

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 août 2019

---

Composition : M, MÉTRAL, président  
Mmes Pasche, juge, et Gay, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, est entré en Suisse en 1998. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé diverses activités, dont celle de chauffeur-livreur à plein temps au sein de la société D. \_\_\_\_\_ SA à compter de mars 2010.

Atteint dans sa santé, il a été en incapacité de travail à 50 % dès le 12 août 2013, puis à 100 % dès le 20 janvier 2014.

**B.** L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 6 février 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité des renseignements auprès du médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr C. \_\_\_\_\_. Ce dernier a adressé son rapport le 28 mars 2014 et fait état des diagnostics de spondylolisthésis L5-S1, de discopathies lombaires multi-étagées, de discopathie C5-C6, d'un status après fracture distale de l'avant-bras gauche, d'un syndrome rotulien bilatéral et d'une obésité, avec une probable composante de trouble somatoforme douloureux, lesquels se répercutaient à son avis sur la capacité de travail de son patient. L'assuré présentait également un diabète de type II, une hypercholestérolémie modérée, une hypertension artérielle traitée, des calculs urinaires, une hernie hiatale et des varices des membres inférieurs, sans incidence sur dite capacité. Le Dr C. \_\_\_\_\_ signalait que la capacité résiduelle de travail ne pouvait pas encore être définitivement déterminée, tandis qu'une nouvelle orientation vers un travail plus léger permettant l'alternance des positions s'imposait. Etaient annexés à son rapport ceux établis à l'issue des différents examens spécialisés subis par l'assuré à partir de l'année 2001.

D. \_\_\_\_\_ SA a pour sa part complété un rapport d'employeur le 11 avril 2014. Elle a indiqué verser un salaire mensuel de 3'760 fr. à l'assuré depuis février 2013.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a fourni un rapport actualisé à l'OAI le 6 août 2015. Il a mentionné, au titre des diagnostics avec influence sur la capacité de travail, une lombo-sciatalgie droite de type S1, irritative, mais non déficitaire, une discarthrose L5-S1 sur lyse isthmique L5 bilatérale avec antélisthésis L5-S1 de grade I, des discopathies C5-C6, une hernie intra-spongieuse du corps vertébral de L5, une arthrose facettaire postérieure L5-S1 bilatérale, une gonarthrose bilatérale débutante, une suspicion de maladie coronarienne, un diabète de type II insulino-dépendant et une hyperthyroïdie sur thyroïdite. En sus des autres diagnostics connus demeurant sans conséquence en termes de capacité de travail, s'ajoutaient un anévrisme du septum interauriculaire et un anévrisme de l'aorte descendante. L'activité de chauffeur-livreur était contre-indiquée, tandis qu'une réadaptation, même dans une activité sédentaire, paraissait « difficile au vu des pluri-pathologies et des douleurs ». Le Dr C. \_\_\_\_\_ a joint les rapports des consultations effectuées par l'assuré en oto-rhino-laryngologie, endocrinologie et cardiologie, ainsi qu'au sein du Département de l'appareil locomoteur et du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ à compter de la fin de l'année 2014.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé le 19 août 2015 la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie/orthopédie, cardiologie et endocrinologie.

Le mandat a été confié au Centre S. \_\_\_\_\_ par communication du 27 février 2017, où l'assuré a été examiné entre le 6 mars 2017 et le 7 juin 2017 par les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecine interne, V. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, et X. \_\_\_\_\_,

spécialiste en endocrinologie. Les experts ont communiqué leur rapport à l'OAI le 31 juillet 2017 et ont retenu les diagnostics suivants :

**Diagnostics avec incidence sur la capacité de travail (au dernier poste de travail) :**

Lombosciatalgies droites sur spondylolyse-listhésis L5-S1, avec une légère discopathie L5-S1 et une ébauche de spondylolyse en L4, L5 et S1, irritatives, non déficitaires.

**Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (au dernier poste de travail) :**

Cervico-brachialgies droites sur lésion dégénérative C4-C7, prédominant en C4-C5 (unco-cervicarthrose et discopathie).

Gonalgies sur gonarthrose débutante des deux côtés.

Hypertension artérielle.

Cardiopathie hypertensive avec FEVG [réd. : fraction d'éjection du ventricule gauche] de 58 %, hypertrophie ventriculaire gauche, dysfonction diastolique de stade 1 (US [réd. : ultrason] cardiaque 24.04.2017).

Sclérose coronarienne sans sténose significative avec suspicion d'une très discrète ischémie de stress inféro-basale, le plus probablement sur atteinte microvasculaire irrégulière, lésion inférieure à 30 % au niveau du segment moyen, artère circonflexe indemne de lésion coronarienne significative, artère coronaire droite discrètement irrégulière (coronarographie 19.04.2016).

Dilatation légère de l'aorte ascendante avec diamètre maximal de l'aorte ascendante 42 mm (US cardiaque 24.04.2017).

Valvulopathie avec sclérose aortique : insuffisance aortique discrète sur sclérose (US cardiaque 24.04.2017).

Intolérance à l'effort d'origine non coronarienne (ergométrie 24.04.2017 : suspendue à 4.6 METs [réd. : metabolic equivalent of task] en raison de dorsalgies).

Diabète de type II déséquilibré.

Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de chauffeur-livreur, mais de 100 %, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée légère sans port de charges, permettant l'alternance des positions.

Fondé sur ces conclusions, l'OAI a déterminé, le 23 novembre 2017, que l'assuré subissait un préjudice économique nul et lui a adressé un projet de décision le 24 novembre 2017, l'informant de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité. Il l'a cependant mis au bénéfice d'une aide au placement par communication du même jour.

En dépit des objections de l'assuré formulées le 17 janvier 2018 quant à l'appréciation de sa capacité de travail, l'OAI a rendu une décision le 23 février 2018 et prononcé un refus de rente d'invalidité.

**C.** L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 15 mars 2018. Il a à nouveau contesté l'appréciation de sa capacité de travail, concluant implicitement à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a produit, à l'appui de ses griefs, un rapport médical et un certificat d'incapacité de travail rédigés le 23 mars 2018 par le Dr C.\_\_\_\_\_. Ce médecin doutait des possibilités effectives de l'assuré d'exercer une activité lucrative à plein temps et remettait en question les conclusions de l'expert cardiologue du S.\_\_\_\_\_ au vu de l'impossibilité de faire passer un test d'effort complet à son patient.

L'OAI a répondu au recours le 2 mai 2018 et en a proposé le rejet vu les pièces versées au dossier de l'assuré, en particulier le rapport d'expertise du S.\_\_\_\_\_.

Par écriture du 22 avril 2019, l'assuré a transmis à la Cour de céans une attestation médicale établie le 17 avril 2019 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, lequel a mis en évidence une intensification de la prise en charge diabétologique dès juin 2018.

L'OAI s'est déterminé le 2 mai 2019, rappelant que la décision incriminée était antérieure à la problématique relevée par le Dr Y.\_\_\_\_\_. Il a persisté à conclure au rejet du recours.

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

**1.**        **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let.

a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Malgré son caractère succinct, il respecte globalement les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, celui-ci contestant en particulier être doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**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)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 et 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**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 (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 qu'il

a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**d)** On rappellera enfin que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette

situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

**6.** En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'exams complets sur les plans de la médecine interne, de l'orthopédie, de la cardiologie et de l'endocrinologie au sein du S.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Le recourant fait grief aux experts d'avoir considéré qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir sans position assise prolongée (tenue plus que 2 heures), ni position debout statique prolongée, sans marche de longue durée, sans port de charges de plus de 5 kg, ni position accroupie et à genoux, sans montée d'échelles, ni travail sur des échafaudages (cf. rapport d'expertise du S.\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2017, p. 27). Ces limitations ont été retenues pour des motifs essentiellement orthopédiques.

De ce point de vue, le consilium du S.\_\_\_\_\_ a relaté les éléments suivants, sur la base des observations de l'expert orthopédiste, le Dr T.\_\_\_\_\_ :

« Sur le plan orthopédique :

Depuis 2000 environ, l'assuré a commencé à souffrir de douleurs du dos, qui cependant ne lui posaient pas trop de problèmes jusqu'en 2012. Cette année, il aurait été victime d'une chute de 2 m au travail. Depuis, il souffre de lombalgies basses. Des radiographies ont montré un spondylolisthésis du 1<sup>er</sup> degré L5-S1, avec un pincement L5-S1. Une IRM [réd.: imagerie par résonance magnétique] lombaire du 15.08.2013 permet de confirmer le spondylolisthésis et d'exclure une hernie discale. Un examen neurologique du 30.09.2013 conclut à une absence d'atteinte neurogène périphérique dans les membres inférieurs.

L'assuré se plaint de lombosciatalgies droites dont l'intensité peut aller jusqu'à 9/10 sur l'échelle VAS [réd.: visuelle analogique standard] des douleurs. Il se plaint également de douleurs des deux genoux et de la colonne cervicale. Son poignet gauche est déformé des conséquences d'une ancienne fracture. A l'examen clinique du rachis cervical, l'examen clinique est normal, sauf une légère diminution de la rotation du côté gauche, ainsi que de l'inclinaison à droite. En ce qui concerne le rachis dorsolombaire, il y a une contracture musculaire paravertébrale, principalement lombaire du côté droit. La distance doigts/sol est très augmentée à 46 cm, et le bending test en avant est douloureux. Le Lasègue n'est pas significatif, avec 50° à droite, et 60° à gauche. La palpation de l'articulation sacro-iliaque droite est très douloureuse. La force de la main gauche est légèrement diminuée. L'examen clinique des

genoux est normal, hormis des facettes rotuliennes douloureuses à la palpation.

Les examens radiologiques et IRM montrent des lésions dégénératives peu importantes, aussi bien au niveau cervical, lombaire, qu'au niveau des genoux. Les images de spondylolisthésis montrent une atteinte de grade 1. Cette affection de grade 1 peut être considérée comme une pathologie bénigne, en principe non douloureuse, et la plupart du temps découverte fortuitement à l'occasion de radiographies de routine ou effectuées pour une recherche d'une autre pathologie. La discopathie L5-S1 n'est que légère. L'examen neurologique du Dr [...] a permis d'exclure une atteinte neurologique périphérique. Au niveau cervical, l'IRM a permis également d'exclure soit un canal étroit, soit une compression radiculaire. Il y a ainsi certainement une divergence entre les plaintes subjectives de l'assuré et son état clinique, et surtout radiologique. Un examen dans le service de neurochirurgie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ du 23.04.2015 mentionne un tableau clinique pouvant évoquer une claudication radiculaire L5 ou S1. Ce constat peut expliquer les sciatalgies droites dont se plaint l'assuré. Elles peuvent également expliquer la légère boiterie droite.

L'imagerie médicale montre des lésions dégénératives peu importantes au niveau cervical, lombaire et des genoux et n'expliquent en aucun cas l'importance des plaintes émises par l'assuré, surtout lorsqu'il déclare que ses lombosciatalgies droites peuvent présenter une intensité de 9/10. Il est même difficile de comprendre que la gêne dans la vie quotidienne soit telle que ce qu'il nous décrit. Par exemple, il déclare ne pas pouvoir rester assis plus de 30 min, alors que lors de la prise de l'anamnèse qui a duré plus de 2h, l'assuré a montré des signes d'inconfort en fin d'entretien, soit donc au-delà de 2h. L'IRM de la colonne lombaire du 15.08.2013, en plus d'un vrai spondylolisthésis, a montré un rétrécissement foraminaux bilatéral prédominant du côté droit et un éventuel conflit avec les trajets canaux de la racine L5 du côté droit. [...] »

Dans ce contexte, il convient de constater que les diagnostics et constats du S.\_\_\_\_\_ ne divergent pas sensiblement des données fournies \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel s'est basé sur les résultats des différents examens subis par le recourant au sein du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a pour sa part requis des radiographies et une IRM de la colonne cervicale, réalisées les 6 mars 2017 et 7 avril 2017, de même que des radiographies de la colonne lombaire, du rachis et des genoux, avant de procéder à son examen clinique du recourant. Les limitations fonctionnelles prises en compte correspondent cela étant strictement à celles énoncées par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 août 2015 à l'intimé. On ne voit ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions du S.\_\_\_\_\_ sur le plan orthopédique, dans la mesure où les experts se sont

fondés sur des investigations minutieuses et dûment actualisées. Par ailleurs, le recourant ne produit aucun élément nouveau au stade de la présente procédure qui justifierait de douter de la pertinence des observations consignées dans le rapport d'expertise du 31 juillet 2017.

7. En ce qui concerne le volet cardiologique, le spécialiste du S.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, a fait procéder à un ultrason et une scintigraphie myocardique le 27 avril 2017. Au cours de son examen clinique, un test d'effort a dû être interrompu en raison de douleurs dorso-lombaires annoncées par le recourant, raison pour laquelle ce spécialiste a spécifiquement sollicité la scintigraphie (cf. rapport d'expertise du 31 juillet 2017, p. 23). Le consilium des experts a été en mesure de se prononcer comme suit :

« Sur le plan cardiologique, on retiendra les diagnostics de cardiopathie hypertensive accompagnée d'une bonne fonction globale et régionale du ventricule gauche, d'une sclérose valvulaire aortique avec discrète insuffisance et d'une légère dilatation de l'aorte ascendante. Il n'y a pas d'argument laissant suspecter une atteinte coronarienne épicaudique.

L'ergométrie du 24.04.2017 démontre une capacité physique limitée à 4.6 METs pour 9 METs attendus, ce qui représente 51 % de la valeur prédite. La cause de la limitation est, subjectivement, périphérique avec l'apparition de douleurs dorso-lombaires invalidantes. De manière objective, me basant également sur le bilan complémentaire cardiologique effectué, cette limitation à l'effort n'a pas de cause cardiologique.

La situation cardiaque de ce patient ne nécessite qu'une prise en charge préventive avec une surveillance accrue des différents facteurs de risque cardiovasculaire pharmaco-influencables.

La limitation fonctionnelle n'est pas d'ordre cardiologique tel que l'ont démontré les examens précités. En corollaire, ce patient doit être considéré comme étant cardiologiquement apte à travailler dans toute activité. »

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a mis en doute les conclusions des experts au niveau cardiologique, rappelant l'interruption du test d'effort dans son attestation du 23 mars 2018 produite auprès de la Cour de céans. Cela étant, il n'apparaît pas que cette critique soit de nature à ébranler les observations cliniques et l'analyse effectuées au S.\_\_\_\_\_. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a clairement exclu que les douleurs dorso-lombaires observées lors du test d'effort soient d'origine cardiologique et n'a pas relevé de difficultés particulières pour mener à bien son examen. Il s'est par ailleurs

fondé tant sur les pièces du dossier que les investigations actualisées sollicitées dans le cas du recourant. Le recourant, respectivement le Dr C.\_\_\_\_\_, n'a pas produit à ce stade de documents nouveaux, émanant de spécialistes, qui viendraient contredire les conclusions du S.\_\_\_\_\_. On ne saurait dès lors les écarter sur la base de l'opinion non étayée formulée par le médecin généraliste traitant du recourant.

**8.** S'agissant des autres pathologies affectant le recourant, les experts du S.\_\_\_\_\_ ont retenu les éléments suivants :

« Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de diagnostic pertinent avec répercussion sur la capacité de travail, ni de limitations fonctionnelles autres que celles décrites par les trois autres experts.

Sur le plan endocrinologique :

L'assuré, qui travaillait comme chauffeur livreur, présente un diabète de type II, traité par antidiabétiques oraux, et une pathologie thyroïdienne.

En regard du diabète, le contrôle métabolique n'est actuellement pas bon face à une HbA1c [réd. : hémoglobine glyquée] à 8.3% sous biguanide (850mg de Metfin 3x/j), sulfonylurée (Glymériil 6mg 1x/j) et inhibiteur de la DPP4 (Januvia 100mg 1 x/j). L'équilibre métabolique pourrait être amélioré en reprenant l'enseignement diététique auprès de l'assuré, en modifiant et en intensifiant le traitement, par exemple chez un spécialiste. Par le fait que son traitement peut potentiellement provoquer des hypoglycémies, il convient de mesurer la glycémie avant de conduire un véhicule. Actuellement, le diabète n'a provoqué aucune complication majeure, en particulier pas d'atteinte du fond d'œil, d'atteinte vasculaire ou neurologique. Une microangiopathie débutante est vraisemblable, mais de niveau infraclinique et sans répercussion fonctionnelle.

Les images obtenues par échographie suggèrent une maladie thyroïdienne auto-immune qui n'a pas tellement progressé en comparaison avec le dernier examen de 2014. Un contrôle de la valeur de la TSH [réd. : thyrostimuline] sera effectué lors du bilan en août chez son médecin traitant.

En rapport à la pathologie thyroïdienne, une substitution hormonale pourrait être introduite, ce qui pourrait améliorer la fatigue imputable à la dysthyroïdie, pour le cas où la TSH soit toujours élevée comme en août 2016.

Cette double atteinte à la santé n'entraîne aucune répercussion sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur/livreur, ni dans toute activité adaptée, et ne provoque pas de limitation fonctionnelle. »

Les constats cliniques ci-dessus ne sont contredits par aucun document médical récent versé au dossier du recourant à la date de la

décision litigieuse et rejoignent par ailleurs les indications fournies par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans ses rapports successifs adressés à l'intimé.

Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a certes relaté une prise en charge intensifiée dès juin 2018 « qui a imposé l'introduction d'un traitement d'insuline, avec à ce jour d'importantes difficultés dans la recherche d'un traitement efficace et bien toléré ». Il a également mentionné des investigations spécialisées en cours en raison d'une « hypertension artérielle résistante, avec la suspicion d'un hyperaldostéronisme primaire ». Toutefois, ces problématiques sont postérieures au 23 février 2018, date de la décision litigieuse, déterminante pour arrêter l'état de fait pertinent de la procédure portée auprès de la Cour de céans (cf. consid. 5a supra).

**9.** En conséquence, il convient de constater que le rapport d'expertise du S. \_\_\_\_\_ remplit en tous points les critères jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Rendu au terme d'une analyse fouillée après actualisation des données sur l'état de santé global de santé du recourant, ce document apparaît exempt de contradictions et parfaitement convaincant. La divergence d'opinion entre les experts et le médecin traitant du recourant a finalement trait exclusivement à l'appréciation de la capacité de travail résiduelle, sur laquelle les experts, réunis en consilium, ont dûment motivé leur avis. Il s'agit dès lors de se rallier à dite appréciation et de considérer que le recourant est effectivement doté d'une capacité de travail résiduelle de 100 %, sans baisse de rendement, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites.

**10.** Fondé sur ces conclusions médicales, l'intimé a estimé que le recourant pouvait réaliser, en 2014, un revenu de l'ordre de 59'808 fr, par l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. L'intimé s'est référé sur ce point à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le calcul effectué ne prête pas flanc à la critique (cf. sur l'utilisation de l'ESS pour établir le revenu d'invalidité d'une personne assurée : ATF 126 V 75). Il ne fait du reste l'objet d'aucun grief de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus

en détail. Tout au plus précisera-t-on que l'intimé s'est référé au revenu standard ressortant de l'ESS pour des activités simples et répétitives, accessibles sans formation professionnelle particulière.

Le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité est nul, ce qui exclut le droit à une rente, ainsi d'ailleurs qu'à un reclassement professionnel (cf. ATF 130 V 488).

**11.**        **a)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 23 février 2018.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté par un mandataire professionnel, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 23 février 2018 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :