

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à Avenches, recourant, représenté par Me Charles Guerry,
avocat à Fribourg,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1958, ressortissant d'ex-Yougoslavie et maçon de profession, a déposé une première demande de prestations AI le 9 septembre 1998. Sous la rubrique "Indications concernant l'atteinte à la santé", il était inscrit "Diabète".

Le 1^{er} octobre 1998, le Dr A._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de diabète type 2, d'obésité et de dyslipidémie. Il a exposé que le problème principal était celui de malaises avec faiblesse et sudations dont l'origine restait peu claire malgré les investigations entreprises et qui handicapait l'assuré dont la fatigabilité était marquée. Il a mentionné une incapacité de travail complète du 10 janvier au 14 mai 1997, puis de 50 % dès lors. Dans son rapport médical du 18 mars 2000, le Dr A._____ a confirmé ses précédents diagnostics en ajoutant un état dépressif réactionnel ainsi qu'un tabagisme chronique, l'incapacité de travail restant à 50 %. En annexe, il a joint un rapport médical du 7 juillet 1999 du Dr T._____, spécialiste en diabétologie, dans lequel ce praticien a posé les diagnostics de diabète de type 2 (traité par antidiabétiques oraux et insuline, sans complication), d'excès pondéral, de dyslipidémie et de tabagisme chronique. Il a indiqué que le contrôle du diabète était toujours parfaitement satisfaisant, sous traitement habituel, les glycémies du patient présentant toutefois des fluctuations qui le stressent beaucoup, raison pour laquelle il avait diminué l'apport alimentaire, la conséquence en étant une perte de poids qui devait être contrôlée. Il a en outre relevé que l'assuré se plaignait toujours de sudations intenses, qui ne pouvaient être mises en relation avec des hypoglycémies et dont l'origine n'était pas prouvée. Il a précisé que la dyslipidémie était sous traitement hypolipémiant, le cholestérol ayant fortement diminué et que le tabagisme chronique n'entraînait pas de plaintes respiratoires. S'agissant des malaises, le Dr T._____, a mentionné que l'assuré signalait toujours des plaintes vagues, difficile à cerner, en particulier une gêne au niveau de la

fosse iliaque gauche et des douleurs articulaires diffuses sans la présence d'un syndrome inflammatoire au laboratoire.

Le 30 mai 2000, le Dr T._____ a encore précisé que la limitation de l'activité présentée par l'assuré n'était pas due au diabète mais que le risque résidait dans une hypoglycémie en cas de travail physique pouvant entraîner une perte de connaissance, une chute, une blessure sur un chantier. Il a ajouté que le travail physique était bénéfique pour le diabète, étant entendu que le traitement devait être adapté (baisse ou, éventuellement, arrêt de l'insuline) durant les jours de travail et le taux de sucre contrôlé régulièrement, la capacité de travail de l'intéressé étant totale, s'agissant du diabète (horaire régulier, pauses avec possibilité de manger quelque chose). Il a ajouté que l'assuré présentait des malaises avec douleurs abdominales et faiblesse dont l'origine n'avait pas été trouvée.

Dans un avis médical établi le 29 juin 2001, les Drs G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en médecine générale du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont considéré que les atteintes à la santé physique et mentale mentionnées par les médecins de l'assuré n'étaient pas une cause d'incapacité de travail permanente ou de longue durée. Se référant aux constatations du Dr T._____, ils ont estimé que le descriptif de l'activité pouvant être pratiquée par l'intéressé s'appliquait précisément à la profession de maçon, adaptée selon les conditions posées et qu'eu égard à l'atteinte à la santé physique, la capacité de travail de l'assuré était complète, en tant que maçon. S'agissant du trouble psychique, ils ont relevé qu'il n'était mentionné qu'un état dépressif réactionnel sans un indice clinique ou anamnestique quelconque pour étayer ce diagnostic. Dès lors que seules les glycémies fluctuantes présentées par l'intéressé le stressaient beaucoup, ils en ont conclu qu'une atteinte psychique n'était pas établie. Enfin, ils ont ajouté que si par hypothèse, l'assuré devait présenter un trouble somatoforme douloureux correspondant à la description de la CIM-10 et que dans tous les cas, il n'y avait pas trace au dossier de comorbidité psychiatrique.

Par décision du 23 juillet 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assuré. Il a considéré que sur la base d'une analyse des pièces médicales au dossier, l'exercice à plein temps d'une activité lucrative telle qu'exercée jusqu'alors demeurait exigible, moyennant un traitement médical approprié. Cette décision a été confirmée par jugement du 31 mai 2002 du Tribunal des Assurances (TASS 303/01 - 150/2002), lui-même confirmé par le Tribunal Fédéral dans son arrêt du 22 avril 2003 (TF I 519/2002).

B. Le 29 novembre 2004, le Dr A. _____ a écrit à l'OAI que l'assuré peinait à accomplir, même à 50 %, les activités qui lui étaient imposées, de sorte que sa capacité de travail n'était certainement pas de 50 %. Il a posé les mêmes diagnostics que précédemment et expliqué que l'assuré présentait toujours d'importantes variations de ses glycémies avec un équilibre difficile à trouver, son état de santé (fréquents besoins mictionnels, épisodes répétés de sudations profuse avec fatigabilité accrue) ayant fait reculer la plupart des employeurs potentiels qu'il avait pu rencontrer. Le Dr A. _____ sollicitait un réexamen du cas de l'assuré. Par décision du 2 mars 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande qui lui était présentée au motif que les diagnostics retenus par ce praticien dans son nouveau rapport médical étaient en tous points identiques à ceux figurant dans son rapport du 18 mars 2000 et dont il avait connaissance lors de son précédent refus de prestations du 23 juillet 2001.

C. Le 9 mars 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Sous la rubrique "Précisions sur le genre d'atteinte à la santé", il était mentionné "Voir rapports AI du Dr A. _____ du 01.10.98, du 18.03.2000 et du 29.11.04. Diabète 2 + cortège de complications 15 ans + tard, dyslipidémie, HTA, céphalées en augmentation, paradontose majeure".

Il résulte d'un rapport médical du 14 juin 2011 du Dr A._____, notamment ce qui suit:

"[...] rappelons que le couple K._____ vit le drame de parents d'un enfant hautement caractériel qu'on ne peut laisser sortir du milieu hospitalier!

Pas facile non plus pour ce patient d'origine musulmane d'être confronté à des difficultés, non seulement familiales, comme chef de famille, mais aussi sociales (il ne peut assumer le bien-être financier des siens) et médicales, puisqu'il se sent très diminué dans sa personnalité d'homme par son diabète (de plus en plus décompensé ces derniers temps, avec une fluctuation des glycémies qui passent de plus de 20 à moins de 3 dans la même journée!).

C'est un patient de 53 ans seulement qui est par ailleurs aussi traité pour une hypertension artérielle dont les variations le gênent également!

Le médecin de famille soussigné voudrait imaginer que le tableau décrit ci-dessus ne joue aucun rôle pour expliquer un état dépressif bien compréhensible, déjà mentionné dans les diagnostics de Monsieur K._____ mais banalisé par votre instance; mais je veux croire que vous allez tenir compte des considérations ci-dessus pour reconnaître à M. K._____ une diminution de sa capacité de travail.

Qui plus est, monsieur K._____ m'a consulté à plusieurs reprises ces derniers temps pour l'apparition de douleurs articulaires diverses; il se plaint depuis décembre 2009 de douleurs thoraciques d'origine pariétale, en septembre 2010 de douleurs de la clavicule D suivant les mouvements et depuis plus de 6 mois de ses deux genoux, surtout le G, avec des rotules qui cliquent et lâchent, ce qui occasionne quelques chutes.

Ces phénomènes relativement nouveaux confirment, outre ceux évoqués plus hauts, un changement dans la situation et les diagnostics de M. K._____ que je vous remercie de reconsidérer et doivent lui permettre la réévaluation de son invalidité [...]"

Dans un rapport médical du 13 janvier 2012, le Dr T._____ a posé les diagnostics de diabète type 2 chroniquement décompensé, hypercholestérolémie, HTA et tabagisme chronique. Il a précisé que le diabète pouvait influencer le travail en raison d'hypoglycémies à l'effort.

Dans un avis médical du 3 février 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne, du SMR, a observé ce qui suit sur la base des nouvelles pièces médicales versées au dossier de l'assuré:

"[...]"

Le diabète qui affecte l'assuré depuis 1997 est apprécié comme sans influence sur la capacité de travail par le Dr T._____, diabétologue FMH RM [rapport médical] du 16 janvier 2012.

Dans un courrier du 14 juin 2011 le Dr A. _____ qui suit l'assuré depuis 17 ans expose clairement que l'assuré est affecté par le trouble de la santé mentale d'un de ses enfants, celui-ci ne pouvant d'après le Dr A. _____ sortir du milieu hospitalier. Cette souffrance est aggravée toujours d'après le médecin de famille par des difficultés non seulement familiales mais aussi sociales ce qui ne saurait être mis à charge de l'institution. Médicalement l'assuré se sent diminué par son diabète. Le problème du diabète a été apprécié par le Dr T. _____ spécialiste.

L'assuré a consulté le Dr A. _____ suite à l'apparition de douleurs articulaires diverses, thoraciques pariétales, de la clavicule droite suivant les mouvements, et depuis plus de 6 mois au niveau des genoux. Aucun compte rendu de consultation spécialisé ou d'imagerie ne nous a été transmis. Aucun compte rendu d'examen clinique centré sur l'appareil locomoteur ne nous a été communiqué non plus. Le Dr A. _____ a été interrogé au moyen du formulaire d'usage afin qu'il nous décrive de possibles LF [limitations fonctionnelles] et qu'il nous communique son appréciation de la CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle et dans une activité respectant ses LF. Malgré le rappel d'usage, il n'a pas été répondu à la demande écrite de renseignements.

Aucun des documents versés au dossier depuis la décision AI de mars 2005 ne rend donc plausible ce jour une aggravation de l'état de santé.

La capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI."

Dans un rapport médical du 20 mars 2012 adressé à l'OAI, le Dr A. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants:

"Diabète de l'âge mûr très fluctuant depuis 1997.
Néphropathie et neuropathie diabétiques, impuissance.
Syndrome métabolique avec hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitée.
Troubles électrolytiques selon médication (hypokaliémie).
Tabagisme chronique.
Etat dépressif réactionnel (trouble de l'adaptation)"

Il évoquait un pronostic peu favorable compte tenu de tensions familiales et de la situation socio-économique. S'agissant de la capacité de travail, le Dr A. _____ relevait que son patient travaillait depuis plusieurs années en divers emplois occupationnels à des taux variant entre 50 % et généralement 70 %, parfois un peu plus au gré de ses glycémies et de ses malaises. Le Dr A. _____ a estimé difficile d'intégrer l'assuré de 54 ans révolus ne parlant pratiquement pas le français et très mal l'allemand, qui mériterait d'avoir une formation complémentaire. Il se posait la question d'un stage d'évaluation.

Il a joint à son rapport celui provisoire du 13 février 2012 des Drs R._____, N._____ et E._____ de l'Hôpital intercantonal de la [...], site de [...], posant comme diagnostic principal un diabète de type 2 mal contrôlé sous non compliance médicamenteuse, comme diagnostic secondaire une hypertension artérielle mal contrôlée et comme comorbidité une syndrome métabolique (diabète de type 2 depuis 1997 avec néphropathie, neuropathie et impuissance, hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitée).

Le 30 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la nouvelle demande au motif qu'il ne lui avait pas été possible d'objectiver une modification de l'état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 23 juillet 2001.

Par décision du 11 juin 2012, cet Office a rejeté la nouvelle demande de l'assuré pour le même motif que celui indiqué dans le projet de décision.

D. Par acte du 9 juillet 2012, K._____, représenté par Me Charles Guerry a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant, avec dépens, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il reproche en substance à l'OAI de ne pas s'être livré à un examen suffisamment approfondi de la péjoration de son état de santé rapportée par le Dr A._____, respectivement de son incidence éventuelle sur sa capacité de travail. Il soutient qu'en omettant de rassembler les renseignements médicaux nécessaires à l'examen de la nouvelle demande de prestations, l'intimé s'est livré à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents.

Dans sa réponse du 7 septembre 2012, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a produit un avis médical du 22 août 2012 des Drs H._____ et Z._____, spécialiste en médecine du travail, dont il ressort d'une part que l'appréciation de la

capacité de travail telle qu'évoquée par le Dr A. _____ dans son rapport médical du 20 mars 2012 force à conclure que les empêchements ne se sont pas significativement modifiés à ses yeux, le recourant travaillant actuellement à 50 % - 70 % et d'autre part, que le Dr T. _____ ne retient pas le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle comme influençant la capacité de travail. Les médecins du SMR sont d'avis que si les problèmes de santé persistent depuis la décision initiale de juillet 2001, aucune modification de la capacité de travail n'en est pour autant rendue plausible.

Invité le 5 octobre 2012 à déposer une réplique ainsi que toute pièce utile, le recourant n'en a pas déposé.

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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).

2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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 demie 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) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 pp. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à 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 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

d) L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, 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 par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 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; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

4. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI du 9 mars 2011. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la décision de refus du 23 juillet 2001, dans une mesure propre à justifier une modification de son droit à des prestations AI.

b) En ce qui concerne les circonstances au moment où la première décision a été rendue, le Dr A._____ (rapport médical du 18 mars 2000) avait posé les diagnostics de diabète type 2, d'obésité, de dyslipidémie, d'état dépressif réactionnel ainsi que de tabagisme chronique, le problème principal étant celui de malaises avec faiblesse et sudations dont l'origine restait peu claire malgré les investigations

entreprises et qui handicapait l'assuré dont la fatigabilité était marquée. Il avait mentionné une incapacité de travail complète du 10 janvier au 14 mai 1997, puis de 50 % dès lors. Le Dr T._____, (rapports médicaux des 7 juillet 1999 et 30 mai 2000) a relevé que le contrôle du diabète était toujours parfaitement satisfaisant, le risque résidant dans une hypoglycémie en cas de travail physique pouvant entraîner une perte de connaissance, une chute, une blessure sur un chantier, mais le travail physique étant bénéfique. Il a aussi souligné des malaises, le recourant mentionnant des plaintes vagues, difficiles à cerner, en particulier une gêne au niveau de la fosse iliaque gauche et des douleurs articulaires diffuses sans la présence d'un syndrome inflammatoire au laboratoire.

Lors de la procédure de révision, le Dr A._____ (rapports médicaux des 14 juin 2011 et 20 mars 2012) a posé les diagnostics de diabète de l'âge mûr très fluctuant depuis 1997, néphropathie et neuropathie diabétiques, impuissance, syndrome métabolique avec hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitée, hypokaliémie, état dépressif réactionnel et tabagisme chronique. Il a mentionné que l'état de santé du recourant s'aggravait, son diabète étant de plus en plus décompensé. Toutefois, les Drs R._____, N._____ et E._____ (rapport médical du 13 février 2012) ont indiqué que le diabète était mal contrôlé sous non compliance médicamenteuse. Ces praticiens n'ont pas mentionné d'incapacité de travail et le Dr T._____ non plus. Le Dr A._____ a également fait état de plaintes du recourant relatives à l'apparition de douleurs articulaires diverses (depuis décembre 2009 de douleurs thoraciques d'origine pariétale, en septembre 2010 de douleurs de la clavicule droite suivant les mouvements et depuis plus de 6 mois de ses deux genoux, surtout le gauche, occasionnant quelques chutes). Il n'y a toutefois aucun élément objectif sur le plan médical venant étayer ces plaintes, comme un examen clinique centré sur l'appareil locomoteur, des radiographies ou IRM. L'état dépressif n'est pas documenté non plus. Le Dr A._____ évoque un pronostic peu favorable compte tenu de tensions familiales et de la situation socio-économique du recourant, estimant difficile d'intégrer le recourant de 54 ans révolus ne parlant pratiquement pas le français et très mal l'allemand, éléments qui ne peuvent être pris en

compte par l'assurance-invalidité en ce qui concerne l'exigibilité. Enfin que le recourant ait travaillé ces dernières années à raison de 50 % et 70 %, voire plus au gré des glycémies et malaises l'affectant n'établit pas une diminution effective sur le plan médical de sa capacité de travail.

Une aggravation de l'état de santé du recourant n'est ainsi pas établie.

c) Il résulte de ce qui précède que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne sauraient être ordonnées.

Partant, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté dans son entier, la décision querellée étant confirmée.

5. Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Un émolument judiciaire arrêté à 400 francs est mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 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 11 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de K._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :