

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 octobre 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux  
Greffière : Mme Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1950, sans formation professionnelle, marié et père de deux enfants, est d'origine italienne. Il vit en Suisse depuis 1972. Il a travaillé en tant qu'ouvrier auprès de l'entreprise T. \_\_\_\_\_ SA, à [...], de mars à novembre 2002.

**B.** Le 11 juin 2002, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes tendant à un reclassement professionnel auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Il a exposé souffrir de lombalgies et d'une hernie discale depuis 1994, de sorte que son activité professionnelle, comportant le port de charges et des positions de travail très inconfortables, n'était plus adaptée.

Dans un rapport médical du 3 septembre 2002 à l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des troubles statiques-lombosciatalgies, une hernie discale gauche L5-S1, une protrusion discale L3-L4 et une dysbalance musculaire. Il a indiqué que l'assuré avait été en incapacité de travail à 100% du 15 février au 11 mars 2001, à 50% du 12 au 19 mars 2001 et à 100% du 24 mai au 2 juin 2002.

Dès le 6 janvier 2003, l'assuré a retrouvé un emploi à plein temps d'installateur sanitaire auprès de la société L. \_\_\_\_\_ SA, à [...].

Le 30 avril 2003, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport à l'OAI qu'en raison des contraintes liées à sa profession d'installateur sanitaire, son patient ne devait pas l'exercer à plus de 50%. Il a dès lors recommandé la poursuite d'une activité professionnelle, mais dans un poste léger adapté aux limitations fonctionnelles, par exemple dans un atelier.

Une aide au placement a débuté en avril 2004. Le 11 juin 2004, l'assuré a été victime d'une luxation de l'épaule gauche sur son lieu de travail, ce qui a conduit à une incapacité totale de travailler. Le 13 septembre 2004, l'OAI a décidé d'interrompre l'aide au placement dans l'attente de nouvelles de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) quant à une possible reprise de l'activité professionnelle.

L'assuré a séjourné à la Clinique B.\_\_\_\_\_ du 4 janvier au 9 février 2005. Dans un rapport du 18 mars 2005, les Drs J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et A.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du supra-épineux de l'épaule gauche (T 42.3, T 92.5), de capsulite rétractile de l'épaule gauche (M 75.0), ainsi que de lombalgies chroniques (M 54.5). A titre de co-morbidités, les médecins précités ont retenu un trouble de l'adaptation avec réaction, mixte, anxieuse et dépressive (F.43.22) et d'obésité (E 66.9). Ils ont conclu que les constatations objectives corroboraient les douleurs et les limitations annoncées par le patient au début de l'hospitalisation. Ils ont exposé que la prise en charge en physiothérapie avait amélioré les douleurs et les mobilités, mais que l'évolution de la capsulite serait longue. Partant, ils ont estimé que l'assuré était incapable de travailler dans sa profession habituelle, mais qu'il pouvait reprendre l'activité occupationnelle (petites préparations et rangements légers) de deux heures par jour qu'il effectuait chez son employeur avant son entrée en clinique.

L'assuré a séjourné aux ateliers professionnels de la Clinique B.\_\_\_\_\_ et effectué plusieurs stages en entreprise du 7 octobre au 2 décembre 2005. Dans un rapport du 6 décembre 2005, les maîtres d'atelier ont considéré que l'intéressé pouvait travailler dans une activité en position debout, sans port de charges important et sans élévation des bras au-dessus du niveau des épaules.

Les Drs J.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont exposé, dans leur rapport du 20 décembre 2005, que l'assuré n'était plus apte à exercer sa profession d'installateur sanitaire, mais pouvait travailler à plein temps dès sa sortie dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes et sans mouvement répétitif au-dessus de l'horizontale, bras loin du corps.

Dans des rapports des 22 et 27 février 2006, le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, a expliqué que l'assuré présentait un épisode aigu de lombalgies depuis le 17 janvier 2006. En raison des lombalgies, il a estimé que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son ancienne activité d'installateur sanitaire, mais qu'il pouvait exercer, pendant quatre à six heures par jour sans diminution de rendement, une activité légère, plutôt sédentaire, évitant les mouvements des membres supérieurs, les charges, tous mouvements répétitifs du tronc, ainsi que les travaux en porte-à-faux. En outre, il a considéré que le traitement était terminé s'agissant de l'épaule gauche.

Le 14 mars 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'assuré présentait désormais une pleine capacité de travail dans toutes activités n'exigeant pas de sollicitations répétées des bras au-dessus de l'horizontale, ni de port de charge, avec la possibilité d'alterner les positions.

Le 3 avril 2006, constatant que les investigations et examens étaient complets, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), s'est rallié à l'appréciation de la CNA dans le sens de l'exigibilité d'une activité à plein temps avec limitations fonctionnelles depuis le 14 mars 2006, date de l'examen médical final de l'assureur-accidents.

Le 29 mai 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et

dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal), d'obésité et de status après luxation traumatique de l'épaule gauche et limitation séquellaire. L'attitude de l'OAI et de la CNA, «qui refusent de lui reconnaître une incapacité de travail», ne lui paraissait pas défendable.

Le 29 mai 2006, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Service de l'emploi du canton de Vaud, a considéré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère de surveillance, de contrôle ou de production.

Dans un rapport du 4 juillet 2006 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit:

«Actuellement ce patient est motivé pour suivre le cours de sa réinsertion professionnelle, sa capacité de travail est à 100% dans une activité adaptée soit sans port de charge excédant 12 kg et avec des positions assise, debout alternées. A noter aussi une incapacité à effectuer des mouvements des bras au-dessus de l'horizontale en raison du problème traumatologique de l'épaule gauche.»

Dans le but de déterminer ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, l'assuré a suivi un stage au Centre C.\_\_\_\_\_ (ci-après: Centre C.\_\_\_\_\_) du 16 octobre 2006 au 21 janvier 2007, lequel a été prolongé du 22 janvier au 25 février 2007. Dans un rapport du 23 février 2007, le responsable de la réadaptation professionnelle a fait la synthèse suivante:

«M. N.\_\_\_\_\_ peut exercer des activités manuelles simples et répétitives sur un plein temps. Du fait des atteintes à la santé, la position assise doit être privilégiée. Relevons que cet assuré a eu un taux de présence de 100% (ce qui souligne son engagement dans la mesure) malgré des signes d'abattement et une mauvaise image de soi. L'assuré sait qu'à son âge (57 ans), les chances de pouvoir se faire embaucher dans un nouveau métier sont faibles. Ceci pèse sur son moral et toute mesure d'aide au placement sera la bienvenue.»

Le 27 février 2007, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale du SMR, a proposé de suivre l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ fixant une capacité de travail de 100% dans une activité

adaptée, soit ne nécessitant pas de lever le bras gauche au-dessus de l'horizontale et sans port de charge.

Dans un rapport du 26 mars 2007, le responsable de la réadaptation professionnelle a exposé ce qui suit à titre de synthèse:

«Force est de constater que les rendements n'ont pas progressé en raison d'une lenteur générale de la gestuelle et de mouvements parasites à visées antalgiques (douleurs signalées au dos et à l'épaule gauche). Si l'assuré a gagné en autonomie et s'est montré motivé, ses rendements se sont par contre stabilisés à 50% en montage/assemblage mécanique léger, et à 60% dans les activités de conditionnement léger, sur un plein temps et en position principalement assise.»

Par décision du 20 juin 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2007, fondée sur une incapacité de gain de 17%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5%.

Le 24 juillet 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_, anesthésiologiste du SMR, a considéré qu'en l'absence de tout nouveau fait médical depuis son dernier avis, l'exigibilité restait la même, c'est-à-dire 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies bilatérales chroniques sur canal lombaire étroit acquis, d'hernie discale postéro-médiane et latérale gauche L5-S1, et protrusions discales L2 à L5, de status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du sus épineux de l'épaule gauche et d'état anxio-dépressif réactionnel à la perte d'autonomie. Dans l'annexe au rapport médical du 21 septembre 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que son patient n'était plus capable d'exercer son activité habituelle d'installateur sanitaire, mais pouvait travailler à 50-75% dans une activité légère, en position debout avec les bras à hauteur d'établi. Dans la formule «rapport médical concernant les capacités professionnelles», il a en outre considéré que l'intéressé pouvait travailler à 50-100% dans une activité en atelier respectant plusieurs limitations fonctionnelles (notamment pas de position

assise, à genoux ou accroupie, et limitation quant à l'utilisation des deux bras).

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique du SMR. Dans un rapport du 15 janvier 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies à bascule sur troubles dégénératifs, groupe de la transition, canal lombaire étroit et d'omalgies gauches sur status après luxation compliquée d'une capsulite rétractile. Il a en outre retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité de classe 2, de suspicion d'apnée du sommeil, d'hypertension artérielle non traitée et d'état anxio-dépressif réactionnel (trouble mixte de l'adaptation, versus, dysthymie). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur sanitaire et à une capacité de travail de 75% (soit 100% avec une diminution de rendement de 25%) depuis janvier 2006 dans une activité respectant les limitations suivantes:

«Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 mn sans possibilité de varier les positions assis/debout au minimum deux fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable. Pas d'activité nécessitant des mouvements d'antéimpulsion des membres supérieurs au-delà de 60° de façon répétitive et de façon stricte au-delà de 90° du membre supérieur gauche, pas de port de charges ou de mouvements en rotation interne-externe au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche.»

Le 11 février 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_, anesthésiologiste du SMR, s'est rallié aux capacités de travail et limitations fonctionnelles retenues par le Dr H.\_\_\_\_\_ et a fixé le début de l'incapacité de travail de l'assuré au 11 juin 2004.

Le 12 juin 2008, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 11 juin 2005 et à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en janvier 2006. Le

degré d'invalidité retenu s'élevait à 44.24% (revenu hypothétique sans invalidité 67'685 fr. 20; revenu avec invalidité 37'738 fr.30).

Par courrier du 26 juin 2008, l'assuré a sollicité une aide au placement, laquelle a été acceptée par l'OAI le 22 juillet 2008.

En l'absence de contestation de l'assuré s'agissant du projet de décision du 12 juin 2008, l'OAI a rendu une décision formelle le 16 décembre 2008, correspondant à son préavis.

**C.** Par acte du 30 janvier 2009, N.\_\_\_\_\_, représenté par M. Hüsnü Yilmaz de Intégration Handicap, a recouru contre la décision de l'OAI du 16 décembre 2008, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 11 juin 2005 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. S'agissant de sa capacité résiduelle de travail, il a estimé qu'il convenait de se baser sur l'observation concrète faite durant ses stages au Centre C.\_\_\_\_\_, soit que la perte de gain devait être calculée sur la base d'une diminution de rendement de 40% et non pas de 25%.

Par courrier du 12 février 2009, l'assuré a fait parvenir une demande de mesures de réadaptation professionnelle à l'OAI.

Le 18 septembre 2009, le recourant a produit un avis médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 28 août 2009, confirmant les restrictions fonctionnelles de l'assuré et considérant, que, vu le temps écoulé, l'échec des mesures de réadaptation, les nombreuses restrictions d'ordre médical et l'absence de formation professionnelle dans une autre activité que celle d'installateur sanitaire, l'incapacité de travail de son patient était toujours de 100% dans son ancienne activité et au minimum de 50% dans une activité adaptée.

Le 12 octobre 2009, l'OAI a fourni un avis médical du SMR du 5 octobre 2009 relevant que le Dr F.\_\_\_\_\_ ne faisait valoir aucun fait médical nouveau depuis son appréciation de septembre 2007.

Par jugement du 22 juin 2010 (AI 48/09 - 262/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 16 décembre 2008. En substance, l'autorité judiciaire était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 25% - et non de 40% telle qu'alléguée par le recourant - sur la base des avis médicaux des Drs V.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Dès lors, le degré d'invalidité de 44.19% ouvrait le droit au recourant à une quart de rente d'invalidité.

**D.** L'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente en juin 2010. L'assuré a affirmé que son état de santé s'était péjoré depuis le début 2009, expliquant que ses douleurs au dos s'étaient aggravées (questionnaire pour la révision de la rente du 9 juillet 2010).

Dans un rapport médical à l'OAI du 2 mars 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques dégénératifs, d'hernie discale postéro-latérale gauche L5-S1, d'obésité, de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du supra-épineux de l'épaule gauche, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Selon ce médecin, l'assuré n'était plus apte à travailler, en quelque activité que ce soit, déjà en raison de la seule pathologie de l'épaule gauche. En outre, tout reclassement semblait impossible en raison d'un état anxio-dépressif chronifié. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a également fait état d'une dyspnée d'effort de stade 2 sans oppression thoracique associée et d'une tolérance à l'effort fortement abaissée. Le traitement consistait en la prise de médicaments Coveram 5/5 et d'aspirine cardio 100 mg. Aussi, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité totale de travailler depuis le 23 mars 2010, soit à la date à laquelle il a examiné l'assuré pour la première fois.

Selon un avis du 17 mars 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale du SMR, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a démontré aucune

aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, vu l'absence d'indication sur le status clinique, le traitement et les éventuels examens médicaux réalisés postérieurement à l'examen clinique du SMR en 2007.

Le 22 mars 2011, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assuré à une augmentation de la rente d'invalidité. L'assuré continuait dès lors de bénéficier d'un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 44%.

Par courrier du 11 mai 2011 à l'OAI, l'assuré a sollicité une prolongation de délai pour faire parvenir ses objections, laquelle a été acceptée par l'OAI le 16 mai 2011. Une seconde, puis une troisième prolongation de délai ont été octroyées par l'OAI au 30 juin, puis au 31 octobre 2011, en raison de l'hospitalisation du Dr L.\_\_\_\_\_, lequel était chargé de rédiger un nouveau rapport médical. En revanche, l'OAI a refusé une ultime prolongation à janvier 2012.

Par décision du 6 octobre 2011, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 mars 2011 refusant l'augmentation de la rente d'invalidité.

Dans un courrier du 13 octobre 2011, l'assuré a expliqué considérer la décision précitée comme nulle et non avenue, celle-ci intervenant pendant la prolongation de délai octroyée au 31 octobre 2011 pour faire parvenir ses objections. L'OAI a admis qu'une erreur s'était produite et que sa décision du 6 octobre 2011 était nulle. Finalement, une ultime prolongation de délai a été octroyée à l'assuré au 30 novembre 2011.

Par courrier du 30 novembre 2011, l'assuré a fait parvenir ses objections à l'OAI. Il a affirmé que son état de santé s'était bel et bien aggravé, ce qui avait été démontré par le Dr L.\_\_\_\_\_.

Par décision du 18 janvier 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mars 2011 et a refusé l'augmentation de la rente, l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'ayant pas été démontrée.

**E.** Par acte du 22 février 2012, N.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 18 janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut, en substance, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Il allégué que son état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année 2009 et que son degré d'invalidité a augmenté en conséquence.

Le 23 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. La réponse de l'intimé a été transmise au recourant et un délai au 18 mai 2012 lui a été octroyé pour faire parvenir toutes explications et pièces complémentaires.

Par courrier du 6 juin 2012, le juge instructeur a informé les parties qu'une expertise judiciaire ne paraissait pas nécessaire pour juger le présent litige et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**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 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur le point de savoir si sa situation médicale a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

**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). 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)** Conformément à 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b et 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf TF 9C\_198/201 1 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

**4. a)** La décision du 16 décembre 2008 était essentiellement fondée sur l'examen clinique rhumatologique du Dr H.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2008. Il avait posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies à bascule sur troubles dégénératifs, canal lombaire étroit et d'omalgies gauche sur statuts après luxation compliquée d'une capsule rétractile. Les diagnostics d'obésité de classe 2, de suspicion d'apnée du sommeil, d'hypertension artérielle non traitée et d'état anxio-dépressif réactionnelle (trouble mixte de l'adaptation, versus, dysthymie), n'exerçaient en revanche aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ce médecin était

d'avis que le recourant présentait une capacité de travail de 75% (100% avec une diminution de rendement de 25%) depuis janvier 2006, dans une activité respectant certaines limitations, l'activité habituelle n'étant plus exigible. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant et s'est prononcé sur sa capacité de travail. Dès lors, la Cour des assurances sociales a considéré, dans son arrêt du 22 juin 2010 (AI 48/09 - 262/2010), que le rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante. Aussi, le recourant s'est vu reconnaître, sur cette base, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

**b)** A l'occasion de la procédure de révision initiée en juin 2010, le recourant a allégué une péjoration de son état de santé, en raison de ses douleurs au dos. Son médecin traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_, a été interpellé par l'OAI. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques dégénératifs, d'hernie discale postéro-latérale gauche L5-S1, d'obésité, de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de status après luxation antéro-inférieure et rupture partielle du supra-épineux de l'épaule gauche, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Toutefois, le Dr L. \_\_\_\_\_ n'explique pas, dans son rapport, en quoi ces diagnostics - qui étaient déjà connus de l'intimé lorsqu'il a rendu sa décision du 16 décembre 2008 - se seraient aggravés. En effet, l'aggravation des lombalgies, telle qu'alléguée par le recourant, ou la péjoration de son état de santé sur le plan psychique, ne sont étayées par aucune description d'examen clinique. En outre, le traitement indiqué par le médecin traitant ne reflète pas une telle péjoration. A ce sujet, le SMR a constaté, à juste titre, que le Dr L. \_\_\_\_\_ ne démontrait aucune aggravation objective de l'état de santé du recourant car il ne donnait ni status clinique, ni le traitement, ni copie d'éventuels examens pratiqués (cf. avis médical du 17 mars 2011). Aussi, il y a lieu de considérer que l'avis médical du Dr L. \_\_\_\_\_ n'est qu'une simple nouvelle appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant pour un état de santé qui n'a pas évolué notablement.

**c)** Par conséquent, force est de constater que le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2011 ne témoigne d'aucune modification notable sur le plan médical susceptible d'influencer la capacité de travail exigible du recourant depuis la décision initiale. Au demeurant, le recourant a eu largement le temps de produire le rapport médical complémentaire qu'il avait annoncé s'il le souhaitait pour appuyer ses allégations. Il y a ainsi lieu de constater qu'il n'existe en l'espèce aucun motif de révision.

**6.** Le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est bien documenté et qu'il n'existe pas de doutes sérieux quant à une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

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

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 18 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- N. \_\_\_\_\_,
- 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 :