapport final de la Fondation II._____ du 27 mai 2011, l'assuré avait retrouvé un emploi depuis le mois de mars 2011 en tant que livreur et aide de cuisine pour le compte d'un restaurant. Les limitations présentées excluant les exercices répétitifs en torsion, le poste de plongeur avait semblé peu adapté. A la suite d'un contact avec l'employeur, celui-ci avait confié à l'assuré davantage de tâches de livraisons et moins d'activités liées à la vaisselle, ce avec quoi l'intéressé s'était déclaré satisfait. Les horaires actuels de ce dernier ne lui laissant pas une disponibilité suffisante pour un suivi II._____, le dossier avait été fermé à sa demande. Le 9 juin 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait son dossier en suspens dans le cadre de l'aide au placement.

B. Le 5 décembre 2015, le Dr I._____ a fait savoir à l'OAI que depuis son rapport du 26 janvier [recte : avril] 2010, la situation clinique avait changé, avec l'apparition de nouvelles pathologies chroniques invalidantes, en plus de celles préexistantes, à savoir des paresthésies

fulgurantes du membre supérieur gauche [recte : droit] et une discopathie protrusive avec rétrécissement foraminal C5-C6 gauche [recte : droit] non chirurgical.

Le 9 décembre 2015, l'assuré a déposé formellement une nouvelle demande de prestations en faisant état de lombalgies chroniques, avec une dégradation continue depuis 2009, ainsi que d'une atteinte aux cervicales existant depuis 2015. Il a précisé qu'il exerçait une activité de livraison pour le compte d'un traiteur à un taux de 25 % depuis janvier 2013.

Dans un rapport du 22 janvier 2016, le Dr I. _____ a posé les diagnostics de paresthésies fulgurantes du membre supérieur droit sur contrainte intermittente C6 droite dans un contexte de discopathie C5-C6 droite avec rétrécissement foraminal, de lombalgies basses droites dans un contexte de scoliose lombaire, de coxarthrose bilatérale, de genu varum bilatéral, ainsi que de neutropénie génétique. Il a fait état d'une aggravation des douleurs et des paresthésies spondylogènes au niveau du membre supérieur droit et du thorax à droite. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 25 %, ce taux pouvant éventuellement augmenter dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, soit un travail ne comprenant pas de manutention. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs au port de moindres charges, « chez un patient sans qualification professionnelle ». Le pronostic était défavorable et la situation actuellement stationnaire.

L'assuré a été engagé dès le 24 février 2016 en qualité de veilleur de nuit à temps partiel par le T. _____, à raison de 10 heures par nuit, au minimum deux nuits par semaine (cf. contrat de travail daté du même jour).

Dans un rapport du 26 février 2016, le Dr E. _____, chiropraticien traitant depuis septembre 2015, a indiqué que l'intéressé exerçait une activité de manutentionnaire à 25 %, qu'il qualifiait de pénible à cause de la dimension des colis à manipuler. Le patient lui avait

décrit une aggravation de ses symptômes après presque chaque quart de journée de manutention. Les efforts en porte-à-faux étaient ceux qui lui posaient le plus de problèmes, ce qui était compréhensible au vu de la pathologie fonctionnelle présentée. Le patient semblait répondre favorablement à la prise en charge chiropratique quoique les soins doivent être poursuivis probablement pendant encore quelques mois. L'activité actuelle n'était pas adéquate et une aide à la réinsertion professionnelle serait utile.

Le 1^{er} juin 2016, le Dr V. _____ du SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible et qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Dans un rapport à l'OAI du 22 juin 2016, la Dresse H. _____, spécialiste en neurologie, a relevé avoir examiné l'assuré lors d'une unique consultation, le 25 avril 2016, et qu'aucune discussion sur la capacité de travail n'avait eu lieu. Elle n'avait donc pas posé de questions relatives à l'existence de limitations fonctionnelles, de sorte qu'elle ne pouvait se prononcer à ce sujet. La spécialiste a joint en annexe un rapport du 4 mai 2016 établi à la suite de dite consultation, dans lequel elle posait les diagnostics de troubles sensitifs du membre supérieur droit probablement sur radiculopathie C6 droite, dus à une uncarthrose C5-C6 droite, de troubles sensitifs dorsaux peut-être en lien avec la scoliose, mais sans éléments pour une radiculopathie compressive. Elle ajoutait que le patient avait présenté depuis l'été 2015 des troubles sensitifs très peu fréquents et de courte durée du membre supérieur droit, en rapport avec la position et l'activité. Au vu de la faible répercussion clinique, il n'y avait pas d'indication chirurgicale, seulement un traitement conservateur en cas de douleurs handicapantes. De même, au regard de la faible répercussion clinique des troubles sensitifs dorsaux, n'entraînant pas de traitement particulier, la spécialiste ne proposait pas d'investigation complémentaire. Elle a également joint un rapport du 7 août 2015 du Dr R. _____, spécialiste en radiologie, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale effectuée le même jour, concluant à une discopathie protrusive C3-C4 avec hypertrophie des processus uniformes

de C4 sans retentissement sur les foramens correspondants, et à une discopathie protrusive également C5-C6 avec uncarthrose de C6 droite et débord disco-ostéophytique foraminal pouvant être à l'origine d'une contrainte sur la racine C6 droite.

Dans un rapport du 11 novembre 2016 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation, a indiqué suivre l'assuré depuis avril 2013. Il a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de cervicalgies et lombalgies basses permanentes depuis 2009 exacerbées par l'effort avec une suspicion de spondyloarthropathie, de trouble statique avec accentuation de la cyphose dorsale suivie par une longue courbure peu marquée, scoliose en C à convexité droite, aspect cunéiforme de la vertèbre D11 (selon rayons X du 13 décembre 2010), de coxarthrose débutante à prédominance polaire supérieure avec sclérose du toit du cotyle (selon rayons X du 13 décembre 2010), ainsi que de gonalgies droites depuis juin 2016 avec un genu varum marqué bilatéral prédisposant à la gonarthrose. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une neutropénie et une hyperuricémie. Le pronostic était mauvais. Selon le spécialiste, l'activité habituelle de veilleur de nuit était exigible à 100 %, mais sans travaux de nettoyages lourds, ceci depuis le début à ce poste de travail en mars 2016. Le Dr Q._____ a exposé que le rendement était total dans une activité exercée dans différentes positions. Les travaux suivants ne pouvaient plus être exigés de l'assuré : activités uniquement en position assise/debout, principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie/à genoux, soulever/porter plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, monter sur une échelle/escaliers, effectuer des mouvements de torsion/de flexion répétés, et une position soutenue en porte-à-faux. La résistance de l'assuré était limitée s'agissant d'un travail répétitif. Le spécialiste a précisé que les indications quant aux limitations fonctionnelles étaient valables depuis 2009 (cf. p. 8). Il a expliqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé entre 2011 et 2016, ce qui était démontré par la comparaison des IRM lombaires effectués les 5 novembre 2011 et 10 juin 2016. Le Dr Q._____ a joint à

son envoi, en particulier, un rapport (portant une date illisible) établi par le Dr Y._____, rhumatologue, se fondant sur un bilan radiologique effectué le 15 décembre 2010 et énonçant qu'une horizontalisation du sacrum et une bascule du bassin en défaveur de la droite avaient été mises en évidence, et préconisant, entre autres, la reprise d'une activité professionnelle aussi rapidement que possible. Etait aussi annexé un rapport du 8 novembre 2011 de la Dresse X._____, radiologue, faisant suite à une IRM de la colonne lombaire du 5 novembre 2011, concluant à une discopathie en L3-L4 et de manière plus discrète en L4-L5 avec un contact extraforaminal à droite avec la racine L3 droite et extraforaminal à gauche en L4-L5 avec la racine L4 gauche, sans autre anomalie ou zone de rehaussement suspect. Etait également joint un rapport du 13 août 2015 de la Dresse K._____, neurologue, posant le diagnostic de paresthésies fulgurantes du membre supérieur gauche sur contrainte intermittente radiculaire C6 droite dans un contexte de discopathie protrusive C5-C6 et rétrécissement foraminal droit à la même hauteur, et concluant qu'en l'absence de déficit fonctionnel significatif du membre supérieur droit, l'attitude thérapeutique devait rester conservatrice, sous la forme de la mise en place d'une rééducation posturale rachidienne active. Etaient aussi annexés des rapports du 18 août 2016 du Dr A._____, radiologue, consécutifs à une radiographie et à une échographie du genou droit.

Le Dr Q._____ a encore joint trois rapports de la Dresse W._____, radiologue, relatifs à des examens d'imagerie qu'il avait fait réaliser. Dans le premier rapport, faisant suite à une IRM du 10 juin 2016 de la colonne lombaire, cette spécialiste retenait ce qui suit :

« Conclusions :

Discopathies dégénératives des trois derniers étages lombaires, en L3-L4 petite déchirure annulaire foraminale droite associée à des signes inflammatoires pouvant avoir un effet irritatif de la racine L3 droite.

Signes de Bastrup de L2 à S1 plus marqués en L4-L5 augmentés par rapport au comparatif de 2011. Modifications dégénératives des trois derniers étages lombaires inter-facettaires postérieurs associées à des signes inflammatoires surtout au niveau L4-L5, L5-S1.

Augmentation également de signes inflammatoire en angle du bord supérieur de L4 et apparition de très faible signe inflammatoire en angle au bord supérieur de L3, ce dernier non visible sur l'examen de 2011.

Les signes inflammatoires visualisés sur cet examen méritent d'être corrélés avec les données de laboratoire à la recherche d'une spondyloarthropathie. »

Dans son deuxième rapport, consécutif à une IRM du 30 juin 2016 des articulations sacro-iliaques, la Dresse W._____ concluait que l'examen n'avait pas permis de retrouver une atteinte inflammatoire au niveau des structures osseuses du bassin visibles et des articulations sacro-iliaques explorées. Dans le troisième, relatif à une IRM du 30 septembre 2016 de la colonne thoracique, cette spécialiste retenait qu'au niveau du segment thoracique, il n'y avait pas d'argument pour une atteinte inflammatoire ou pour une pathologie comme une spondyloarthropathie.

Selon la fiche de salaire de l'assuré du mois de novembre 2016 établie par T._____, l'intéressé avait œuvré dix nuits durant le mois en question, réalisant à ce titre un salaire brut de 2'400 francs.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2016 au Dr Q._____, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies communes chroniques, de troubles statiques et dégénératifs connus, de discopathie et arthrose articulaire postérieure, d'inflammation du Bastrup d'origine dégénérative ancienne, de douleurs coxo-fémorales irradiant sur la face interne du genou droit d'origine probablement coxo-fémorale sur possible lésions du labrum, de status après déchirure du faisceau superficiel du droit à droite, ainsi que d'écho-brachialgie non déficitaire à droite. Le Dr C._____ a relevé que le patient travaillait comme veilleur de nuit, ce qui s'accompagnait malheureusement de nettoyages réguliers qui exacerbent les douleurs. L'intéressé n'avait cependant pas interrompu cet emploi pour lequel il était payé à 50 %, mais où il affirmait travailler à 100 %. L'assuré voyait mal comment il pourrait se recycler dans une autre activité, ne maîtrisant que partiellement la langue française, notamment sur le plan de l'écriture. Le spécialiste a notamment indiqué qu'il n'avait aucun argument en faveur

d'une spondylarthropathie, de sorte qu'il estimait que le patient souffrait de rachialgies chroniques en partie décompensées par des troubles dégénératifs. Enfin, il a informé son confrère qu'il lui laissait le soin de gérer la problématique socio-professionnelle, précisant qu'il semblait que l'assuré cherchait à retrouver une certaine capacité de travail et encourageant d'éventuelles mesures de réinsertion professionnelle.

Par avis médical du 5 avril 2017, le Dr L. _____ du SMR a relevé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr Q. _____ selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, comme celle de veilleur de nuit, mais sans les travaux ménagers lourds. Il a cité la plupart des limitations fonctionnelles retenues par le spécialiste. Le Dr L. _____ a ajouté que cette capacité de travail existait depuis le 11 novembre 2016 au moins, date du rapport du Dr Q. _____.

Le Service de réadaptation de l'OAI a fixé le revenu sans invalidité selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique. Le revenu avec invalidité équivalait à celui sans invalidité, auquel avait été appliqué un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, soit 55 ans (cf. fiche REA - Calcul du salaire exigible du 22 mai 2017).

Par décision du 11 juillet 2017, confirmant un projet du 1^{er} juin 2017, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il a expliqué que la capacité de travail de l'intéressé était totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit ne comprenant pas de port de charges de plus de 5 kg, de déplacement en terrain irrégulier, de station à genoux et/ou accroupie, de geste demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de un à 2 kg à bout de bras. L'assuré pourrait par exemple travailler en tant que veilleur de nuit ou contrôleur de qualité. Il ressortait de la comparaison des revenus sans et avec invalidité - ce dernier tenant compte d'un taux d'abattement de 10 % pour

prendre en considération les limitations fonctionnelles - un degré d'invalidité de 10 %. Ceci n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

C. Par acte du 25 août 2017, F._____, désormais représenté par Me Rébecca Grand, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que la pleine capacité de travail retenue par l'OAI entrainait en contradiction avec les autres documents médicaux au dossier, le Dr Q._____ ayant en particulier fait état d'un mauvais pronostic et d'une aggravation de son état de santé. Il a déploré que l'OAI n'ait pas tenu compte de l'entier des limitations fonctionnelles relevées par ce médecin, en particulier sa capacité de résistance limitée, l'impossibilité de travailler dans des positions statiques, de même qu'en effectuant des mouvements de torsion ou de flexion répétés et dans une position soutenue en porte-à-faux. Pour lui, il aurait fallu tenir compte de ces limitations fonctionnelles, listées également par le Dr I._____ et, pour celle relative aux efforts en porte-à-faux, par le Dr E._____. Le poste d'ouvrier d'assemblage cité dans la décision litigieuse ne correspondait pas aux limitations médicalement attestées. De plus, il a fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du fait que le Dr C._____ avait indiqué qu'il ne travaillait qu'à 50 %, tout en se plaignant d'une baisse de rendement de 50 %, laquelle avait également été mentionnée par le Dr E._____. Il s'est en outre prévalu du fait qu'il n'exerçait son activité de veilleur de nuit qu'à 50 % et avait dû changer sa précédente activité de livreur dans la restauration qui était trop pénible pour lui. Il en a déduit qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à son état. Dans un autre moyen, il a fait valoir que l'avis du SMR du 5 avril 2017 n'avait pas valeur probante, dès lors qu'il se fondait uniquement sur le rapport du Dr Q._____ du 11 novembre 2016 mais ne le citait que très partiellement, omettant en particulier de retenir que, selon ce médecin, son état s'était péjoré entre 2011 et 2016, et que l'activité de veilleur de nuit n'était exigible à 100 % que sans travaux de nettoyages lourds. L'avis du SMR ne retenait en outre pas toutes les limitations fonctionnelles, ni la baisse de rendement et la

limitation à la résistance. Il n'avait de plus pas été établi en toute connaissance du dossier et n'était pas dûment motivé. A titre subsidiaire, le recourant a encore allégué que dans la mesure où il avait 56 ans lorsqu'avait été fixée son aptitude, qu'il n'avait qu'une formation de manœuvre, qu'il n'était pas de nationalité suisse, que sa capacité de résistance était limitée et qu'il ne parlait pas le français, il n'était pas possible d'exiger de lui la reprise d'une activité à 100 %, quelle qu'elle soit. Il a ajouté qu'il ne voyait pas quel poste il pourrait occuper. Encore plus subsidiairement, le recourant a soutenu que l'OAI avait violé le droit en fixant un abattement de seulement 10 % sur le revenu avec invalidité.

Le 13 octobre 2017, le recourant a produit une lettre du 20 décembre 2016 du T._____, lequel résiliait les rapports de travail avec effet au 31 janvier 2017. Il a également joint un certificat de travail du 28 juillet 2017, établi par l'ancien employeur, faisant notamment état de ce qui suit :

« Sous les ordres du responsable hébergement, Monsieur F._____ était occupé à des tâches inhérentes à sa fonction, soit : d'une part de la bienveillance des clients de notre hôtel et d'autre part du gardiennage de nos différents bâtiments situés sur notre domaine. De plus des tâches complémentaires lui ont été demandées dans le cadre de son travail :

- Nettoyage des lieux publics durant la nuit
- Nettoyage des chaussures de membres
- Réception des livraisons de marchandises et saisie informatique des bons de livraison. »

Dans sa réponse du 24 octobre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 15 novembre 2017, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire concernant sa capacité de travail, ses limitations fonctionnelles et son rendement. Il a également précisé ses conclusions en ce sens qu'il concluait à l'annulation de la décision litigieuse, principalement au renvoi de la cause à l'OAI et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière à l'échéance du délai d'attente.

Le 16 novembre 2017, le recourant a produit un rapport établi le 7 août 2017 par le Dr N._____, radiologue, à la suite d'une arthro-IRM de la hanche droite, concluant à ce qui suit :

« Discrète voussure osseuse à la jonction cervico-céphalique fémorale, peu marquée, avec un angle α mesuré à 64.7° et un offset à 7 mm.

Labrum partiellement ossifié sur son versant antéro-supérieur avec petite fissure labro-cartilagineuse focale de 2 mm de diamètre postéro-supérieurement à 11h.

Chondropathie avec diminution de l'épaisseur cartilagineuse de la partie supérieure du cartilage du cotyle.

Discret excès de couverture latérale à droite. »

Le 11 décembre 2017, l'OAI a maintenu sa position.

Le 22 décembre 2017, le recourant a encore transmis un rapport du 7 décembre 2017 adressé au Dr I._____ par le Dr D._____, rhumatologue, faisant notamment état d'une douleur irradiant la cuisse droite investiguée par une arthro-IRM, laquelle avait mis en évidence une petite fissure dans la jonction labrocartilagineuse focale. Le spécialiste relevait qu'à l'examen clinique, la hanche droite était très sensible en flexion et rotation interne. Pour la lésion de la hanche, il proposait une consultation chez un autre spécialiste et, s'agissant des lombalgies, une prise en charge de physiothérapie.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige a trait au droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles, rente) à la suite de sa nouvelle demande déposée le 9 décembre 2015. Il porte singulièrement sur le point de savoir si le degré d'invalidité de l'intéressé a subi une modification significative entre la décision rendue le 16 novembre 2010 - savoir la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision attaquée.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 125 V 256 consid. 4).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des

circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré en décembre 2015 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit celle du 16 novembre 2010 - et la décision litigieuse du 11 juillet 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

La décision du 16 novembre 2010 se fondait essentiellement sur le rapport du 23 septembre 2010 du Dr M. _____ du SMR. Celui-ci a

retenu des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose) et a conclu que l'activité de manutentionnaire n'était pas adaptée, mais que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit sans port de charges de plus de 6 kg, sans porte-à-faux et rotations répétées du rachis, et permettant l'alternance des positions.

Quant à la décision litigieuse, elle est principalement basée sur l'avis du Dr L._____ du SMR du 5 avril 2017. Celui-ci a énoncé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation faite par le Dr Q._____ dans son rapport du 11 novembre 2016, selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, comme celle de veilleur de nuit, mais sans les travaux ménagers lourds. Dans ce rapport, le Dr Q._____ a décrit comme étant adaptée une activité pouvant être exercée dans différentes positions (et non pas uniquement assise/debout/principalement en marchant), n'exigeant pas de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie/à genoux, en position soutenue en porte-à-faux, de soulever/porter plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, de monter sur une échelle/escaliers, d'effectuer des mouvements de torsion/de flexion répétés. Il a ajouté que la résistance de l'assuré était limitée s'agissant d'un travail répétitif.

Il y a lieu de se rallier aux conclusions du Dr Q._____, selon lesquelles le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, ce spécialiste a rendu son rapport après avoir sollicité de nombreux examens complémentaires, notamment sous forme d'IRM de la colonne lombaire, thoracique, et des articulations sacro-iliaques (cf. rapports des 10 et 30 juin, ainsi que du 30 septembre 2016 de la Dresse W._____). Il a en outre procédé à un examen complet de l'assuré, qu'il a vu à plusieurs reprises à partir du mois d'avril 2013, en particulier dans le premier semestre de 2016, et une dernière fois le 7 octobre 2016. Il a également exposé et pris en considération les plaintes de l'intéressé, et décrit clairement le contexte médical. Enfin, ses conclusions sont bien motivées. Ce rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Au

demeurant, il en ressort que l'activité de veilleur de nuit telle qu'elle était exercée n'était pas totalement adaptée aux limitations fonctionnelles, dans la mesure où l'assuré devait notamment effectuer des travaux de nettoyage lourds.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les éléments médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport précité du Dr Q._____. En particulier, l'intéressé ne peut se prévaloir du fait que ce spécialiste a retenu, dans ce même rapport, que le pronostic était mauvais et qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé démontrée par la comparaison entre les IRM lombaires réalisées en 2011 et en 2016, puisque malgré ces constatations, le Dr Q._____ a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

En outre, dans son rapport du 26 février 2016, le Dr E._____ ne s'est ni prononcé sur la capacité de travail du recourant, ni sur une éventuelle baisse de rendement. En revanche, il a exposé que l'activité de manutentionnaire exercée par l'assuré à 25 % - lors de la rédaction du rapport - n'était pas adaptée à son état de santé, en particulier s'agissant des efforts en porte-à-faux. Une telle limitation a été relevée par le Dr Q._____.

Le rapport du 22 janvier 2016 du Dr I._____ n'est lui non plus pas propre à mettre en doute les conclusions du Dr Q._____. En effet, même si le Dr I._____ a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle - de manutention - était seulement de 25 %, il a précisé que ce taux pouvait augmenter dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, soit un travail ne comprenant pas de manutention. Le Dr I._____ n'est en outre pas spécialiste et, en tant que médecin généraliste traitant du recourant depuis 1992, ses constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra).

Quant au rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr C._____, il se limite à mentionner, au titre de l'anamnèse, ce qui suit : « après avoir fait

une demande AI qui a été refusée en 2010, l'assuré s'est recyclé tout d'abord comme livreur de repas dans des cantines, puis actuellement travaille comme veilleur de nuit, qui malheureusement s'accompagne de nettoyages réguliers et qui exacerbent ses douleurs, il n'a cependant pas interrompu cette activité pour laquelle il est payé à 50 %, mais où il affirme travailler à 100 % ». Le Dr C. _____ ne s'est donc pas réellement prononcé sur la capacité de travail du recourant, se contentant de décrire la situation professionnelle de ce dernier en se fondant sur les dires de l'intéressé. Par ailleurs, le fait que l'activité de veilleur exercée par l'assuré n'était pas pleinement adaptée à son état de santé a déjà été relevé par le Dr Q. _____, qui a précisé que celle-ci devrait être réalisée sans les travaux de nettoyage lourds. Ainsi, une éventuelle limitation de la capacité de travail dans cette activité tient au fait qu'elle n'était pas totalement adaptée. Ce ne sont d'ailleurs pas les strictes attributions de veilleur qui se sont avérées problématiques, mais la tâche supplémentaire de nettoyage des lieux publics (cf. certificat de travail du 28 juillet 2017).

La Dresse H. _____ n'a quant à elle pas pris position sur la capacité de travail de l'assuré, ni sur les limitations fonctionnelles présentées (cf. rapport du 22 juin 2016). Au demeurant, il ressort de son rapport du 4 mai 2016 qu'au vu de la faible répercussion clinique des troubles constatés, il y avait uniquement lieu de mettre en place un traitement conservateur, respectivement aucun traitement particulier.

Enfin, le rapport d'arthro-IRM de la hanche droite du 7 août 2017, ainsi que le rapport du 7 décembre 2017 du Dr D. _____ y relatif, produits par l'intéressé dans le cadre de son recours, ne mettent pas en évidence une atteinte invalidante propre à remettre en cause les conclusions du Dr Q. _____, d'autant plus qu'il n'est pas fait état des limitations fonctionnelles.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation du recourant ne s'est pas péjorée de manière à influencer son droit aux prestations par rapport à celle qui prévalait à l'époque de la décision du 16 novembre 2010, puisqu'il était alors déjà relevé que sa capacité de

travail était entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, dans dite décision, l'OAI avait déjà retenu des limitations fonctionnelles, soit l'exercice d'une activité permettant l'alternance des positions, sans port de charges de plus de 6 kg, ni porte-à-faux, ni rotations répétées du rachis. Il ressort certes du rapport du 11 novembre 2016 du Dr Q. _____ que le recourant présente des limitations supplémentaires, qui n'ont pas toutes été retenues par l'OAI dans la décision litigieuse, mais, selon le spécialiste, celles-ci étaient valables depuis 2009 déjà. Quoi qu'il en soit, même si ces limitations étaient désormais plus conséquentes, cela ne permettrait pas de modifier les considérations qui précèdent (cf. également consid. 7 infra).

6. Le recourant soutient encore que dans la mesure où il avait 56 ans lorsqu'a été fixée son aptitude, qu'il n'a qu'une formation de manœuvre, qu'il n'est pas de nationalité suisse, que sa capacité de résistance est limitée et qu'il ne parle pas le français, il n'est pas possible d'exiger de lui la reprise d'une activité à 100 %, quelle qu'elle soit. Il ajoute ne pas voir quel poste il pourrait occuper.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 [VSI 1998 p. 293] consid. 3b et les références citées). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des

concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références citées).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF

138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 précité consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré.

b) En l'occurrence, le moment où la capacité de travail a été évaluée médicalement, soit lorsque tous les éléments médicaux nécessaires au prononcé de la décision ont été réunis, correspond au 11 novembre 2016, date à laquelle le Dr Q._____ a rendu son rapport attestant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré était alors âgé de 55 ans. Ceci ne constitue pas un âge avancé au sens de la jurisprudence précitée, de sorte qu'elle n'est pas applicable en l'espèce.

Par ailleurs, s'il est constant que l'intéressé n'a pas de formation, il a toutefois été en mesure d'exercer des activités pour différents employeurs en Suisse depuis son arrivée, laquelle remonte au demeurant à 1986. D'origine [...], il a en outre été naturalisé suisse en 1994, est père de trois enfants nés en Suisse, et a épousé une suisse. A l'exception de la mention, par le Dr C._____, qu'il ne « maîtris[e] que partiellement la langue française, notamment sur le plan de l'écriture » (cf. rapport du 1^{er} décembre 2016), il ne ressort d'aucun élément au dossier qu'il ne parlerait absolument pas le français. S'agissant de la capacité de résistance limitée dont il se prévaut, il y a lieu de relever que ceci a été mentionné uniquement par le Dr Q._____, lequel a précisé que cette limitation concernait un travail répétitif et existait depuis 2009. Le recourant a néanmoins été en mesure d'exercer différentes activités depuis lors, telles que celles de livreur ou de veilleur.

Même si l'âge du recourant, les restrictions induites par son manque de formation, ses difficultés linguistiques et ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière.

7. Le recourant critique encore le taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles. Il déplore que celui-ci ne tienne pas compte d'autres aspects, tels que son âge et sa nationalité étrangère, et estime qu'il est insuffisant.

a) Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalidé a été calculé sur la base des salaires statistiques, le recourant étant sans activité lucrative, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte

tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 et 126 V 75).

b) En l'occurrence, selon le calcul effectué par le Service de réadaptation de l'OAI (cf. fiche REA - Calcul du salaire exigible du 22 mai 2017), tant les limitations fonctionnelles que l'âge de l'assuré, soit 55 ans, ont été pris en compte pour fixer le taux d'abattement de 10 %. En outre, le recourant étant suisse, il n'a à juste titre pas été tenu compte du fait qu'il serait de nationalité étrangère. Il en va de même de la prise en considération d'un emploi à temps partiel, étant donné que l'intéressé présente une capacité totale de travail lui permettant d'exercer une activité adaptée à un taux de 100 %. Les limitations fonctionnelles de l'assuré n'ont certes pas toutes été énumérées par l'OAI dans la décision litigieuse, mais même dans l'éventualité où un abattement de 15 % était opéré sur le revenu sans invalidité, le degré d'invalidité ainsi retenu, soit 15 %, serait toujours insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente. Cette dernière présuppose en effet un taux d'invalidité de 40 % (cf. art. 28 al. 2 LAI ; consid. 3a supra).

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 juillet 2017 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 de F._____.
- 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 :

- Me Rébecca Grand (pour F._____)
- 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 :