

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mars 2013

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

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA; art. 4 et 28 LAI; 87 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, marié et père de deux enfants, est d'origine [...]. Il est en Suisse depuis 1990. Il a travaillé comme aide-cuisinier avant de se retrouver au chômage en 1997.

Le 7 décembre 1999, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes tendant à un reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Il a exposé avoir des problèmes de dos depuis cinq ou six ans.

Instruisant le cas, l'OAI a recueilli différents documents médicaux, en particulier un rapport du 2 novembre 1999 de la Dresse X._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale, qui a retenu les diagnostics suivants: trouble somatoforme indifférencié et troubles statiques rachidiens, avec anomalie de transition lombo-sacrée, atteintes dégénératives mécaniques des sacro-iliaques chez un patient porteur de l'HLA B27, sans indice inflammatoire actuel. Elle a considéré, sur le plan rhumatismal, que l'incapacité de travail était de l'ordre de 20% pour les ports de charges supérieures à 20-25 kg.

Dans un rapport du 17 mars 2000, le Dr H._____, rhumatologue et médecin-chef du service [...] de l'Hôpital S._____, à [...], a posé les diagnostics de lombalgies sur troubles statiques avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée et d'obésité. Il a mentionné une accentuation des lombalgies depuis le mois de septembre 1999, mais a précisé que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle antérieure à 100% dès le 27 mars 2000. Il a encore relevé que ses atteintes n'étaient pas incompatibles avec le port épisodique de charges de plus de 30 kg et que l'assuré présentait un syndrome d'amplification des douleurs.

Dans un rapport du 14 avril 2000 à l'OAI, la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a confirmé les diagnostics posés précédemment, à savoir un trouble somatoforme indifférencié et des troubles statiques rachidiens. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis juin 1999, mais était d'avis qu'il fallait procéder à un recyclage professionnel au plus vite afin que l'assuré récupère une capacité de travail entière. Il avait présenté un alcoolisme chronique, avec abstinence depuis quelques mois, de sorte que l'activité de cuisinier semblait contre-indiquée. Il fallait en outre éviter la station debout et le port de charges de plus de 20 kg.

A la demande de l'assureur-maladie de l'intéressé, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a procédé à une expertise médicale. Dans son rapport du 19 juin 2000, il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, de troubles statiques et anomalies du rachis lombaire, et d'obésité exogène. Il a relevé que l'anomalie transitionnelle du rachis lombo-sacré ne permettait d'expliquer que des lombalgies mineures, ne correspondant pas aux plaintes de l'expertisé, lesquelles s'expliquaient par un trouble somatoforme douloureux, entretenu par le contexte social et par des phénomènes de déconditionnement. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dans la profession de cuisinier, dans la mesure où cette activité requérait de porter de lourdes casseroles, le port de charges supérieures à 20 kg devant être évité. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale. Il était exigible de l'assuré qu'il porte des charges légères, qu'il maintienne une station debout ou qu'il se déplace fréquemment.

Par décision du 6 février 2001, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

B. Le 5 septembre 2001, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à une orientation professionnelle ou à un reclassement dans une nouvelle profession, en

mentionnant des douleurs dans la région lombaire, des douleurs musculaires, ainsi que des maux de tête et des vertiges.

Dans un certificat médical du 7 novembre 2001, la Dresse K._____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 2001. Le 10 décembre 2001, elle a informé l'OAI qu'elle n'arrivait plus à se faire une idée objective de l'intensité des douleurs de l'assuré et de son incapacité de travail.

Un examen pluridisciplinaire a été effectué le 10 avril 2002 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR). Le rapport d'examen du 15 avril 2002 est signé par les Drs W._____, médecin praticien, J._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale, et L._____, psychiatre et psychothérapeute. Ces derniers ont retenu les diagnostics suivants: lombosciatalgies droites chroniques persistantes, hernie discale médiane-paramédiane entre la vertèbre transitionnelle et la vertèbre sus-transitionnelle avec conflit disco-radiculaire, syndrome d'amplification des douleurs, obésité (BMI 31,6) et hypertension artérielle. Les médecins du SMR ont conclu à l'absence d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. La hernie discale, qui se trouvait dans une position cohérente avec les plaintes subjectives, entraînait une fragilité bio-mécanique au niveau lombaire justifiant une incapacité de travail de 80% dans l'activité de cuisinier ou d'aide-cuisinier. Par contre, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limites fonctionnelles suivantes: alternance des positions assise et debout environ une fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 8 kg, pas de port régulier de charges excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de travaux s'effectuant assis sur un engin vibrant.

Dans un rapport établi le 9 septembre 2002 à l'attention de la Dresse K._____, le Dr R._____, pneumologue et spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de syndrome des apnées obstructives du sommeil sévère, de bronchite chronique non obstructive sur tabagisme et de suspicion de reflux gastro-oesophagien.

Un support ventilatoire nocturne par CPAP nasal était recommandé. L'interruption de la consommation d'alcool le soir et une perte de poids étaient également souhaitables.

Le 24 septembre 2002, la Dresse K._____ a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 20 septembre 2002, puis de 50% dès le 23 septembre 2002, en raison d'une aggravation des douleurs musculo-tendineuses du syndrome dorso-lombaire dans le cadre d'une situation stressante liée à la découverte du syndrome d'apnée du sommeil.

Dans un rapport du 19 novembre 2002, le Dr R._____ a précisé que le syndrome des apnées obstructives du sommeil entraînait une asthénie et une tendance à la somnolence diurne. Il était d'avis que si cette pathologie ne pouvait pas être corrigée par des mesures médicales – en particulier par le port d'un support ventilatoire nocturne par CPAP –, lesquelles avaient échoué jusqu'à présent en raison d'une intolérance, la capacité de travail dans une activité sédentaire pourrait être entravée par l'asthénie et la somnolence. La capacité fonctionnelle à l'effort n'était pas entravée par la fonction pulmonaire, qui n'objectivait pas d'obstruction ventilatoire, mais apparaissait limitée essentiellement par l'obésité.

L'OAI a alloué à l'assuré une mesure d'ordre professionnel, sous la forme d'un stage de réadaptation professionnelle dans [...], à [...], du 17 septembre au 16 décembre 2002. Le stage a été entrecoupé de nombreuses périodes d'incapacité de travail. Il ressort en outre du rapport de stage du 16 décembre 2002 qu'une activité à mi-temps à raison de quatre heures par jour était exigible de la part de l'intéressé, avec toutefois un rendement réduit.

L'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr N._____, pneumologue et spécialiste en médecine interne générale, qui, dans son rapport d'expertise du 2 juin 2003, a retenu que le sévère syndrome des apnées du sommeil, non traité, ainsi que l'obésité et les dorsalgies entraînaient une incapacité de travail quasi-complète, en précisant que la

capacité de travail devait être définie de manière définitive seulement après une prise en charge du syndrome des apnées du sommeil. Il a en outre relevé que depuis septembre 2002, l'expertisé avait pris 8 kg, ce qui était de nature à aggraver le syndrome des apnées du sommeil, à diminuer la mobilité et à accentuer la fatigue diurne, la dyspnée et les dorsalgies.

L'assuré a séjourné à l'Hôpital P. _____ du 17 au 24 février 2004 où les diagnostics principaux retenus étaient ceux de syndrome des apnées du sommeil et de bronchite chronique, les diagnostics secondaires étant une hypertension artérielle, un reflux gastro-oesophagien et une hernie discale L5-S1. Dans un rapport du 24 mars 2004, le Drs T. _____, médecin-chef de l'Hôpital P. _____, U. _____, pneumologue et spécialiste en médecine interne générale, et C. _____, médecin-assistant, ont exposé que le CPAP, porté par l'assuré de manière régulière toutes les nuits sans interruption au cours de son séjour, avait produit de bons résultats. Les fonctions pulmonaires étaient normales dans un contexte tabagique actif pour lequel l'assuré n'avait pas voulu entreprendre de démarches. Sur le plan ostéo-articulaire, une légère amélioration avait été observée sous Arthrotec.

Dans un rapport du 28 mai 2004, le Dr R. _____ a signalé que le patient poursuivait un sevrage total du tabac et avait interrompu sa consommation d'alcool. Il était d'avis que l'assuré présentait une incapacité totale de travailler en raison de la persistance d'asthénie diurne marquée, malgré des efforts significatifs concernant le traitement nocturne et l'hygiène de vie. Le score de somnolence d'Epworth restait fortement pathologique (17/24).

Dans un avis médical du 24 janvier 2005, la Dresse D. _____, médecin au SMR, pneumologue et spécialiste en médecine interne générale, a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le port d'un CPAP corrigeait entièrement le syndrome d'apnée du sommeil, comme l'avaient démontré divers enregistrements. L'absence d'amélioration des plaintes, mentionnée par le

Dr R._____, n'était pas cohérente avec la correction apportée par le CPAP et découlait d'une amplification des plaintes par l'assuré.

Par décision du 6 octobre 2005, confirmée par décision sur opposition du 30 avril 2007, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente, estimant notamment qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 16 mai 2007, la Dresse K._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel elle a fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble dépressif récurrent d'intensité modérée à sévère et d'un trouble de la personnalité. Elle a joint un rapport du 30 mars 2006 de la Dresse Q._____, psychiatre et psychothérapeute, dans lequel cette dernière a posé les diagnostics évoqués par la Dresse K._____ en précisant que l'assuré n'était plus capable de travailler, l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité étant probablement la seule issue pour lui.

C. Par acte du 16 mai 2007, Z._____ a recouru contre la décision de l'OAI précitée, en concluant principalement, à sa réforme en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son recours, il a notamment produit les rapports médicaux des 30 mars 2006 et 16 mai 2007 des Dresses Q._____ et K._____.

Par courrier du 11 septembre 2007, la Dresse Q._____ a précisé que son précédent rapport était un consilium fait à la demande de la médecin-traitant et qu'elle n'avait dès lors prescrit aucun médicament ni proposé de suivi psychothérapeutique.

Le 7 novembre 2007, la Dresse K._____ a informé l'OAI que l'assuré présentait une péjoration de son état de santé avec l'apparition d'une nécrose aseptique de la tête fémorale qui entraînait des douleurs extrêmement importantes. Une prothèse totale de la hanche serait mise

en place prochainement, ce qui diminuerait encore la capacité de travail de l'assuré.

Par jugement du 7 avril 2008 (cause AI 2000/07 - 113/2008), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 30 avril 2007. En substance, l'autorité judiciaire était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et que dès lors son taux d'invalidité était bien inférieur à 40%, de sorte qu'aucune rente ne pouvait lui être octroyée.

Le recours de l'assuré à l'encontre du jugement précité auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 19 juin 2008 (arrêt 9C_398/2008).

D. Le 24 septembre 2008, la Dresse K._____ a demandé à l'OAI de réexaminer le droit de l'assuré à une rente invalidité. En effet, son état de santé s'était nettement péjoré avec l'apparition d'un diabète de type II difficile à traiter, depuis le mois de mars 2007. Les difficultés d'équilibration entraînaient des vertiges et de nombreux malaises, rendant la reprise du travail impossible.

L'OAI a considéré cette lettre comme une nouvelle demande de l'assuré.

Dans un avis médical du 2 mars 2009, la Dresse B._____ du SMR a estimé que l'apparition du diabète de l'assuré était un fait nouveau qui n'engendrait cependant habituellement pas d'incapacité de longue durée invalidante au sens de l'AI, en l'absence de complications.

Le 16 juillet 2009, l'OAI a rendu un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la demande de l'assuré de bénéficier d'une rente de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

Dans un certificat médical du 8 septembre 2009, la Dresse K._____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était nettement aggravé, à la suite de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche. Il convenait d'éviter tout effort et toute sollicitation importante sur cette prothèse.

Le 16 septembre 2009, l'assuré a fait opposition au projet de décision de l'OAI du 16 juillet 2009.

Dans un avis médical du 30 novembre 2009, la Dresse B._____, médecin au SMR, a considéré que la mise en place d'une prothèse de la hanche constituait un fait nouveau à instruire.

Dans un rapport du 31 mai 2010 à l'OAI, la Dresse K._____ a posé les diagnostics de troubles somatoformes indifférenciés, de troubles statiques rachidiens avec anomalie de transition lombo-sacrée, d'atteintes dégénératives des sacro-iliaques chez un porteur de l'HLA-B27, d'obésité androïde (102 kg pour 164 cm), de dos plat avec hypocyphose dorsale, de syndrome lombo-vertébral avec DDS de 22 cm, Schober lombaire 10-12, de contractures paravertébrales dorso-lombaires, Lasègue 30° à droite, 45° à gauche, ROT achilléens absent à droite, faible à gauche. A titre de traitement, l'assuré prenait des anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux et généraux, des anti-dépresseurs, ainsi que des neuroleptiques. Elle a attesté une incapacité de travail de 100%.

En septembre 2010, la Dresse K._____ a remis à l'OAI le rapport de sortie établi le 29 novembre 2007 par le Dr M._____, chirurgien orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait opéré l'assuré pour la pose d'une prothèse totale de la hanche. Ce rapport indiquait que l'assuré avait séjourné à l'Hôpital F._____ du 8 au 16 novembre 2007, que les suites de l'intervention étaient restées simples et afébriles, et que l'évolution avait été très satisfaisante.

Le 25 novembre 2010, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au SMR. Dans un rapport du 6 décembre 2010, le Dr A._____, chirurgien orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques persistantes, avec anomalie transitionnelle et discopathie L5-S1, ainsi que de nécrose aseptique de la hanche gauche traitée par arthroplastie totale en 2007. En revanche, les diagnostics d'obésité morbide, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de vertiges d'origine indéterminée et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr A._____ a considéré que depuis le dernier examen SMR d'avril 2002, il y avait certainement eu une aggravation, compte tenu de l'apparition de douleurs aiguës de la hanche gauche traitée par arthroplastie totale en novembre 2007, de la découverte d'un diabète en 2007 et d'un syndrome d'apnées du sommeil. Il a ainsi conclu à une incapacité de travail complète depuis l'été 2007 et durant les trois mois qui ont suivi l'arthroplastie de la hanche (en novembre 2007). A l'examen clinique, le signe de Trendelenburg était négatif, la flexion/extension de la hanche gauche était de 100-0-0°, l'abduction/adduction de 50-0-40° et les rotations libres. La radiographie de contrôle a, quant à elle, montré une prothèse en position idoine avec un léger raccourcissement d'environ 1 cm. Ainsi, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré restait très limitée, de l'ordre de 20% en tant que cuisinier. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes:

«Travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Doit éviter de travailler en porte-à-faux, penché en avant. Doit éviter le port de charges.»

Dans un rapport SMR du 21 février 2011, la Dresse I._____, spécialiste en médecine interne générale, s'est ralliée aux conclusions du Dr A._____. Elle a notamment estimé, s'agissant du diabète du recourant, qu'une incapacité de travail temporaire était possible pendant le temps nécessaire à l'équilibrage du traitement, mais qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail invalidant au sens de l'assurance-invalidité.

Par décision du 27 octobre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

Ce même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

E. Par acte du 15 novembre 2011, Z._____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision de l'OAI du 27 octobre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Il soutient que son état de santé s'est aggravé depuis le dernier refus de rente. Il explique qu'il ne peut travailler qu'à hauteur de 20%, conformément aux avis médicaux des Drs H._____ et K._____, ce qui entraîne pour lui un préjudice économique. Il allègue notamment avoir subi une opération de cure de hernie discale le 7 novembre 2011.

Le 6 février 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. L'intimé a précisé qu'il avait nié le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, la décision litigieuse étant intitulée à tort «refus d'entrer en matière».

Le 20 février 2012, le recourant a maintenu ses conclusions.

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. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a subi une aggravation de son état de santé de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une telle aggravation et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision de l'OAI du 30 avril 2007, confirmée par arrêt de la CASSO du 7 avril 2008 (cause AI 2000/07 - 113/2008).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

b) 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 al. 1 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 dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 in fine LPGA).

Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalide»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement sur l'assurance-

invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TFA I 716/03 du 9 août 2004, consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, 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 et 130 V 75 consid. 3.2).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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 125 V 352 ss consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF

137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 septembre 2008 malgré l'intitulé et le dispositif formel de cette décision. L'intimé a notamment repris l'instruction en procédant à un examen clinique au SMR. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la décision sur opposition du 30 avril 2007, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

6. a) La décision sur opposition du 30 avril 2007 se basait essentiellement sur l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR réalisé 10 avril 2002. Les médecins avaient estimé que le recourant ne présentait aucune incapacité de travail au plan psychiatrique. D'un point de vue somatique, les diagnostics de lombosciatalgies chroniques persistantes à droite avec la présence d'une hernie discale, d'un syndrome d'amplification des douleurs, d'obésité et d'hypertension artérielle avaient été retenus. Les médecins du SMR étaient dès lors arrivés à la conclusion que le recourant présentait une capacité de travail de 20% dans l'activité de cuisinier et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Il n'est pas contesté que depuis la décision sur opposition de l'OAI du 30 avril 2007, l'assuré a subi une péjoration de son état de santé en raison de l'apparition d'un diabète de type II en mars 2007 et de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche en novembre 2007. Il convient toutefois d'examiner dans quelle mesure ces éléments nouveaux

ont été de nature à influencer la capacité de travail du recourant et sa capacité de gain.

aa) Concernant l'opération subie par le recourant pour la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche en novembre 2007, le Dr M. _____, qui a opéré le recourant, a retenu que les suites de l'intervention étaient restées simples et afébriles et que l'évolution avait été très satisfaisante (rapport de sortie du 29 novembre 2007). En effet, la radiographie du bassin, effectuée à cette époque, a montré que la prothèse avait été mise en place en position idoine et qu'il existait un léger raccourcissement de la hanche évalué à 1 cm. En outre, l'examen clinique effectué par le SMR en novembre 2010, soit trois ans après l'opération, a permis de constater que la flexion-extension était à 110-0-0° à droite et 100-0-0° à gauche, l'abduction-adduction à 50-0-50° à droite et 50-0-40° à gauche, et que les rotations étaient libres. Le Dr A. _____ a ainsi estimé que le recourant avait présenté une incapacité de travail complète dès l'été 2007, à savoir le moment où sont apparues ses douleurs aiguës à la hanche gauche, et durant les trois mois qui ont suivi l'arthroplastie de la hanche, soit jusqu'à mi-février 2008. En revanche, en dehors de cette période, il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle l'assuré pouvait alterner la position debout avec la position assise à sa guise, évitant le travail en porte-à-faux, penché en avant, ainsi que le port de charge. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail du recourant était de 20% (rapport médical du 6 décembre 2010).

Le rapport précité a été établi en connaissance du dossier médical et de l'anamnèse. Les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques ont été dûment décrites, les conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il n'y a ainsi aucune raison de s'en écarter. Dans ces circonstances, il convient de constater que le recourant a présenté une aggravation de son incapacité de travail dès l'été 2007 jusqu'à mi-février 2008, soit pendant moins d'une année.

bb) En 2008, la médecin traitant du recourant, la Dresse K._____ a requis de l'OAI qu'il examine à nouveau si le droit du recourant à une rente n'était pas ouvert, compte tenu d'une aggravation de son état de santé, à savoir l'apparition d'un diabète de type II depuis le mois de mars 2007. Elle a précisé que les difficultés d'équilibration entraînaient chez le recourant des vertiges et de nombreux malaises rendant la reprise du travail impossible (rapport médical du 24 septembre 2008). Toutefois, la péjoration de l'état de santé du recourant, telle qu'annoncée par la Dresse K._____, n'a été étayée par aucune description d'examen clinique, ni aucune description du traitement mis en place ou des éventuels examens pratiqués. D'ailleurs, dans son rapport du 31 mai 2010, elle n'a pas même mentionné le diabète de type II à titre de diagnostic. Quant au Dr A._____, il a estimé que le diabète du recourant n'était pas de nature à influencer sa capacité de travail (rapport du 6 décembre 2010). Dans le même sens, la Dresse I._____ a considéré qu'une incapacité temporaire était possible pendant le temps nécessaire à l'équilibrage du traitement, mais que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail invalidant au sens de l'assurance-invalidité (rapport SMR du 21 février 2011). A défaut d'avis médical probant qui aurait mis en avant d'importantes complications subies par le recourant en raison de son diabète, il convient de suivre les avis des Drs A._____ et I._____ sur ce point.

cc) Enfin, l'éventuelle péjoration de l'état du dos qui aurait conduit à une opération de cure de hernie discale en novembre 2011, tel qu'alléguée par le recourant, n'est pas établie par les pièces au dossier. Un complément d'instruction sur cet aspect n'est toutefois pas nécessaire, dans la mesure où cette péjoration n'avait de toute façon pas entraîné une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année, au moment de la décision litigieuse (27 octobre 2011). En effet, une telle péjoration ne pourrait être que postérieure à l'expertise établie par le Dr A._____ sur la base de son examen clinique du 25 novembre 2010.

c) Par conséquent, force est de constater que les pièces médicales au dossier ne témoignent d'aucune modification notable sur le

plan médical susceptible d'influencer, à long terme, la capacité de travail exigible du recourant depuis la décision sur opposition du 30 avril 2007.

7. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'OAI n'a pas procédé à une nouvelle comparaison des revenus par rapport à celle qu'il avait effectué lors du dernier refus de prestations (cf. rapport final de la Division administrative de l'OAI du 18 août 2003). A l'époque, il avait retenu un revenu hypothétique sans invalidité de 48'846 fr. dans l'ancienne activité professionnelle du recourant. Après adaptation à l'évolution de l'indice des salaires nominaux jusqu'en 2008 (52'204 fr.) et comparaison avec le salaire de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de 2008 (59'220 fr.) dans une activité simple et répétitive, y compris en procédant à une déduction de 15% (50'337 fr.) pour tenir compte des circonstances propres à la personne du recourant (difficultés linguistiques, manque de formation professionnelle et limitations fonctionnelles), on obtient un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à une rente. On ajoutera que si l'on se référait plutôt, pour établir le revenu hypothétique sans invalidité, à l'ESS 2008, il n'en résulterait pas davantage un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente d'invalidité.

8. a) Vu ce qui précède, 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. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} 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 et n'étant pas assisté d'un mandataire professionnel (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 27 octobre 2011 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 :

- Z. _____,
- 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 :