

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Métral et Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Protection juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1965, travaillant comme parqueteur indépendant depuis 2006 était en incapacité de travail totale depuis le 16 décembre 2013. Il a déposé, le 31 janvier 2014, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un ménisque déchiré opéré en 2011 et de cartilage usé.

Selon la fiche d'examen du dossier établie le 10 février 2014 par une collaboratrice de l'OAI, l'assuré s'est fait opérer du genou gauche au mois de février 2012 et a reçu, fin 2013, des infiltrations aux deux genoux, sans qu'une opération ne soit actuellement prévue pour son genou droit, également touché. L'intéressé s'était également fait opérer d'un triple pontage coronarien en décembre 2011 et présentait un problème à l'aorte. S'agissant des limitations fonctionnelles, il était indiqué « descendre les escaliers (genoux qui lâchent), passer de la position sur les genoux à debout (doit se tenir pour se relever) ».

Dans un rapport du 7 mars 2014, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré avoir suivi l'assuré du 7 septembre au 30 septembre 2013 et posé les diagnostics de gonalgies bilatérales à prédominance droite, de status post arthroscopie du genou gauche pour méniscectomie interne partielle et toilette articulaire et de déchirure du ménisque interne droite et chondropathie. Selon ce praticien, les troubles dégénératifs des deux genoux pouvaient occasionner des douleurs lors de la position debout prolongée, de gros efforts physiques, terrains en pente et port de charges lourdes, l'activité exercée demeurant toutefois encore exigible à 50% sans diminution de rendement.

Dans un rapport du 10 mars 2014 à l'OAI, le Dr L._____, médecin praticien traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité

de travail de status post-triple PAC [pontage aorto-coronarien] sous CEC [circulation extra-corporelle] le 2 décembre 2011, de gonalgies bilatérales chroniques dans le contexte d'une méniscopathie à droite et d'une chondropathie à gauche, de status post-arthroscopie du genou gauche le 17 février 2012 et de dorsolombalgies chroniques. Attestant une incapacité totale de travail du 16 janvier au 31 mars 2014, le Dr L. _____ a indiqué que l'activité habituelle comme une activité adaptée étaient exigibles dès 50% à partir du 1^{er} avril 2014.

L'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation de base au terme duquel il a obtenu son permis de cariste (cf. communication du 16 avril 2014).

Selon une note d'entretien du 3 novembre 2014, l'assuré a recommencé à travailler comme parqueteur indépendant depuis l'été 2014.

Par décision du 25 novembre 2014, confirmant un projet du 15 octobre 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain de 50% dans son activité habituelle de parqueteur, mais que sa capacité de travail était entière depuis le 1^{er} avril 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de porte-à-faux, pas de port de charge de plus de 10kg, pas d'escaliers, pas d'agenouillements ni d'accroupissements, pas de marche en terrain accidenté), citant comme telles les activités industrielles légères, celle de cariste et de machiniste (terrassment et chargeuse). La comparaison des revenus avec (56'178 fr.) et sans invalidité (66'989 fr.) laissait apparaître une perte de gain de 10'811 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 16%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente.

b) Le 11 mai 2016, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} décembre 2016 [recte : 2015] et souffrir de l'épaule

droite, sous forme de déchirures musculaires avec des complications pour se reconstruire, depuis 2015.

Dans un rapport du 22 juin 2016, le Dr L. _____ a, outre les atteintes cardiaques, vasculaires et les gonalgies, posé les diagnostics incapacitants de lombocruralgies bilatérales de longue date dans le contexte d'un canal lombaire étroit avec discopathies lombaires étagées, spondyarthrose lombaire, syndrome de Bastrup et protrusion postérieure du disque en L3-L4 et L4-L5, de cervicobrachialgies droites chroniques sur uncarthrose étagée de C3 à C7 et cervicarthrose de C3 à C6 et d'omalgies droites chroniques dans le contexte d'un conflit sous-acromial avec arthropathie inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire. Il a précisé qu'en novembre 2015, l'assuré avait présenté des omalgies droites en rapport avec son travail de carreleur-ponceur et que l'examen de l'épaule droite retrouvait des limitations fonctionnelles en hauteur, dans l'abduction, la surélévation et les mouvements de rotations interne et externe. Une IRM de l'épaule droite du 23 décembre 2015 avait montré une déchirure au niveau du tendon du sous-scapulaire, une tendinite du sus-épineux, une arthropathie inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire. Selon ce praticien, l'intéressé souffrait de cervico-scapulo-brachiales droites avec limitations fonctionnelles de la nuque (extension, rotation droite et gauche), de l'épaule droite (mouvements d'antéflexion, abduction, rotation droite et gauche) et faiblesses de la force musculaire à la main droite. Attestant une incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} décembre 2015, le Dr L. _____ a considéré que l'activité habituelle serait exigible à 100% dès la guérison et la capacité de travail immédiatement entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : position statique prolongée debout et assise, position en porte-à-faux, bras au-dessus des épaules, port de charges supérieures à 1kg dans le bras gauche.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure intervention précoce sous la forme d'un stage qu'il a finalement refusé, déclarant ne pas se sentir apte, pour le moment, à suivre une telle formation, même dans une activité légère (cf. IP-Proposition de DDP du 23 juin 2016).

Dans un avis médical du 9 mai 2017, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé que les affections vasculaires et coronariennes étaient antérieures à 2014, date à laquelle l'assuré avait repris son activité de parqueteur à 100%, de sorte qu'elles n'interféraient pas avec la capacité de travail exigible. Il a en outre retenu que l'atteinte centrée sur l'appareil ostéo-articulaire (épaule droite, rachis cervical et lombaire, genoux), de nature dégénérative, justifiait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de parqueteur en raison des multiples limitations fonctionnelles qu'elle entraînait. Ce praticien a en revanche considéré qu'une activité adaptée biomécaniquement était exigible à 100%, précisant que le fait que l'assuré ne se sente pas prêt à intégrer une mesure d'intervention précoce ne reposait sur aucune réalité médicale dûment attestée.

Par projet de décision du 11 mai 2017, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de refuser sa demande de prestations, selon la motivation suivante :

« **Considérants :**

Le 25 novembre 2014, nous vous avons notifié une décision de refus de rente en raison d'un préjudice économique de 16%.

Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition, ni d'un recours de votre part, et elle est donc entrée en force.

Par votre nouvelle demande du 11 mai 2016 vous avez à nouveau sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

En raison de votre atteinte à la santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption depuis le 1^{er} décembre 2015. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'atteinte d'une année.

Après analyse médicale de votre situation, nous constatons que vous présentez désormais une incapacité de travail et de gain totale dans votre activité professionnelle habituelle de parqueteur indépendant.

En revanche, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est toujours exigible à 100% dès le 22 juin 2016.

Dès lors, nous estimons que votre situation médicale n'a pas changé de façon significative depuis notre dernière décision. De notre point de vue, vous ne présentez aucune aggravation durable de l'état de santé nous permettant de modifier notre position.

Nous attirons votre attention sur le fait que, selon la jurisprudence, il appartient à l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail restante en exerçant une activité adaptée à son état de santé.

De ce fait, le préjudice économique reste identique (16%). Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité [...] ».

Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2017 à l'adresse de l'OAI, le Dr L._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était durablement aggravé depuis la dernière décision de refus de rente, précisant qu'en plus des maladies décrites dans son rapport du 22 juin 2016, l'intéressé avait présenté, en octobre 2016, une meralgie paresthésique droite avec des paresthésies sur la cuisse droite et des douleurs au niveau du pli inguinal droit, irradiant à la hanche droite, avec blocage du bassin, par intermittence. Il a indiqué que l'assuré avait subi le 30 janvier 2017 une infiltration du nerf cutané latéral fémoral droit restée sans résultat et précisé que l'intéressé présentait par ailleurs un syndrome de canal carpien à droite, avec des acralgies à type de fourmillements des quatre derniers doigts et une faiblesse musculaire du bras droit avec des lâchages d'objet par intermittence.

Par courrier du 12 juin 2017, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il convenait de considérer la correspondance de son médecin traitant du 1^{er} juin 2017 comme une opposition au projet de décision du 11 mai 2017.

Le 20 juin 2017, l'assuré a confirmé à l'OAI ne pas vouloir actuellement entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle et renoncer pour le moment à l'aide au placement.

Dans un avis médical du 23 juin 2017, le Dr Z._____ a retenu que les arguments apportés par le Dr L._____ dans son rapport du 1^{er} juin 2017 n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de l'avis SMR du 9 mai 2017 et du projet de décision. Il a précisé que la meralgie

paresthésique, atteinte du nerf fémoro-cutané exclusivement sensitif, occasionnant des sensations brûlantes mais sans atteinte motrice ou des réflexes, était certes désagréable mais ne saurait entraîner une réelle incapacité de travail. Quant au syndrome de tunnel carpien pouvant avoir des conséquences fonctionnelles néfastes sans traitement, le Dr Z. _____ a relevé qu'il n'entraînait aucune incapacité durable lorsqu'il était correctement traité, ce qui était exigible.

Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet du 11 mai 2017 et refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité.

B. Par acte du 24 août 2017, X. _____, représenté par CAP Protection juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé et de s'être basé uniquement sur les constatations des médecins du SMR. Il fait également grief à l'OAI de ne pas avoir concrètement indiqué le type de travail qui correspondrait à une activité adaptée.

Dans sa réponse du 5 octobre 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il souligne que les conclusions du SMR s'agissant de l'aggravation de l'état de santé du recourant sont très claires, mettant en avant le refus de l'intéressé de se soumettre à une mesure d'intervention précoce.

Répliquant le 30 novembre 2017, le recourant a confirmé ses conclusions sans apporter de nouvel élément.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 11 mai 2016.

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 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 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).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. L'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré ; en cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Dans ce contexte, les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2) – disposition qui prévoit que, lorsque 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). Autrement dit, il incombe aux autorités d'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 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c 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).

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 asséculo-logique. 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'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du 23 mai 2017 du Dr Z._____ du SMR, l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de parqueteur mais que sa capacité de travail demeurait en revanche entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 22 juin 2016.

a) Dans sa décision initiale de refus de rente du 25 novembre 2014, l'OAI avait retenu, en se fondant notamment sur les conclusions du Dr L._____, que le recourant présentait une incapacité de travail et de gain de 50% dans son activité habituelle de parqueteur, mais disposait d'une capacité de travail entière depuis le 1^{er} avril 2014 dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles découlant de ses atteintes aux genoux et au dos.

b) Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations du recourant, objet de la décision entreprise, l'intimé s'est basé sur les conclusions du SMR pour retenir que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans l'activité de parqueteur mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Force est de constater que cette conclusion ne prête pas flanc à la critique.

C'est en effet à juste titre que le médecin du SMR a retenu que les atteintes vasculaires et coronariennes ne devaient pas être prises en considération dans l'évaluation de la capacité de travail, ces atteintes étant antérieures à 2014, date à laquelle le recourant avait repris son activité de parqueteur à 100%. Elles ont en outre été examinées dans le cadre de la première demande de prestations AI et ne se sont pas aggravées.

Quant aux atteintes dégénératives dont l'intéressé souffre au niveau des genoux, de l'épaule et du rachis lombaire et cervical, il appert que les conclusions du Dr Z._____, contenues dans l'avis du 9 mai 2017 et que l'intimé a fait siennes, sont en réalité partagées par le Dr L._____. En effet, le médecin traitant dans son rapport du 22 juin 2016, indiquait que la capacité de travail du recourant était immédiatement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : position statique prolongée debout, position en porte-à-faux, bras au-dessus des épaules et port de charges supérieur à 1 kg dans le bras gauche.

Les atteintes à la santé rapportées par le Dr L._____ dans sa correspondance du 1^{er} juin 2017 ne permettent pas, comme le retient l'OAI, de modifier les conclusions posées eu égard à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, ni la mialgie parasthésique, ni le syndrome de tunnel carpien, si douloureuses soient-elles, ne sont pas de nature à provoquer une incapacité de travail durable.

c) A la lumière de l'appréciation convaincante du Dr Z._____, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas, faute de péjoration de son état de santé, respectivement d'atteintes invalidantes, une modification de sa capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié de manière notable par rapport à la situation tranchée par la décision de suppression de prestations du 25 novembre 2014, entrée en force.

6. 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 sollicite le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. 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 anticipées des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2). Une telle manière de voir ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

7. a) En définitive, en déniaient le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 27 juin 2017.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Protection juridique (pour X. _____),
- 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 :