

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Neu et Mme Dessaux
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

G._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Didier Kvicinsky,
avocat à Genève,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LAI, 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 31 juillet 2007, G._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il souffrait d'"un conflit sous acromial et tendinopathie du sus-épineux" depuis 2003 environ. Cuisinier de profession, il avait obtenu une patente B de cafetier restaurateur en 2001. Il était au chômage depuis le 2 octobre 2006.

L'assuré a séjourné à l'hôpital orthopédique du Centre hospitalier [...] (ci-après: [...]) du 14 juin au 16 juin 2007, où il a subi une arthroscopie de l'épaule droite. Les diagnostics posés étaient ceux de rupture du sus-épineux de l'épaule droite sur conflit sous-acromial et arthropathie acromio-claviculaire droite (lettre de sortie du 21 juin 2007 des Dr L._____ et V._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur adressée au Dr W._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport médical du 25 octobre 2007 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr Z._____, médecin assistant à l'hôpital orthopédique du [...], a posé comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite sur un conflit sous-acromial et une arthropathie acromio-claviculaire droite. Selon le Dr Z._____, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 14 juin 2007. Le médecin a encore indiqué que le patient devait limiter le port de charges à 10 kg et que son état s'améliorait bien qu'il se plaigne encore de légères douleurs diurnes et nocturnes à l'épaule droite.

Dans un rapport médical du 5 novembre 2007 à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des douleurs à l'épaule droite sur rupture du sus-épineux sur conflit sous-acromial et arthropathie

acromio-claviculaire droite, un status après suture du sus-épineux avec acromioplastie et résection de la clavicule distale droite le 14 juin 2007, un status après pancréatite récidivante Balthazar b d'origine éthylique probable et un status après périarthrite scapulo-humérale gauche en 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr B._____ a signalé une oesophagite sur reflux gastro-oesophagien stade 1. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il effectuait encore de la physiothérapie et se plaignait toujours de douleurs invalidantes à l'épaule droite après l'opération du 14 juin 2007, bien qu'il y ait une discrète amélioration de la mobilité. Les douleurs étaient encore insomniantes et le patient disait avoir de la difficulté à tenir des objets. Le Dr B._____ relevait que son patient avait été au chômage sur une longue durée, puis qu'il avait voulu se mettre à son compte, tentative qui avait échoué en raison de ses douleurs à l'épaule. Quant à la capacité de travail de l'assuré dans son activité de cuisinier, le médecin a expliqué qu'elle était difficile à apprécier, mais qu'une capacité résiduelle de 50% était probable et qu'il y avait certainement une diminution de rendement dans cette profession. On pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, évitant les mouvements répétitifs, les ports de charges et le travail les bras en l'air. Il a encore retenu les limitations fonctionnelles suivantes: éviter d'avoir la même position du corps pendant longtemps, alternance des positions assise, debout et marche, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur. Selon le médecin traitant, il était difficile de déterminer le taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 15 mai 2008, la Dresse E._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a relevé que théoriquement la capacité de travail de l'assuré devrait être de 100% dans une activité adaptée, mais comme ni le Dr Z._____ ni le Dr B._____ ne s'exprimaient concrètement à ce sujet, elle proposait de soumettre l'assuré à un examen orthopédique au SMR pour définir ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail exacte.

Dans un rapport médical du 21 mai 2008 à l'OAI, le Dr Z._____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré la veille et que celui-ci

souffrait toujours de douleurs en abduction et en flexion qui l'empêchaient de porter des charges de plus de 5 kg, notant que son patient était motivé pour une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée.

Le 2 juin 2008, l'assuré a été soumis à un examen clinique orthopédique au SMR effectué par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé, dans son rapport du même jour, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec rupture du sus-épineux et conflit sous-acromial, un status après réinsertion du tendon du sus-épineux, acromioplastie et résection de l'extrémité distale de la clavicule droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'un status après pancréatite récidivante d'origine éthylique probable. Il ressort en outre ce qui suit du rapport médical du Dr K. _____ :

"Appréciation du cas

Assuré de 52 ans, sans formation professionnelle particulière, au bénéfice d'une patente de cafetier-restaurateur obtenue en 2000. Il a travaillé d'octobre 2005 à septembre 2006 en tant que cuisinier à l'hôpital de [...] dans le cadre d'un programme d'emploi temporaire subventionné. Il a développé des douleurs de l'épaule droite résistant aux traitements conservateurs habituels. Les divers examens ont montré un conflit sous-acromial avec une rupture partielle du tendon du sus-épineux. L'assuré a été opéré le 14.06.2007. Les suites opératoires ont été marquées par une difficulté à récupérer la mobilité de son épaule droite et par des douleurs. A noter que l'assuré travaille depuis le 01.06.2008 en tant qu'aide-cuisinier à 50%.

Les limitations fonctionnelles

Doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontal. Doit éviter de porter des charges supérieures à 10 kilos ou de soulever à répétition des charges supérieures à 5 kilos.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Arrêt de travail depuis le 14.06.2007.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assuré travaille à 50% en tant qu'aide-cuisinier à partir du 01.06.2008.

Concernant la capacité de travail exigible,

Habituellement, les métiers de cuisinier ou aide-cuisinier ne sont pas adaptés aux limitations fonctionnelles car, dans ces métiers, il est fréquent de devoir soulever des charges importantes. L'assuré travaille

actuellement à 50% comme aide de cuisine. Le poste de travail a été aménagé. L'assuré ne porte pas de charges et ne doit pas lever son bras droit au-delà de l'horizontal. Le Dr Z. _____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique, dans son rapport de novembre 2007, considère que l'assuré peut travailler en tant que cuisinier à 50%.

Nous considérons que les métiers de cuisinier ou aide-cuisinier ne sont habituellement pas adaptés aux limitations fonctionnelles. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de cet assuré est complète trois mois après l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire à partir du 15.09.2007.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 100% depuis le 15.09.2007."

Par projet de décision du 24 juin 2008, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, au motif que son taux d'invalidité était de 14.99% (revenu sans invalidité de 61'389 fr. 45 [fixé sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2006, indexé en 2008, pour un niveau de qualification 4, soit des activités simples et répétitives] et revenu avec invalidité de 52'181 fr. 05 [également fixé sur la base de l'ESS de 2006, indexé en 2008 et avec un abattement de 15%]). Ce projet a été confirmé par une décision du 4 septembre 2008 qui est entrée en force.

B. Le 3 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant l'octroi de mesures professionnelles en expliquant souffrir de douleurs chroniques à l'épaule droite et se trouver sans emploi. Il a joint à sa demande un rapport médical du 26 mars 2009 du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au service d'orthopédie et de traumatologie du [...]. Celui-ci a posé comme diagnostic des douleurs chroniques de l'épaule droite sur status post réparation par arthrotomie d'une rupture du tendon sus-épineux, avec résection de la clavicule distale et acromioplastie en 2007. Il a indiqué que l'évolution était stagnante avec persistance d'une symptomatologie algique de l'épaule droite à l'effort accompagnée d'une impotence fonctionnelle modérée. Selon lui, le patient arrivait à travailler à 50% en tant que cuisinier, mais ne parvenait pas à

augmenter son pourcentage d'activité en raison de ses douleurs. Le Dr V. _____ a encore noté ce qui suit :

"Discussion:

Près de deux ans après l'intervention, le patient présente des douleurs de l'épaule droite surtout à l'effort, mais avec une fonction satisfaisante. Les séances de physiothérapie n'amenant plus d'amélioration, elles ont été stoppées depuis plusieurs mois. Une infiltration AC et sous-acromiale n'a également amené qu'une légère amélioration de 50%, ce qui ne nous donne aucune garantie pour une reprise chirurgicale arthroscopique, ce d'autant plus que sur l'arthro-IRM de contrôle faite en 2008, le tendon sus-épineux est hétérogène mais en continuité, sans évidence pour un conflit sous acromial ou d'arthropathie AC résiduelle. Concernant son aptitude au travail, elle ne peut actuellement plus être améliorée par des mesures médicales, et j'atteste donc 50% d'incapacité de travail dans son métier de cuisinier. Je n'ai pas prévu de revoir le patient en consultation, mais me tiens à disposition dans toute éventualité".

Dans un avis médical du 5 août 2009, la Dresse E. _____ du SMR a indiqué qu'il n'y avait aucune modification de l'état de santé de l'assuré et que les données objectives étaient inchangées par rapport à l'examen SMR du 2 juin 2008, les conclusions du Dr K. _____ restant donc valables.

Par projet de décision du 23 octobre 2009, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de son état de santé par rapport à l'examen clinique orthopédique réalisé le 2 juin 2008 au SMR. Ce projet a été confirmé par décision du 2 décembre 2009 qui est entrée en force.

C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestation de l'AI le 24 décembre 2010. Il y a indiqué qu'il travaillait à 50% comme aide de cuisine depuis le 1^{er} janvier 2010 auprès de la Fondation D. _____, pour un revenu de 1'870 francs bruts versé 13 fois par an. Il a expliqué qu'il souffrait depuis 2007 d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'un status post réparation par arthrotomie d'une rupture du tendon sus-épineux, avec résection de la clavicule distale et acromioplastie en 2007. Il a joint à sa demande un rapport médical du 14

juin 2010 des Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et P._____, médecin assistant à l'hôpital orthopédique du [...]. Ils ont posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec status post-réparation par arthrotomie d'une rupture du tendon sus-épineux avec résection de la clavicule distale et acromioplastie en 2007, de status post-infiltration acromio-claviculaire le 7 octobre 2008, de status post-infiltration sous-acromiale de [...] le 7 mai 2010 et de status post IRM de contrôle le 9 mars 2010. Ces médecins ont par ailleurs expliqué ce qui suit:

"Discussion:

Ce patient présente une longue histoire de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Nous l'avons revu le 8 juin 2010 avec le Professeur L._____, et arrivons en bout de course d'un traitement conservateur et chirurgical bien conduit. En effet, la réparation chirurgicale de la coiffe est obtenue et confirmée par une IRM récente. Il n'y a pas d'autre intervention chirurgicale à entreprendre chez ce patient. Par ailleurs, pour les douleurs au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, une résection de la clavicule distale ayant été effectuée, l'indication à une nouvelle intervention ne paraît clairement pas indiquée et nous y renonçons. La bursite sous-acromiale mise en évidence sur les clichés de l'IRM a été infiltrée, avec un bénéfice d'une quinzaine de jours environ. Etant donné la réparation de la coiffe, nous ne proposons pas d'autre infiltration en raison du risque de rupture secondaire. Au vu de tout ce qui précède, nous n'avons donc pas de traitement supplémentaire à proposer et sommes à disposition pour une évaluation AI chez ce patient.

(...)"

Par courrier du 5 janvier 2011, l'OAI a accusé réception de la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 24 décembre 2010 et lui a fait savoir que celle-ci ne pouvait être examinée, en application de l'art. 87 RAI, que s'il établissait de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'OAI lui impartissait un délai de trente jours pour ce faire.

L'assuré a répondu à l'OAI par courrier du 14 février 2011, auquel il a joint un rapport médical du 14 février 2011 du Dr V._____, à la teneur suivante:

" (...)

Le patient susnommé a été revu à notre consultation en date du 3 février 2011.

Diagnostic:

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sur un status post-réparation par arthrotomie du tendon sus-épineux avec résection de la clavicule distale et acromioplastie en 2007.

Evolution:

Stagnante au niveau de l'épaule droite avec persistance de douleurs à la mobilisation mais également au repos ainsi qu'une impotence fonctionnelle. Il a présenté il y a trois semaines, un épisode douloureux au niveau de l'épaule gauche dans le cadre de son travail en tant que cuisinier. Il est amené à soulever des casseroles lourdes et de façon répétitive, ce qui a engendré des douleurs de l'épaule gauche également. Il a bénéficié d'une infiltration cortisonnée intramusculaire par le Dr B. _____ avec une évolution favorable.

En comparaison du status de 2008, l'état de santé de M. G. _____ s'est détérioré avec augmentation des douleurs au niveau de l'épaule droite et dernièrement apparition de douleurs au niveau de l'épaule gauche de surcharge. Une nouveau bilan IRM a été effectué, fait en mars 2010, montre une coiffe des rotateurs en continuité avec un tendon sus-épineux très hétérogène et aminci. Sur la base du bilan radiologique et clinique, je n'ai pas d'indication à une reprise chirurgicale.

Capacité de travail:

Avec un aménagement de travail et en évitant des mouvements répétitifs au niveau de l'épaule droite, une mobilisation de cette épaule au-dessus du buste ou des travaux avec ports de charge de plus de 2.5 kg, le patient est apte à travailler à 50%. Devant essentiellement faire son activité professionnelle à l'aide de l'épaule gauche, la patient commence à présenter une symptomatologie douloureuse de ce côté-ci depuis trois semaines que l'on traite par physiothérapie.

Pronostic:

Le pronostic au niveau de l'épaule droite est défavorable pour les activités lourdes, les activités avec mobilisation au-dessus du buste et les mouvements répétitifs. Etant à plus de deux ans de la situation, une amélioration n'est plus envisageable.

Concernant l'épaule gauche, l'apparition des douleurs étant récente, il m'est difficile de me prononcer quant au pronostic à moyen et long terme. Il est toutefois préférable de prévoir également un aménagement".

Dans un avis médical du 18 mars 2011, le Dr [...] du SMR a relevé que le Dr V. _____ confirmait la présence d'une tendinopathie chronique avec persistance de douleurs, sans indication à une reprise chirurgicale, un début de surcharge sur l'épaule gauche mais des limitations fonctionnelles identiques et une exigibilité de l'exercice de l'activité lucrative sans changement (50%). Le Dr [...] a observé qu'il n'y

avait donc pas d'aggravation sur le plan de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles et qu'il n'y avait par conséquent pas lieu d'entrer en matière.

Par projet de décision du 24 mars 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 24 décembre 2010, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il a également retenu qu'il ne pouvait que constater qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles et qu'il ne pouvait en conséquence pas entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

Le 3 août 2011, le Dr V. _____ a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il a exposé avoir revu l'assuré en consultation le 27 juillet 2011 et posé les diagnostics suivants:

"Douleurs chroniques d'épaule bilatérales sur:

- Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sur s/p réparation par arthrotomie du tendon sus-épineux avec résection de la clavicule distale et acromioplastie en 2007.
- Lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule gauche".

Il a en outre fait état d'une péjoration de la symptomatologie douloureuse au niveau des deux épaules. L'assuré travaillait actuellement à 50% en tant que cuisinier avec la nécessité de soulever des casseroles lourdes de manière répétitive. Compte tenu du déficit fonctionnel et des douleurs à l'épaule droite, le patient surchargeait son épaule gauche lors des travaux lourds ce qui entraînait une augmentation des douleurs de cette épaule avec également une impotence fonctionnelle croissante. Compte tenu de cette situation, son activité professionnelle devenait de plus en plus difficile à réaliser. L'arthro-IRM post-opératoire de l'épaule droite montrait une coiffe des rotateurs en continuité mais très dégénérative qui expliquait le tableau clinique inflammatoire. Une arthro-IRM de l'épaule gauche montrait une lésion partielle du tendon sus-

épineux. Le patient devait éviter de faire des travaux lourds, des travaux avec une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste ainsi que des mouvements répétitifs. Une reconversion professionnelle était indiquée compte tenu de la dégradation progressive des deux épaules.

Faisant suite à cet envoi, l'OAI a invité le Dr V._____ à préciser les limitations fonctionnelles de son patient ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ces limitations.

Le 17 octobre 2011, le Dr V._____ a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux de plus de 2 à 5 kg, pas de mobilisation des deux épaules au-dessus du buste et pas de mouvements répétitifs. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, le patient était apte au travail au moins à temps partiel. Le médecin a joint à son envoi un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 25 juillet 2011 concluant à la présence d'une déchirure superficielle de la face articulaire du tendon sus-épineux, qui était par ailleurs le siège d'une tendinopathie, d'une tendinopathie insertionnelle du sous-épineux et d'une arthrose acromio-claviculaire active. Il a également joint un rapport médical du 18 février 2011 du Dr F._____, spécialiste en cardiologie, que l'assuré avait consulté pour une douleur thoracique atypique. Le médecin a posé comme diagnostics une hypertension systolo-diastolique et réponse hypertensive sévère à l'effort, une hypertrophie ventriculaire gauche modérée d'origine hypertensive et une dyslipidémie avec hypertriglycémie marquée. Il proposait la mise en place d'un traitement de l'hypertension artérielle et de l'hypertriglycémie afin de diminuer les risques de récurrence de pancréatite.

Dans un avis médical du 21 octobre 2011, le Dr [...] du SMR a pris acte du rapport médical du Dr V._____ relevant que l'assuré continuait de travailler comme aide de cuisine, activité pour laquelle une capacité de travail nulle avait déjà été définie. Pour ce médecin, la question de savoir si l'assuré présentait toujours une capacité de travail de

100% dans une activité adaptée n'était toujours pas résolue, raison pour laquelle il fallait le convoquer pour un examen orthopédique au SMR.

Le 31 janvier 2012, l'[...] D._____ a transmis à l'OAI un questionnaire pour l'employeur, dans lequel il a indiqué que l'assuré travaillait pour lui à 50% en tant qu'aide de cuisine depuis le 1^{er} janvier 2010, pour un salaire mensuel de 2'092 fr. bruts, sans aucun problème avec son état physique, avec la précision qu'il était toujours attentif à ne pas porter de charges trop lourdes.

L'assuré a été soumis à un examen clinique orthopédique le 1^{er} décembre 2011 réalisé par le Dr K._____ du SMR. Dans son rapport du 9 février 2012, ce médecin a posé comme diagnostics avec effet durable sur la capacité de travail un syndrome de la coiffe des rotateurs des deux côtés, un status après réinsertion du tendon sus-épineux, acromioplastie et résection de l'extrémité de la clavicule à droite et une tendinopathie avec déchirure partielle du tendon du sus-épineux à gauche. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle en traitement avec hypertrophie ventriculaire gauche, une dyslipidémie avec hypertriglycéridémie en traitement, un status après pancréatites récidivantes d'origine éthylique probable et un tabagisme chronique. Il a encore relevé ce qui suit sous la rubrique "appréciation du cas" de son rapport:

"Assuré âgé de 56 ans, sans formation professionnelle particulière, au bénéfice d'une patente de cafetier-restaurateur obtenue en 2000. Il travaille en tant qu'aide cuisinier dans un EMS à 50% depuis le 01.06.2008.

Il a des douleurs persistantes de l'épaule droite, malgré un traitement chirurgical et conservateur bien conduits. Lorsqu'il a été évalué au SMR en 2008, nous avons établi que le métier habituel de l'assuré ne respectait pas les limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail dans cette activité était nulle. L'assuré a continué à travailler comme aide cuisinier à 50%.

En janvier 2011, apparition de douleurs de l'épaule gauche. L'IRM montre une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, associée à une tendinopathie du sous-épineux et du sous-scapulaire. Il bénéficie d'un traitement conservateur, qui s'avère jusqu'à présent peu efficace.

Le Dr V. _____, dans sa lettre à l'Al d'août 2011, estime que le travail de cuisinier est de plus en plus difficilement réalisable. Il demande à l'Al une reconversion professionnelle.

Dans un rapport à l'Al d'octobre 2011, le Dr V. _____ décrit des limitations fonctionnelles et considère que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, l'assuré est apte à travailler, au moins à temps partiel.

Par rapport à la situation de 2008, l'état de l'assuré s'est aggravé, car des douleurs de l'épaule gauche sont apparues. Les limitations fonctionnelles sont les mêmes. Il n'y a aucun argument pour dire que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée soit diminuée.

Limitations fonctionnelles

Doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale. Doit éviter les mouvements répétitifs des épaules. Doit éviter le port de charges supérieures à 10 kg et le soulèvement de charges supérieures à 5 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Arrêt de travail prescrit à partir du 14.06.2007, date de son hospitalisation à l'Hôpital Orthopédique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il a repris son travail d'aide cuisinier à 50% du 01.06.2008. En juin 2008, le SMR a considéré que l'assuré n'était plus apte à travailler comme aide cuisinier. L'assuré a continué à travailler à 50% en tant que cuisinier.

Concernant la capacité de travail exigible,

M. G. _____ travaille comme aide cuisinier. Il doit fréquemment soulever de lourdes casseroles. Il travaille à 50%, avec des journées de 8h18. Parfois, il travaille une journée par semaine, parfois, il travaille 5 jours de suite. Son employeur l'a informé que s'il n'est pas content avec ce type d'horaire, il peut démissionner.

Après avoir étudié attentivement le cas de l'assuré, nous n'avons aucun argument médical pour penser que sa capacité de travail peut être diminuée dans un travail adapté.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 100%

Depuis le 15.09.2007, c'est-à-dire trois mois après l'intervention chirurgicale de l'épaule droite".

Dans un avis médical du 28 février 2012, le Dr [...], du SMR, a pris acte des conclusions du Dr K. _____, en particulier qu'il y avait bien eu une aggravation de la situation avec apparition de douleurs à l'épaule gauche, mais que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes

qu'auparavant (éviter la mobilité des épaules au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de 5 kg), que le début de l'incapacité de travail durable devait toujours être fixée au 14 juin 2007, avec une capacité de travail nulle dans la profession d'aide de cuisine et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 15 septembre 2007.

Par décision du 25 avril 2012, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a joint une lettre explicative du même jour dans laquelle il a argué que sur la base du rapport d'examen clinique SMR du 9 février 2012 il n'y avait aucun argument médical qui permettrait de penser que sa capacité de travail était diminuée dans un travail adapté, de sorte que sa capacité de travail était toujours entière dès le 15 septembre 2007.

D. Par acte du 31 mai 2012, G._____, par son conseil, a recouru contre la décision du 25 avril 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation ainsi qu'à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100% et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision, faisant valoir notamment que la dégradation de son état de santé était de nature à rouvrir le dossier et à lui donner le droit à des prestations de l'AI et reprochant à l'OAI de ne pas avoir effectué de calcul de son taux d'invalidité.

Dans sa réponse du 16 août 2012, l'OAI a confirmé son point de vue, concluant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 31 octobre 2013, le recourant a fait valoir que son état de santé s'était dégradé dans la mesure où non seulement son épaule droite le faisait souffrir, mais également son épaule gauche et ce depuis quelques mois avant le dépôt de sa nouvelle demande. Il a encore fait valoir que depuis lors, l'état de son épaule gauche ne s'était pas amélioré étant donné qu'une intervention chirurgicale était prévue,

laquelle avait cependant été annulée car il avait fait un infarctus du myocarde. A ce jour, l'intervention n'avait toujours pas pu être effectuée et elle était vraisemblablement prévue pour l'année 2014 pour autant que son état cardiaque le permette. Il a joint à sa réplique notamment un rapport médical du 4 octobre 2013 du Dr V._____ au Dr F._____, dans lequel le Dr V._____ rappelait qu'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avait été effectuée en 2007 avec une évolution marquée par une baisse des douleurs au repos mais une persistance des douleurs à l'effort, l'IRM de contrôle ayant mis en évidence une coiffe en continuité mais avec une tendinopathie. Au niveau de l'épaule gauche, une lésion partielle du tendon sus-épineux avait été mise en évidence; l'opération qui avait été programmée début 2013 avait dû être reportée en raison d'un infarctus myocardique survenu le 22 février 2013. L'assuré avait repris son activité professionnelle à 50%, ce qui avait augmenté la symptomatologie douloureuse au niveau des deux épaules et il présentait également des douleurs rétro-sternales à l'effort, actuellement traitées par de la nitroglycérine sublinguale. Il expliquait qu'en raison de l'évolution stagnante sous traitement conservateur, l'indication à une chirurgie arthroscopique était maintenue, le Dr V._____ demandant à cet égard au cardiologue de le renseigner sur le délai à respecter depuis l'infarctus pour procéder à cette opération. Dans l'intervalle, le patient essaierait de continuer son activité professionnelle à 50%.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) 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.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière, et le recourant présenter ses griefs, que sur le points tranchés par la décision attaquée; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit à la rente (cf. infra consid. 4a).

3. a) Selon l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201, cf. l'art. 87 al. 3 et al. 4 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si celle-ci établit de manière plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré.

Ces conditions d'entrée en matière ont but de permettre à l'administration, qui a déjà rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1; ATF 130 V 64, consid. 5.2.3; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2). 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 114 consid. 2b; TF I 490/03 du 25 mars 2004, consid. 3.2).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle 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; cf. également TF 9C_385/2010 du 24 décembre 2010, consid. 1.2). Après être entrées en matière sur une nouvelle demande, les autorités doivent ainsi procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens

de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64, consid. 2, ATF 133 V 108, consid. 5.2). Selon cette disposition, 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1; ATF 130 V 343, consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

c) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

Selon l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA, comme toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2; ATF 114 V 310, consid. 3c; ATF 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

d) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. a) En l'espèce, malgré l'intitulé et la teneur de la décision litigieuse, il y a lieu de considérer que l'OAI est concrètement entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré déposée le 24 décembre 2010 (cf. ATF 130 V 64; voir également TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010; TF 9C_716/2008 du 21 juillet 2009; TF I 771/05 du 12 juin 2006, consid.

1.2). En effet, à la suite de la transmission par l'assuré à l'OAI du rapport médical du Dr V._____ (du 3 août 2011), indiquant que son patient souffrait désormais également au niveau de son épaule gauche, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'instruction complémentaires. Il a non seulement interpellé le Dr V._____, l'invitant à préciser les limitations fonctionnelles de son patient ainsi que sa capacité de travail, mais a encore requis que l'assuré soit soumis à un examen orthopédique au SMR, lequel a été réalisé par le Dr K._____.

Le litige porte ainsi sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité, suite à sa nouvelle demande de prestations du 24 décembre 2010, et non sur le point de savoir s'il se justifiait ou non d'entrer en matière (cf. TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 1.2). Il convient dès lors d'examiner si un changement de circonstances - en particulier une modification de l'état de santé du recourant - s'est produit depuis la décision du 4 septembre 2008, à savoir la dernière décision ayant donné lieu de la part de l'intimé à un examen complet des circonstances médicales et économiques du cas.

b) Le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision du 4 septembre 2008, en ce sens que ce n'est désormais plus seulement son épaule droite qui le fait souffrir, mais également son épaule gauche.

Tant le Dr V._____ (cf. ses rapports médicaux des 3 août et 17 octobre 2011) que le Dr V._____ (cf. son rapport médical du 9 février 2012) ont relevé qu'en plus de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui persistait depuis l'opération de 2007, l'assuré présentait depuis le début de l'année 2011 des douleurs à l'épaule gauche en raison d'une déchirure partielle du tendon sus-épineux de cette épaule. Les conclusions de ces médecins convergent également s'agissant des limitations fonctionnelles que présente l'assuré compte tenu des atteintes à ses deux épaules (pas de travaux lourds, pas de travaux impliquant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs des deux épaules). S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr K._____ considère qu'elle est toujours entière, mais

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles touchant désormais ses deux épaules, expliquant qu'il n'y a aucun argument médical qui indiquerait le contraire. Si le Dr V._____ ne s'est pas prononcé aussi clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il a tout de même observé que dans une telle activité, son patient était apte à travailler au moins à temps partiel. Il n'a donc pas exclu que ce dernier puisse travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant aux problèmes d'hypertension artérielle et de dyslipidémie signalées à l'OAI par le Dr V._____ en octobre 2011 (voir aussi le rapport médical du Dr F._____ du 18 février 2011), le Dr K._____ considère qu'ils sont sans influence sur la capacité de travail du recourant, appréciation que les autres pièces médicales au dossier ne permettent pas de mettre en doute. On relèvera finalement que les autres atteintes dont se prévaut le recourant dans sa réplique du 31 octobre 2012 (infarctus survenu en février 2013 et opération de son épaule gauche probablement en 2014) sont sans pertinence pour la présente appréciation de sa capacité de travail, étant donné qu'elles concernent une période postérieure à la décision attaquée. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier 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 devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_167/2013 du 24 avril 2013 consid. 3 et les références citées).

Le rapport médical du 9 février 2012 du Dr K._____ tient dûment compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant, se fonde sur un examen clinique de ce dernier et ses conclusions sont suffisamment motivées, de sorte qu'il remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer valeur probante. Les conclusions de ce médecin concordent par ailleurs largement avec celles du Dr V._____, lequel n'a pas exclu que l'assuré puisse travailler à 100% dans une activité adaptée. Il y a donc lieu de retenir que l'état de santé du recourant s'est bien aggravé mais que cette aggravation n'a pour effet qu'une augmentation de ses

limitations fonctionnelles, sa capacité de travail demeurant de 100% dans une activité adaptée à celles-ci. On relèvera par ailleurs qu'il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler dans son activité d'aide de cuisine, ce qui avait déjà été constaté dans la première décision de l'OAI du 4 septembre 2008, ce que le Dr K._____ continue d'attester dans son rapport médical du 9 février 2012 et ce que le Dr V._____ ne contredit pas, puisqu'il a recommandé une reconversion professionnelle pour son patient (cf. son rapport médical du 3 août 2011).

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas d'une nouvelle évaluation de la capacité de travail du recourant, qui pourrait intervenir dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande (voir l'art. 87 al. 3 RAI), compte tenu des atteintes à la santé survenues postérieurement à la décision attaquée (en particulier les suites de l'infarctus survenu le 22 février 2013 et l'opération de l'épaule gauche dont la date n'est à ce jour pas fixée).

5. Le recourant reproche également à l'OAI de n'avoir pas procédé à un calcul de son taux d'invalidité.

Force est de constater que l'OAI n'a pas procédé à une comparaison des revenus pour établir l'évolution du taux d'invalidité du recourant. Cela étant, cette omission est sans incidence sur le sort du litige, dans la mesure où l'octroi d'une rente d'invalidité ne se justifie à l'évidence pas dans le cas d'espèce. En effet, les revenus avec et sans invalidité du recourant suite à l'augmentation de ses limitations fonctionnelles en 2011 ne sont pas fondamentalement différents des montants retenus dans la décision du 4 septembre 2008, étant donné qu'il y a uniquement lieu d'adapter les revenus statistiques déterminants selon l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de 2010 à l'évolution des salaires jusqu'en 2011. Ainsi, le taux d'invalidité résultant de la comparaison de ces revenus n'est lui non plus pas fondamentalement différent du taux d'invalidité de 15% établi en 2008, à tout le moins pas suffisamment différent pour atteindre le taux d'invalidité de 40% ouvrant le droit à une rente. En effet, le revenu sans invalidité

établi, comme en 2008, sur la base des données ressortant de l'ESS (cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2. et les références) s'élève à 61'924 fr. 26 (montant calculé sur la base du revenu ressortant de l'ESS 2010, pour un niveau de qualification 4, compte tenu d'un horaire de travail de 41.7 heures en 2011 et d'une indexation de 1% en 2011 [La Vie économique 9-2013, tableaux B 9.2 et B 10.2]). Quant au revenu d'invalidé, également basé sur les données de l'ESS, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé (cf. ATF 129 V 472, consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3), dans l'hypothèse où l'on retenait l'abattement maximal prévu par la jurisprudence (soit 25%, cf. ATF 126 V 75, consid. 5b/cc), il serait de 46'443 fr. Le taux d'invalidité du recourant est donc de 25% au maximum $\left(\frac{61'924 \text{ fr. } 26 - 46'443}{61'924 \text{ fr. } 26} \times 100\right)$.

6. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant.

b) Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al.

5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement.

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même et qui entrent dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. En l'occurrence, Me Didier Kvicinsky a produit le 11 novembre 2013 sa liste des opérations, correspondant à 11 heures et 9 minutes de travail. Après examen détaillé, la quotité des opérations listées ainsi que le temps consacré à leur réalisation paraissent toutefois trop importants par rapport à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que le temps consacré à l'écriture de courriers au tribunal requérant successivement des prolongations de délai pour déposer sa réponse et de transmission de ces courriers à son client est de 80 minutes, qu'il se justifie de réduire à 30 minutes. Il n'y a en outre pas lieu de prendre en compte le temps consacré aux "tel client (répondeur)". Pour le surplus, au vu du nombre et de l'ampleur des écritures, il apparaît que le temps de travail total doit être réduit à 9 heures. C'est ainsi un montant de 1'620 fr., soit 9 heures de travail au tarif de 180 fr. l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.2]) qui doit être reconnu à titre d'honoraires, montant auquel s'ajoute la TVA (au taux de 8%), soit au total 1'749 fr. 60 (1'620 fr. + 129 fr. 60). Me Kvicinsky a par ailleurs droit à l'indemnité forfaitaire prévue à l'art. 3 al. 3 RAJ pour ses débours, soit 108 fr. TVA incluse. Le montant total de l'indemnité due au conseil d'office s'élève donc à 1'857 fr. 60.

c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 25 avril 2012 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Didier Kvicinsky, conseil du recourant, est arrêtée à 1'857 fr. 60. (mille huit cent cinquante-sept francs et soixante centimes), TVA et débours inclus.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Kvicinsky (pour G. _____),
- 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 :