

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Pasche et Berberat
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

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. T._____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1952, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de relieur délivré en octobre 1973, a successivement travaillé comme relieur, infirmier militaire, chauffeur, contrôleur de titres de transport puis chauffeur de poids lourds avant d'être engagé, le 1^{er} juin 1998, par l'Etablissement médico-social (EMS) de la Fondation F._____ en qualité d'aide animateur et d'employé à l'entretien, à 90%. En parallèle, depuis 1997, il a également œuvré pour l'entreprise Q._____ SA comme surveillant de parking auxiliaire, à la demande.

En date du 27 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une arthrose des deux genoux et une hernie discale opérée à deux reprises, une troisième intervention étant envisagée.

Dans ce contexte, des certificats médicaux ont été produits attestant de diverses périodes d'incapacité de travail totale ou partielle dès le mois de février 2004, le dernier certificat arrêtant la capacité de travail à 50% à compter du 1^{er} mai 2007 et pour une durée indéterminée.

Le dossier de l'assureur perte de gain P._____ Assurances SA a été transmis à l'OAI en date du 6 août 2007. Il en est notamment ressorti qu'une cure de hernie discale L4-L5 gauche avait été réalisée par le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, le 3 mai 2004. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 19 avril 2006 ayant montré une récurrence de hernie discale intra-canaulaire paramédiane gauche L4-L5 à peine luxée vers le haut, ce même médecin avait ensuite procédé le 15 mai 2006 à une seconde intervention. Le 30 avril 2007, le Dr I._____ avait en outre établi un rapport signalant notamment des lombalgies aiguës avec blocage et contracture dès le début du mois de mars 2007, s'aggravant dès le 13 mars 2007, considérant qu'il s'agissait là certainement des

suites des interventions neurochirurgicales déjà effectuées dans le cadres des troubles dégénératifs et statiques lombo-vertébraux - prédominant au niveau L4-L5 - de l'assuré.

Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 27 août 2007, l'EMS de la Fondation F._____ a décrit comme suit l'activité exercée par l'assuré jusqu'en avril 2006 : « *Tenue d'une cafétéria. Vente, gestion des stocks, accueil des résidents et familles. Animation : sorties en bus, préparation des locaux, mobilisation des résidents. Entretien jardin, cireuse grande surface, achats. Activités lourdes* », le port de charges allant de 10 à 60 kg et l'activité s'exerçant assis (10%), debout (70%), en marchant (15%) ou à genou (5%). Par la suite, l'activité avait été adaptée, l'intéressé ne portant plus de charges excédant 10 kg, ne mobilisant plus les résidents et ne faisant plus d'achats importants. Occupé à 50% depuis le 1^{er} mai 2007, l'assuré percevait en outre un salaire mensuel de 4'156 fr. - payé pour moitié par l'assureur perte de gain - qui ne correspondait pas à son rendement.

Interpellé par l'OAI, le Dr Z._____, médecin généraliste traitant, a établi son rapport le 25 mars 2007, posant les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de gonalgies sur gonarthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire bilatéral, de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche le 3 mai 2004 et de status après cure d'une récurrence de hernie discale L4-L5 gauche opérée une deuxième fois le 15 mai 2006. Dans une annexe à son rapport, il a ajouté que l'activité exercée à ce jour était exigible à 50% avec une diminution de rendement de 50%, mais que dans une activité sans port de charge, la capacité de travail était de 100%, sans diminution de rendement.

Par rapport du 24 septembre 2007 à l'intention de l'OAI, les Drs R._____ et S._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à l'Hôpital H._____, ont indiqué que l'assuré présentait une lésion du ménisque interne du genou droit, de nature incapacitante. Ils ont également fait mention d'une gonarthrose bilatérale, plus prononcée au

niveau du compartiment interne des deux côtés, sans impact sur la capacité de travail. Ces médecins ont précisé que l'évolution était favorable.

Aux termes d'un rapport du 11 décembre 2007 destiné à l'OAI, le Dr I. _____ a mentionné les atteintes se répercutant sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche le 3 mai 2004, de status après cure d'une récurrence de hernie discale L4-L5 gauche luxée avec sténose associée le 15 mai 2006, de syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel ainsi que de gonalgies bilatérales d'origine dégénérative et à prédominance droite. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors était exigible avec une diminution de rendement de l'ordre de 50% et a considéré qu'il serait « *complètement déraisonnable* » d'exiger un changement d'activité et de lieu de travail, où l'assuré était intégré depuis de nombreuses années. Le Dr I. _____ a ajouté que les ménagements usuels lombo-vertébraux étaient toujours requis, que le pronostic restait encore réservé et que l'intéressé était de surcroît limité par d'importantes gonalgies dégénératives.

En date du 1^{er} avril 2008, l'assuré s'est soumis à un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 21 mai 2008, ce spécialiste a retenu en particulier ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- LOMBOSCIATALGIES G CHRONIQUES, DANS UN CONTEXTE DE STATUS POST-DOUBLE CURE DE HERNIE DISCALE L4-L5 G, TROUBLES STATIQUES ET TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ARTICULAIRES POSTÉRIEURS. M54.4
- GONALGIES BILATÉRALES SUR GONARTHROSE DES COMPARTIMENTS INTERNE ET FÉMORO-PATELLAIRE D.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- OBÉSITÉ DE CLASSE II.
- SYNDROME D'APNÉES NOCTURNES DU SOMMEIL.

- DÉHISCENCE DE LA LIGNE BLANCHE.

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Assuré de 55 ans, relieur de formation, travaillant à l'EMS de la Fondation F. _____ depuis juin 1998 dans une activité comportant différentes tâches. Selon le rapport de l'employeur, M. T. _____ s'occupe de la cafétéria et d'animations concernant les résidents de l'EMS, il effectue l'entretien[n] du jardin et des locaux.

[...]

Lors de l'entretien avec l'assuré, on apprend que son poste de travail a été adapté, vraisemblablement à partir du 13.03.2007, dans les suites de la lombalgie aiguë postopératoire. Monsieur T. _____ travaille à présent la demi-journée, travaille 3 heures à la cafétéria, le reste du temps il effectue encore des nettoyages de la cafétéria et de l'étage avec une laveuse. L'assuré n'a plus de port de charges lourdes, dit être encore gêné dans son activité professionnelle par la nécessité de rester debout, même s'il peut de temps à autres s'asseoir, par exemple lorsqu'il encaisse. [...].

[...]

Les limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : mouvement répété de flexion-extension, attitude en porte-à-faux, port de charges supérieures à 10 kg, position statique debout au-delà de 20 minutes, assise au-delà de 1 heure.

Genoux : pas de montée/descente répétée d'escaliers, périmètre de marche inférieur à 1 km. Pas de travail en position à genoux à accroupie, pas de position assise prolongée au-delà de 1 heure.

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

Il existe une incapacité de travail totale dans le poste initial non adapté depuis le 13.03.2007. Le poste initial décrit comportant trois types d'activité, une activité de serveur dans une cafétéria, mais également une activité d'entretien des locaux n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assuré.

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

L'incapacité de travail est restée stationnaire avec une incapacité de travail totale dans le poste initial.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire et, dans une moindre mesure, des genoux aux contraintes mécaniques. L'activité actuelle décrite par l'assuré n'est que partiellement adaptée à son état de santé avec des positions fréquentes debout, des tâches encore de

nettoyage ; dans cette activité les 50 % effectués par l'assuré sont cohérents avec son état de santé. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites et permettant de répartir le temps de travail en deux plages, l'exigibilité est de 70 % ou 2 x 3 heures par jour.

Par rapport au status postopératoire, [...] l'assuré n'a pas de syndrome rachidien clinique, les douleurs lombaires sont de type mécanique, il n'a plus de sciatique irritative, pas de déficit neurologique incapacitant. Au niveau des genoux, à nouveau les douleurs sont de type mécanique, l'assuré a une fonction des genoux conservée, il n'y a pas d'épanchement, la mobilité est dans les normes. L'assuré se dit surtout gên[é] en station assise lorsqu'il fait ses transferts assis-debout ; en station assise; nous avons vu que l'assuré est capable de rester 40 minutes sans difficulté et qu'il n'a pas de boiterie à la marche.

Dans l'appréciation de l'exigibilité dans une activité adaptée effectuée par le Dr I. _____ interviennent des facteurs étrangers à la maladie avec la notion d'ancienneté dans l'entreprise et l'estimation qu'il serait déraisonnable de changer l'assuré d'employeur.

Idéalement, il y aurait lieu de voir avec l'employeur s'il est possible d'élargir l'activité professionnelle de l'assuré de 50 % à 70 % dans une activité respectant toutes les LF décrites plus haut. Un descriptif précis des contraintes physiques et de leurs fréquences au poste de travail serait utile.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ INITIALE D'EMPLOYÉ (TÂCHES MULTIPLES) À L'EMS DE LA FONDATION F. _____ CF DESCRIPTIF DE L'ACTIVITÉ INITIALE : 0 %

DANS LE POSTE ACTUEL PARTIELLEMENT ADAPTÉ : 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 %

DEPUIS LA : MI-AOÛT 2006, À TROIS MOIS POST-OPÉRATOIRES."

Par rapport médical du 9 juin 2008, le Dr B. _____, du SMR, s'est rallié aux conclusions du Dr K. _____.

Aux termes d'un courrier de l'EMS de la Fondation F. _____ du 10 décembre 2008 à l'attention de l'OAI, il est notamment ressorti que le taux d'occupation de l'assuré allait être réduit à 45% et qu'il était difficile pour l'intéressé d'assumer le travail demandé.

L'assuré s'étant entre-temps vu reconnaître le droit à une orientation professionnelle par communication du 8 juillet 2008, diverses

démarches ont été entreprises dans ce sens. Selon une note interne de l'OAI du 16 janvier 2009 faisant suite à un entretien avec l'assuré, il était relevé que, le SMR ayant fixé à 70% la capacité de travail dans une activité adaptée, on pouvait proposer une mise en œuvre de cette capacité de travail par le biais d'un stage puis d'une formation. Toutefois, l'OAI ne pouvant garantir à l'intéressé de lui trouver ensuite un emploi même avec une mesure d'aide au placement, l'assuré, sans être opposé à une telle mesure, craignait de se retrouver sans activité alors qu'actuellement, âgé de 57 ans déjà, il avait au moins un travail à 45%. Cela étant, aux termes d'un rapport final établi le 23 janvier 2009 par la Division administrative de l'OAI, il était mentionné que, compte tenu de son âge, l'assuré préférait poursuivre son activité actuelle à l'EMS de la Fondation F. _____ à 45% plutôt que de se lancer dans une mesure de réadaptation professionnelle sans être certain de pouvoir tenir à un taux de 70% même dans une activité adaptée, et risquer de perdre son employeur actuel.

Considérant l'assuré comme une personne active à 90% et ménagère à 10%, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, laquelle a été réalisée le 19 mars 2009. Le rapport y relatif, daté également du 19 mars 2009, indiquait que l'intéressé avait confirmé présenter un statut de 90% actif et 10% ménager. Quant aux empêchements ménagers, ils étaient évalués à 46,5%.

Par décision du 7 juillet 2009, confirmant un projet de décision du 15 mai 2009, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré. En substance, l'office a retenu que celui-ci présentait un statut de 90% actif et de 10% ménager. Concernant la part active, l'OAI a estimé que l'intéressé n'était plus à même d'exercer son activité habituelle à plein temps mais qu'il disposait d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur cette base, l'office a arrêté le préjudice économique de l'assuré à 33,76% eu égard à un revenu avec invalidité de 35'785 fr. 95 - calculé sur la base de données statistiques, compte tenu des limitations fonctionnelles, du taux d'occupation partiel ainsi que de l'âge de l'assuré - et à un revenu sans

invalidité de 54'028 fr. S'agissant de la part ménagère, l'office a retenu des empêchements à concurrence de 46,5% conformément aux résultats de l'enquête du 19 mars 2009. Procédant à l'évaluation de la perte de gain de l'assuré, l'OAI a abouti, après addition des degrés d'invalidité retenus pour la part active (30,38% [90% x 33,76%]) et pour la part ménagère (4,65% [10% x 46,5%]), à un taux d'invalidité global de 35,03%, inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Aucun recours n'a été déposé à l'encontre de cette décision.

B. Dans un écrit du 9 janvier 2010, l'assuré a invité l'OAI à réévaluer sa situation. Il a exposé en substance qu'il avait été opéré d'un genou le 15 décembre 2009, qu'une nouvelle opération était prévue pour le printemps, que ses maux de dos persistaient et qu'il prenait des médicaments pour atténuer ses douleurs lors de ses déplacements.

Le 11 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, motif pris que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de l'état de fait depuis la décision du 7 juillet 2009.

Dans le cadre des objections formulées par l'assuré le 24 mars 2010 à l'encontre du projet précité, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et nouveau médecin traitant, a adressé un compte-rendu à l'OAI en date du 19 avril 2010. Concernant l'affection dorsale, le Dr M._____ a exposé qu'au cours des deux dernières années, les limitations liées à la douleur avaient augmenté et empêchaient, respectivement limitaient l'exécution de certaines fonctions de l'activité professionnelle de l'assuré comme passer l'aspirateur ou la cireuse ; le dos semblait en outre devenir plus rigide et plus algique avec l'âge. S'agissant de la gonarthrose bilatérale prédominante à droite, le Dr M._____ a exposé que pour des raisons orthopédiques seul le genou gauche avait été opéré, mais qu'il était toutefois évident que les douleurs du genou droit s'ajoutaient et compliquaient le travail de nettoyage de la cafétéria de

l'étage avec la laveuse. Dans ces conditions, le Dr M._____ a estimé que la capacité de travail exigible atteignait plutôt 50% que 70%.

Par décision du 20 mai 2010, l'OAI a confirmé qu'il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le même jour, l'office a adressé une correspondance à l'assuré, soulignant que le Dr M._____ avait évalué à 50% la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de l'intéressé mais qu'il n'avait en revanche pas contesté la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, telle que retenue au cours de la procédure antérieure.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

C. En date du 26 mai 2011, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI, invoquant ses problèmes de dos et de genoux.

Dans un compte-rendu du 16 août 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que l'assuré s'était vu implanter une prothèse totale du genou gauche en 2009 et une prothèse totale du genou droit en mars 2011. Il a précisé que ces interventions avaient été couronnées de succès sur le plan fonctionnel, avec une mobilité des genoux bien conservée. Cependant, l'assuré souffrait de douleurs bilatérales ne répondant pas aux traitements anti-inflammatoires, ni aux antalgiques habituels et à la physiothérapie, étant relevé qu'une réévaluation radiologique n'avait mis en évidence aucun problème lié aux prothèses en tant que telles. Subsistait donc une problématique algique observée dans un certain pourcentage des évolutions post-opératoires de prothèses des genoux. De l'avis du Dr M._____, cette symptomatologie restreignait la capacité de travail dans la mesure où l'activité d'animateur de cafétéria ne permettait pas d'alterner les positions statiques et les positions assises de manière suffisante pour atténuer les douleurs. Finalement, ce médecin a préconisé une nouvelle évaluation au SMR.

Par avis médical du 22 septembre 2011, le Dr B._____ a retenu que le rapport du Dr M._____ du 16 août 2011 n'était pas de

nature à modifier la position du SMR. En effet, l'implantation de prothèses totales des genoux gauche et droit s'était soldée par un succès et le Dr M._____ n'avait pas signalé de douleurs résiduelles plus importantes que celles ressenties avant les interventions. Le Dr B._____ a ajouté qu'à sa connaissance, l'activité de collaborateur d'animation à 45% exercée par l'assuré respectait les limitations fonctionnelles retenues en 2008.

Par décision du 6 mars 2012, confirmant un projet de décision du 19 décembre 2011, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il rejetait sa demande de prestations. L'office a relevé qu'aucune modification essentielle des conditions de fait n'avait été établie de manière vraisemblable et a considéré, après avoir repris en substance les conclusions de l'avis du Dr B._____ du 22 septembre 2011, que l'assuré conservait une capacité résiduelle de 70% dans une activité adaptée à sa situation.

Cette décision n'a pas été contestée par voie de recours.

D. Dans un courrier du 9 mai 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr M._____ a insisté sur la nécessité de procéder à une nouvelle évaluation par le SMR. Concernant la symptomatologie lombaire au niveau L4-L5, il a relevé qu'actuellement le disque était en contact avec la racine L5 droite ainsi qu'avec la racine L4 gauche et que les douleurs avaient résisté au traitement habituel, de sorte que l'assuré avait été adressé à une consultation d'antalgie auprès du Dr W._____, anesthésiste. Le Dr M._____ a rappelé que l'atteinte lombaire entraînait une limitation des fonctions dans l'activité professionnelle, mentionnant à cet égard l'action de passer la cireuse et l'aspirateur ainsi que l'évacuation des poubelles. Il a ajouté que la marche était douloureuse après une centaine de mètres, l'assuré ne pouvant que peu se déplacer, et que les douleurs apparaissaient après une trentaine de minutes en position assise. Il a affirmé de surcroît que les renseignements à disposition de l'OAI quant à l'emploi occupé par l'assuré ne correspondaient pas à l'activité pratiquée, laquelle relevait plutôt d'un travail de service de nettoyage et de maintien des locaux avec, « *logiquement* », des mouvements répétés de flexion-

extension, des attitudes en porte-à-faux ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg. Par ailleurs, le Dr M._____ a observé que les genoux restaient algiques, avec une limitation de la flexion et de l'extension.

Le 12 mai 2012, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations AI.

Par compte-rendu du 4 juin 2012, le Dr M._____ a fait mention d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré. S'agissant de l'atteinte lombaire, il a repris les éléments invoqués dans son précédent constat du 9 mai 2012. Ce médecin a en outre précisé que malgré la mise en place de deux prothèses totales des genoux, on notait une limitation de la flexion et de l'extension des mouvements à ce niveau-là et une douleur postopératoire « *plus importante qu'habituelle* ». Dans ces conditions, le Dr M._____ a maintenu qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une nouvelle évaluation au SMR.

Par courrier du 14 juin 2012, l'assuré a informé l'OAI de ce qu'une IRM récemment réalisée avait mis en évidence une dégénérescence de la malléole dans le cadre d'une ancienne fracture. Il a ajouté qu'il allait être vu le 3 juillet 2012 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. A cette correspondance était annexé un rapport du 12 juin 2012 consécutif à une IRM du pied droit, établi par le Dr Q._____, et faisant part des conclusions suivantes :

"Importants remaniements post-traumatiques d'âge assez ancien de la malléole externe avec une pointe d'œdème osseux, associés à des troubles dégénératifs de l'articulation fibulo-talaire pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse latérale. De plus, remaniements post-traumatiques du LLE avec un épaississement des différents contingents, la continuité est préservée. Petite chondropathie du coin interne du talus sans réaction sous-chondrale. Volumineuse épine calcanéenne avec un remaniement inflammatoire modéré du fascia adjacent."

Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 22 août 2012, l'EMS de la Fondation F._____ a précisé que l'assuré

exerçait une activité d'auxiliaire socio-culturel depuis son engagement en date 1^{er} juin 1998, l'horaire de travail ayant été initialement fixé à 37,35 heures par semaine avant d'être réduit à 18,68 heures à partir du 1^{er} septembre 2008. Quant au salaire mensuel, il s'élevait à 2'310 fr. 75 depuis le 1^{er} janvier 2012 et correspondait au rendement de l'intéressé. Invité à indiquer la rémunération que réaliserait l'assuré à l'heure actuelle sans atteinte à la santé, l'employeur a fait mention d'un salaire annuel de 60'066 fr. 50 à 90% dès la date de l'engagement, respectivement de 30'039 fr. 75 à 45% depuis l'atteinte à la santé. Concernant les tâches comprises dans l'activité exercée par l'assuré, l'employeur a exposé que cette activité englobait souvent le service des boissons à la cafétéria, qu'elle comprenait parfois l'encaissement des consommations ainsi que des tâches de nettoyage et de rangement et qu'elle incluait rarement la lecture du journal aux résidents. Dans ce contexte, l'assuré devait souvent rester debout, parfois marcher ou soulever/porter des poids allant jusqu'à 10 kg et rarement être assis. Les exigences du poste de l'assuré étaient considérés comme grandes au niveau de la concentration/attention, respectivement comme moyennes s'agissant de l'endurance et de la faculté d'interprétation et enfin comme faibles en termes de soin. L'employeur a précisé qu'aucun autre travail n'était possible pour l'assuré à ce jour.

Le Dr M._____ a fait parvenir à l'OAI le 30 août 2012 un formulaire médical dont aucune rubrique n'avait été complétée mais auquel étaient joints divers documents, dont les pièces suivantes :

- un rapport d'IRM lombaire du 3 février 2011 de la Dresse O._____, radiologue, faisant mention d'un status après cure de hernie discale L4-L5 associée à une discopathie et à une petite hernie médiane sous-ligamentaire légèrement luxée vers le bas n'engendrant toutefois pas de conflit radiculaire ;

- un rapport d'examen radiologique des membres inférieurs totaux du 9 août 2011 établi par le Dr F._____, radiologue, observant que le status au niveau des prothèses totales des genoux était excellent et

le matériel bien toléré, et concluant à l'absence de lésion au niveau des chevilles, à une périostose des crêtes iliaques au niveau du bassin, à une discarthrose L4-L5-S1, à un léger pincement polaire supérieur à droite, ainsi qu'à une légère ostéophytose du sourcil cotyloïdien des deux côtés ;

- un compte-rendu d'IRM lombaire du 7 décembre 2011 de la Dresse A._____, radiologue, évoquant une discarthrose multi-étagée du segment lombaire inchangée depuis le précédent examen, prédominant au niveau L4-L5 (la protrusion discale présentant à ce niveau un caractère global en raison également d'une arthrose postérieure et des séquelles post-opératoires avec en outre un rétrécissement foraminaux bilatéral), relevant en outre que le disque prenait contact strict avec la racine L5 droite des deux côtés, au niveau canalaire et pré-foraminaux, ainsi qu'avec la racine L4 gauche dans l'espace extra-foraminaux, à comparer à la clinique, et mentionnant un status post-laminectomie ;

- un rapport du Dr W._____ du 27 janvier 2012, dont il ressortait que les douleurs lombaires de l'assuré avaient commencé plusieurs années avant la première intervention de 2004, qu'elles persistaient à ce jour et étaient très invalidantes, et que l'examen clinique comme l'anamnèse allaient dans le sens d'une atteinte de la statique, avec des douleurs probablement d'origine facettaire mais peut-être également discale, un nouveau traitement étant pour le surplus proposé ;

- un rapport du 22 février 2012 du Dr G._____, chirurgien orthopédiste auprès des Etablissements hospitaliers [...] (ci-après : les Etablissements hospitaliers E._____), mentionnant une évolution globalement favorable une année après la mise en place d'une prothèse totale du genou droit, signalant par contre des douleurs péri-rotuliennes deux ans après la pose d'une prothèse totale du genou gauche avec resurfaçage rotulien, douleurs pour lesquelles il n'avait pas de réelle explication d'un point de vue radiologique, et considérant comme illusoire toute augmentation du taux d'occupation de l'assuré, ce dernier travaillant actuellement à 45% et ayant encore des problèmes de dos ;

- un rapport du 2 mai 2012 du Dr Q._____ consécutif à des radiographies de la cheville droite de face et profil, mettant en évidence une séquelle d'ancienne entorse grave prédominant en malléolaire interne avec à ce niveau un ancien arrachement actuellement visible sous forme d'un ossicule bien délimité ;

- un rapport du Dr N._____ du 3 juillet 2012, diagnostiquant d'une part une arthrose tibio-astragaliennne probablement séquellaire d'entorse dont l'assuré ne se souvenait plus, retenant d'autre part des douleurs antérieures de l'appareil extenseur des genoux sur les parties molles, les ailerons etc. - complications connues et classiques de la chirurgie prothétique du genou avec ou sans resurfaçage rotulien - et se prononçant à cet égard en défaveur d'une reprise chirurgicale compte tenu du profil tant physique que psychique de l'assuré.

Par avis médical du 7 février 2013, les Drs X._____ et V._____, du SMR, ont considéré que les rapports médicaux transmis par le Dr M._____ ne permettaient pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ni à une diminution de la capacité de travail qui semblait au contraire être confirmée à 45% dans une activité adaptée selon le rapport du 22 février 2012 du Dr G._____.

En date du 12 février 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, considérant qu'au vu des derniers renseignements médicaux reçus, rien ne permettait de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, ni à une diminution de sa capacité de travail. Aussi l'office a-t-il retenu que l'assuré conservait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée et que la décision du 6 mars 2012 restait d'actualité.

Le 3 mars 2013, l'assuré a contesté ce projet de décision.

Le 8 mars 2013, le Dr M._____ a relevé qu'aucune suite n'avait été donnée à ses correspondances des 19 avril 2010 et 9 mai 2012 préconisant une nouvelle évaluation de la situation de l'assuré.

Dans une écriture complémentaire du 18 mars 2013, l'intéressé a fait valoir en substance que son état de santé avait évolué défavorablement depuis l'examen clinique rhumatologique effectué le 1^{er} avril 2008 par le Dr K._____, tant au niveau de ses douleurs dorsales que de ses gonalgies bilatérales, et qu'à cela s'ajoutaient encore les douleurs induites par l'affection du pied droit récemment mise en évidence suite aux examens radiologiques pratiqués en mai et juin 2012. Cela étant, l'assuré a invité l'OAI à procéder à une nouvelle évaluation de sa situation.

Dans un avis médical du 26 mars 2013, le Dr X._____ et le Dr J._____, du SMR, ont relevé que depuis l'examen de 2008, deux interventions successives avaient été réalisées aux fins de mettre en place des prothèses totales du genou, soit en décembre 2009 à gauche et en mars 2011 à droite. Ils ont par ailleurs souligné l'existence de troubles dégénératifs de la mortaise tibio-astragaliennne, responsables de douleurs, révélés à l'IRM en 2012. Aussi, au vu de la nature dégénérative des atteintes de l'assuré ainsi que des nouvelles constatations, ils ont estimé qu'il y avait lieu de requérir une réévaluation de la situation auprès du SMR sous forme d'un examen rhumatologique visant à définir les limitations fonctionnelles précises actuelles, à trancher la question de l'adéquation de l'activité exercée à ce jour, et à fixer la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles actuelles, singulièrement à déterminer si cette dernière avait diminué depuis 2008.

Par envoi du 2 avril 2013, l'EMS de la Fondation F._____ a fourni le cahier des charges de l'assuré. Il en est ressorti que l'intéressé travaillait exclusivement le matin et avait essentiellement pour fonction de tenir la cafétéria, passer l'auto-laveuse, sortir et rentrer les containers, nettoyer le local des containers, et effectuer la préparation, la distribution ainsi que l'inventaire du matériel.

Le 23 mai 2013, l'assuré a été convoqué au SMR, où il a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique réalisé par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 30 mai suivant, ce dernier a notamment relevé ce qui suit :

"Anamnèse professionnelle

Depuis 1998, il est engagé comme homme à tout faire en EMS de la Fondation F._____ à 90%. En 2007, son poste de travail a été partiellement adapté. Depuis 2007, il travaille à 50% du 90%, c'est-à-dire à 45%. Il travaille actuellement comme serveur dans la cafétéria. Il a peu de déplacements exigés. Il ne porte pas de charges. Il fait aussi des nettoyages. Il pousse une machine auto-laveuse. Il sort les containers d'ordures en les poussant Le métier s'exerce principalement debout. Il peut s'ass[e]oir entre deux services. Parfois, il y a des ports de charges, mais l'assuré se fait aider Il évite de porter des charges.

[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBALGIES CHRONIQUES AVEC DES SCIATALIGES À GAUCHE, OCCASIONNELLES, STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L4-L[5] À DEUX REPRISES, DISCOPATHIE L4-L5 AVEC ARTHROSE POSTÉRIEURE M54.4
- GONALGIES PERSISTANTES DES DEUX CÔTÉS. STATUS APRÈS ARTHROPLASTIE TOTALE DES DEUX GENOUX OU GONARTHROSE PRIMAIRE.
- TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DÉBUTANTS DE L'ARTICULATION TIBIO-ASTRAGALIENNE DE LA CHEVILLE DROITE

- Sans répercussion sur la capacité de travail

- OBÉSITÉ AVEC BMI À 39.3
- HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE.
- HTA EN TRAITEMENT
- SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL
- HYPERCHOLESTÉROLÉMIE.
- REFLUX GASTRO-CÆSOPHAGIEN

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

On est étonné de l'intensité des douleurs décrites par l'assuré devant un examen clinique des genoux tout à fait rassurant. Ces

douleurs antérieures du genou sont parfois vues après les arthroplasties des genoux, mais dans le cas de Monsieur T. _____ on reste étonné par l'intensité des douleurs décrites. L'assuré souffre aussi des douleurs de sa cheville droite qui présente des troubles dégénératifs débutants.

En ce qui concerne la capacité de travail, l'assuré travaille au même rythme que lorsqu'il a été vu en examen clinique SMR en avril 2008. L'assuré affirme qu'il peut continuer à travailler dans son poste de travail habituel à 45%. Il affirme qu'un poste de travail adapté à 70%, compte tenu de son âge, il n'existe pas. Il souhaite être reconnu invalide à plus de 30% même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le poste de travail actuel exercé par Monsieur T. _____ ne peut pas être considéré comme adapté car il s'exerce en majorité debout.

Le Dr M. _____ ne se prononce pas clairement en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré. Après avoir examiné attentivement l'assuré et son dossier, on peut estimer que le poste de travail exercé jusqu'à présent n'est que partiellement adapté. La capacité de travail de l'assuré est estimée à 50%. Dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, une diminution de la capacité de travail de 30% est possible en raison des douleurs chroniques de l'assuré.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise Il doit éviter le port de charges supérieures à 10 kilos. Il doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux[.] Doit éviter de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes[.] Eviter les travaux à genoux ou accroupi[.]

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

L'assuré travaille à 45% depuis probablement le 01.05.2007.

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

L'assuré continue à travailler à 45%. Il a bénéficié d'un arrêt de travail d'environ 3 mois après chaque arthroplastie du genou[.]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 50%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% DEPUIS LE : 2007"

Par avis médical SMR du 6 juin 2013, les Drs X. _____ et V. _____ se sont ralliés aux conclusions du Dr L. _____. Ils ont retenu que le nouvel examen réalisé par ce spécialiste ne permettait de retenir aucun élément médical nouveau objectivant une diminution de la capacité

de travail par rapport à l'expertise du Dr K. _____ en 2008 - cette constatation clinique ne préjugant toutefois pas d'une éventuelle augmentation des douleurs ressenties par l'assuré.

Par décision du 4 juillet 2013, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré pour les motifs évoqués dans son projet du 12 février 2013.

Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier exposant qu'un complément d'instruction avait été effectué sous forme d'examen clinique orthopédique au SMR et que ce complément d'instruction n'avait pas mis en évidence d'éléments médicaux nouveaux objectivant une diminution de la capacité de travail de l'intéressé. L'office ne pouvait dès lors que maintenir sa position.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, T. _____ a recouru le 4 septembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé afin que ce dernier tienne compte, à titre de revenu d'invalidé pour l'évaluation de l'invalidité, du revenu réellement perçu et pas d'un revenu fictif et rende telle décision que de droit. En substance, le recourant fait valoir que le rapport d'expertise du Dr L. _____ lui a été communiqué le 29 juillet 2013, date à laquelle il était âgé de 61 ans et un mois. Il en déduit qu'au vu de la jurisprudence fédérale en la matière, il aurait dû être considéré comme un assuré d'âge avancé, de sorte que sa perte de gain aurait dû être évaluée non pas sur la base d'un revenu d'invalidé fictif mais en fonction du revenu effectivement perçu - cela que l'on se fonde sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou que l'on utilise « *de curieuse manière* » la méthode mixte, comme l'OAI dans la décision du 7 juillet 2009.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 25 octobre 2013. L'OAI relève en particulier que le rapport d'examen clinique du SMR du 30 mai 2013 répond aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante et que les constatations

qui en découlent sont superposables à celles formulées à l'issue de l'examen clinique rhumatologique du 1^{er} avril 2008 ayant servi de base à la décision du 7 juillet 2009. Aussi l'office estime-t-il que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de manière à influencer sur le droit à la rente depuis la décision de refus susdite.

Dans sa réplique du 14 novembre 2013, le recourant insiste sur le fait qu'il était âgé de 61 ans et un mois à la date du 29 juillet 2013, soit lorsqu'il a reçu copie du rapport du Dr L. _____ du 30 mai 2013.

Se déterminant le 5 décembre 2013, l'intimé observe, d'une part, que le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible d'un point de vue médical. D'autre part, il souligne que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans mais qu'aucun âge limite n'a été fixé jusqu'à présent par la jurisprudence. Cela étant, l'OAI estime qu'en l'espèce le moment déterminant pour apprécier la situation du recourant se situe au 30 mai 2013, date du rapport d'examen clinique orthopédique du SMR fixant de manière claire la capacité résiduelle de travail. Or, si l'assuré était à ce moment âgé de 60 ans, il demeure qu'au vu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur par l'intéressé d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée demeure objectivement exigible. En effet, les limitations fonctionnelles présentées correspondent à celles que l'on rencontre fréquemment auprès des assurés pour lesquels une réadaptation reste tout à fait envisageable. De plus, le recourant a exercé des postes différant considérablement les uns des autres au cours de sa carrière. A cela s'ajoute que son âge a été pris en compte dans l'abattement de 15% pratiqué sur le revenu d'invalidité. Enfin, l'OAI observe que des mesures professionnelles ont été proposées à l'assuré, lequel n'a pas voulu y donner suite au motif qu'il ne désirait pas renoncer au poste occupé à un taux de 45% auprès de l'EMS de la Fondation F. _____, cela alors même que la mise en œuvre d'un tel

processus aurait permis de faciliter les recherches d'un emploi en adéquation avec la situation présentée par l'intéressé.

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 (cf. 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'AI (cf. 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) – selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 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 (cf. 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 à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 12 mai 2012.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (cf. art. 28 LAI).

Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. également ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 137 V 334).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf.

ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (également dans sa teneur au 1^{er} janvier 2012) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent permettre à l'administration qui a précédemment 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, ATF 130 V 68 consid. 5.2.3 et ATF 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 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 (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; cf. TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, 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 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, 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. En l'occurrence, étant entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 12 mai 2012 par l'assuré, l'OAI a examiné si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité – et partant le droit à la rente – s'était produit depuis la décision de refus de prestations rendue le 6 mars 2012, laquelle entérinait

une situation demeurée inchangée depuis la décision initiale de refus de prestations du 7 juillet 2009.

a) Pour rendre la décision du 7 juillet 2009, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 21 mai 2008 par le Dr K. _____ du SMR, mentionnant des diagnostics incapacitants sous forme, d'une part, de lombosciatalgies gauches chroniques dans un contexte de status post-double cure de hernie discale L4-L5 gauche, troubles statiques et troubles dégénératifs articulaires postérieurs et, d'autres part, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose des compartiments interne et fémoro-patellaire droits. Selon le Dr K. _____, l'incapacité de travail induite par ces affections était totale dans l'activité initiale exercée à l'EMS de la Fondation F. _____, respectivement de 50% après adaptation partielle du poste de travail de l'intéressé auprès de cet employeur, et de 70% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rachis lombaire : pas de mouvement répété de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes et assise au-delà de 1 heure ; genoux : pas de montée/descente répétée d'escaliers, périmètre de marche inférieur à 1 km, pas de travail en position à genoux à accroupie, pas de position assise prolongée au-delà de 1 heure). L'OAI a par ailleurs tenu compte du rapport d'enquête économique sur le ménage du 19 mars 2009, dont il ressortait que l'assuré présentait un statut de 90% actif et 10% ménager et que les empêchements ménagers atteignaient 46,5%. Sur la base de ces éléments, l'OAI a retenu, aux termes de sa décision du 7 juillet 2009, que l'assuré présentait un taux d'invalidité global de 35,03% (soit 30,38% pour la part active et 4,65% pour la part ménagère), n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Par la suite, à l'appui de la décision du 6 mars 2012, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical établi le 22 septembre 2011 par le Dr B. _____, qui considérait qu'au vu de la réussite de l'implantation de prothèses totales des genoux gauche et droit (respectivement en décembre 2009 et mars 2011) et de l'absence de douleurs résiduelles plus importantes que

celles ressenties avant ces opérations, il y avait lieu de confirmer la position défendue jusqu'alors par le SMR.

b) Sur la base du rapport d'expertise orthopédique du Dr L._____ du 30 mai 2013, l'OAI considère que, sur le plan médical, la situation du recourant n'a pas connu de modification notable en comparaison avec la situation décrite dans le rapport du Dr K._____ du 21 mai 2008.

aa) Dans son compte-rendu, l'expert L._____ a retenu trois catégories d'atteintes avec impact sur la capacité de travail, soit des lombalgies chroniques avec des sciatalgies à gauche, occasionnelles, status après cure de hernie discale L4-L5 à deux reprises et discopathie L4-L5 avec arthrose postérieure, des gonalgies persistantes des deux côtés avec status après arthroplastie totale des deux genoux ou gonarthrose primaire, ainsi que des troubles dégénératifs débutants de l'articulation tibio-astragalienne de la cheville droite. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a estimé qu'il y avait lieu de privilégier un travail sédentaire ou semi sédentaire permettant d'alterner librement les positions debout et assise et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, la montée ou la descente d'escaliers ou de pentes de façon répétée, ainsi que les travaux à genoux ou accroupi. Cela étant, le Dr L._____ a relevé que l'assuré exerçait une activité partiellement adaptée auprès de l'EMS de la Fondation F._____, fonction dans le cadre de laquelle la capacité de travail était de 50%, mais que dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail - réduite en raison des douleurs chroniques de l'intéressé - était de 70%. En d'autres termes, il résulte de l'appréciation du Dr L._____ que, malgré des problèmes de dos et de genoux déjà connus ainsi qu'une nouvelle affection de la cheville, l'exigibilité médicale demeure superposable à celle retenue lors de l'examen clinique rhumatologique de 2008.

bb) Rien au dossier ne vient mettre en doute les conclusions du Dr L._____.

En ce qui concerne les troubles lombaires du recourant, on relèvera tout d'abord que les différents examens radiologiques postérieurs à l'expertise de 2008 ont été pris en considération dans l'analyse du Dr L._____, qui n'en a tiré aucune indication dans le sens d'une modification significative de l'état de santé du recourant. Il est vrai que le Dr M._____ a insisté, dans ses rapports des 9 mai et 4 juin 2012, sur l'intensité des douleurs ressenties au niveau lombaire, celles-ci s'étant jusqu'alors révélées réfractaires aux traitements mis en œuvre, et a précisé qu'il avait de ce fait adressé l'assuré au Dr W._____, ce dernier point témoignant, selon lui, d'une péjoration de l'atteinte lombaire de l'intéressé. Il a en outre observé que l'atteinte lombaire entraînait des limitations dans l'activité de l'assuré, activité qui s'apparentait à un travail de nettoyage et d'entretien. La Cour de céans constate néanmoins qu'en dehors des plaintes - par définition subjectives - du recourant, le Dr M._____ n'a mis en évidence aucun élément objectif et concret plaidant en faveur d'une aggravation notable des troubles lombaires du recourant. En particulier, contrairement à l'avis du médecin traitant, le fait que l'assuré ait été adressé au Dr W._____ en vue d'un nouveau traitement thérapeutique ne saurait à lui seul être considéré comme un indice sérieux d'une aggravation des troubles lombaires. A cela s'ajoute que les limitations fonctionnelles induites par les douleurs lombaires ont été dûment décrites en 2008 par le Dr K._____ avant d'être reprises pour l'essentiel par le Dr L._____, les constatations du Dr M._____ n'apportant sur ce point rien de nouveau. Enfin, il importe peu que le poste de travail du recourant auprès de l'EMS de la Fondation F._____ relève de l'intendance ; il n'en demeure pas moins que les différentes facettes de cet emploi ont pu être déterminées au cours l'instruction menée par l'OAI et que l'intéressé a de surcroît pu fournir différentes précisions à ce sujet lors de l'examen clinique réalisé par le Dr L._____ (cf. rapport du 30 mai 2013 p. 1, rubrique « *anamnèse professionnelle* »), lequel a ainsi pris position en toute connaissance de cause. On ne saurait dès lors se fonder sur l'avis du Dr M._____ pour conclure à une évolution importante des troubles lombaires susceptible d'influer sur le droit à la rente. Le même constat s'impose au regard du rapport du 27 janvier 2012

du Dr W._____, mentionnant des douleurs lombaires persistantes antérieures à 2004 et n'évoquant aucune évolution importante de la situation depuis lors ; tout au plus relèvera-t-on que l'on ne saurait s'arrêter sur le fait que cette symptomatologie ait été décrite comme très invalidante par le Dr W._____, lequel n'a fourni aucune explication à l'appui de cette qualification. Il suit de là que sur le plan lombaire, les pièces du dossier n'infirmement en rien l'appréciation du Dr L._____.

S'agissant des problèmes de genoux du recourant, il est indéniable que la situation a évolué depuis l'examen clinique rhumatologique de 2008, l'intéressé s'étant vu implanter une prothèse totale du genou gauche en décembre 2009 puis du genou droit en mars 2011. Dans son avis du 22 septembre 2011, le Dr B._____ du SMR a toutefois considéré qu'il n'en était résulté aucun changement notable des circonstances par rapport à la situation préexistante. Or, les pièces versées au dossier dans le cadre de la présente affaire ne témoignent toujours pas d'une évolution susceptible d'influer sur le droit à la rente de l'assuré. Sur ce point, on rappellera en premier lieu qu'à l'issue de l'examen radiologique pratiqué par le Dr F._____ le 9 août 2011, il est apparu que le status suite à la mise en place desdites prothèses était excellent et le matériel d'ostéosynthèse bien toléré. Par rapport du 22 février 2012, le Dr G._____ a toutefois précisé que si l'évolution était bonne au niveau du genou droit, l'assuré signalait en revanche des douleurs au niveau du genou gauche, lesquelles n'étaient pas explicables radiologiquement ; considérant que l'assuré travaillait à 45% et présentait de plus des problèmes de dos, le Dr G._____ a indiqué qu'il lui paraissait illusoire d'augmenter le taux d'activité de l'assuré. Outre que le Dr G._____ n'est pas parvenu à définir l'étiologie des douleurs du recourant, il apparaît surtout que ce médecin a somme toute confirmé le taux d'occupation de l'assuré de son activité habituelle (soit 45%, correspondant au 50% de son taux d'occupation initial de 90%), sans prendre position sur l'exigibilité dans le cadre d'une activité adaptée. En ce sens, on peine à voir en quoi de telles conclusions infirmeraient celles du Dr L._____. De son côté, le Dr M._____ a indiqué que les genoux restaient algiques, que cette symptomatologie post-opératoire était « *plus*

importante qu'habituelle » et qu'il y avait une limitation de la flexion et de l'extension (cf. rapports des 9 mai et 4 juin 2012). Il n'a toutefois pas expliqué dans quelle mesure ces douleurs étaient supérieures à la normale ni ne s'est prononcé sur l'importance des limitations à la flexion et à l'extension. En d'autres termes, ce médecin s'est déterminé de manière laconique, sans fournir d'éléments concrets témoignant d'une dégradation significative de l'atteinte aux genoux susceptible d'induire une modification de la capacité de travail et de gain de l'assuré. Quant au Dr N._____, il a mis cette symptomatologie douloureuse sur le compte d'une complication connue et classique de la chirurgie prothétique du genou et s'est prononcé en défaveur d'une reprise chirurgicale eu égard au profil tant physique que psychique du recourant (cf. rapport du 3 juillet 2012). Pour ce qui est de l'origine des plaintes du recourant, cet avis rejoint celui du Dr L._____, lequel a précisé que de telles douleurs étaient parfois vues après les arthroplasties des genoux mais s'est étonné de leur intensité dans le cas particulier devant un examen clinique des genoux tout à fait rassurant (cf. rapport du 30 mai 2013 p. 6, rubrique « *appréciation du cas* »). Pour le surplus, le Dr N._____ ne s'est pas prononcé sur la nature incapacitante ou non de cette symptomatologie. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que constater qu'aucun document médical au dossier ne justifie d'écarter l'appréciation du Dr L._____ concernant les problèmes de genoux du recourant.

Il est par ailleurs constant que des examens radiologiques pratiqués courant 2012 (cf. rapports du Dr Q._____ des 2 mai et 12 juin 2012) ont mis en évidence une atteinte à la cheville droite. Cette atteinte a été qualifiée par le Dr N._____ d'arthrose tibio-astragaliennne séquellaire probablement d'une entorse dont l'assuré ne se souvenait plus (cf. rapport du 3 juillet 2012). Ce médecin ne s'est pour le surplus pas prononcé sur les conséquences d'une telle atteinte du point de vue de la capacité de travail. Cette dernière question n'a en définitive été analysée que par le Dr L._____. Cela étant, les pièces en mains de la Cour de céans ne permettent de déceler aucun indice concret justifiant de s'écarter de l'avis du Dr L._____, dont il ressort que les troubles dégénératifs en question revêtent certes une nature incapacitante mais ne

suffisent toutefois pas pour modifier l'exigibilité médicale telle qu'arrêtée en 2008.

A cela s'ajoute qu'à l'examen du dossier médical, on constate que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte essentiellement des seules plaintes subjectives exprimées par le recourant. Or, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; cf. TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

cc) En définitive, il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions exposées dans le rapport d'examen clinique orthopédique du 30 mai 2013 du Dr L._____, confirmées par les Drs X._____ et V._____ du SMR le 6 juin 2013. Par ailleurs, ce rapport procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions de l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a dès lors lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr L._____ du 30 mai 2013 répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra).

A la lumière de l'appréciation du Dr L._____, il apparaît par conséquent que depuis 2008, l'état de santé de l'assuré n'a pas connu de

changement notable susceptible d'influer sur sa capacité de travail et de gain. Sur cet aspect, la Cour de céans ne peut donc que rejoindre la position défendue par l'intimé.

c) Sous un autre angle, le recourant soutient qu'âgé de 61 ans et un mois lors de la communication du rapport d'expertise du 30 mai 2013, le 29 juillet 2013, il devait dès lors être considéré comme un assuré d'âge avancé au sens de la jurisprudence fédérale, si bien que sa perte de gain aurait dû être calculée sur la base d'un revenu d'invalidé correspondant à son salaire effectif.

aa) Il convient tout d'abord de préciser que le critère de l'âge avancé invoqué par le recourant ne se rapporte pas directement au calcul du revenu d'invalidé en tant que tel, mais concerne le point de savoir si l'on peut encore exiger ou non d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, le cas échéant en se reconvertissant dans une nouvelle profession (cf. à cet égard TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et les références citées) ; ce n'est que lorsque de telles démarches ne peuvent être exigées de la personne assurée que le revenu d'invalidé pourra, selon les circonstances, être calculé en fonction de la rémunération effectivement perçue dans le poste occupé.

En effet, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (cf. art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (cf. TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TF 9C_695/2010 précité consid. 5). En d'autres termes, l'influence de l'âge sur la possibilité de mettre en oeuvre la capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail ne peut donc pas être évaluée selon une règle générale, mais dépend de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce qui sont déterminantes sous l'angle des exigences relatives aux activités adaptées envisagées (par exemple, la nature et les conséquences de l'atteinte à la santé, les éventuels moyens à mettre en oeuvre pour changer de travail et se familiariser avec celui-ci, y compris la structure de la personnalité, la formation ou le parcours professionnel ; cf. dans ce sens consid. 3.2.2 non publié de l'ATF 139 V 600 [TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013] et ATF 138 V 457 consid. 3.1).

Après que le Tribunal fédéral a longtemps laissé ouverte la question de savoir à quel moment il convient de se placer pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il y a apporté une réponse dans un arrêt rendu le 25 octobre 2012 et publié aux ATF 138 V 457. A cette occasion, la Haute Cour a retenu que ce moment correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. ATF 138 V 457 consid. 3).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; cf. aussi TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

bb) On ne peut suivre le recourant lorsqu'il soutient que la date de l'exigibilité médicale au sens de la jurisprudence précitée correspond au 29 juillet 2013.

Tout d'abord, la date du 29 juillet 2013 invoquée par le recourant n'est pas compatible avec la jurisprudence instaurée à l'ATF 138 V 457, selon laquelle le moment crucial pour évaluer l'exigibilité de la mise œuvre de la capacité résiduelle de travail d'un assuré proche de l'âge de la retraite est celui où les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. consid. 4c/aa supra), et non celui où ces documents sont transmis à la personne assurée.

Par ailleurs et surtout, il faut rappeler que dans les suites de la nouvelle demande de prestations AI déposée en mai 2012 par l'assuré, le rapport d'examen clinique du Dr L._____ du 30 mai 2013 a révélé que la situation médicale n'avait pas évolué de manière significative au point de modifier la capacité de travail retenue aux termes du rapport d'examen clinique du Dr K._____ du 21 mai 2008. Dès lors que la décision

litigieuse ne fait en définitive que confirmer l'exigibilité médicale déjà établie conformément au droit en mai 2008, c'est cette date qui est déterminante pour l'application de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. dans ce sens CASSO AI 264/12 - 302/2013 du 9 décembre 2013 consid. 5c). Attendu qu'en mai 2008 le recourant était âgé de presque 56 ans (et de 57 ans au moment de la décision du 7 juillet 2009), il apparaît qu'il était encore loin d'avoir atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence évoquée plus haut est applicable. A titre comparatif, on relèvera le Tribunal fédéral a adopté une solution analogue dans le cas d'une assurée âgée de 57 ans au moment où le SMR a constaté que l'exercice d'une activité était médicalement exigible (cf. TF 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 4). Sur le vu de ce qui précède, le recourant ne saurait donc être considéré comme n'étant plus en mesure de mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique qui lui est reconnue - depuis mai 2008 - sur le marché équilibré du travail.

Au demeurant, la même solution s'imposerait dans l'hypothèse où l'on suivrait la thèse de l'OAI considérant le 30 mai 2013 (date de la confirmation de l'exigibilité médicale déjà constatée en mai 2008) comme le moment déterminant pour trancher la question de l'exigibilité d'une réintégration professionnelle (cf. duplique du 5 décembre 2013). En effet, le recourant était alors âgé de 60 ans et onze mois. Or, il paraît fortement douteux que cet âge puisse - au vu des circonstances du cas d'espèce - être considéré comme suffisamment avancé pour nuire à la mise en œuvre de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé sur le marché de l'emploi, étant rappelé que le Tribunal fédéral n'a à ce jour fixé aucun seuil limite (cf. consid. 4c/aa supra). En effet, sans chercher à minimiser les restrictions induites par les troubles du recourant, celles-ci ne paraissent pas à ce point importantes au point d'être rédhibitoires pour des employeurs potentiels dans un marché de l'emploi équilibré. De plus, même si l'assuré est au service de l'EMS de la Fondation F._____ depuis 1998, il a auparavant exercé différents métiers (relieur, infirmier militaire, chauffeur, contrôleur de titres de transports, chauffeur de poids lourds) pour plusieurs employeurs, tout en exerçant parallèlement une

activité de surveillant de parking auxiliaire depuis 1997. Au cours de son parcours professionnel, il a donc été confronté à de multiples reprises à un changement d'activité. Au reste, il ne ressort du dossier aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation que présenterait l'intéressé - lequel n'a, par ailleurs, apporté aucun indice qui permettrait d'en douter. De surcroît, on ne saurait assimiler le cas d'espèce à la situation de la personne qui a toujours travaillé en qualité d'indépendant et doit, malgré un âge avancé, réintégrer le marché de l'emploi en tant que salarié (cf. dans le même sens TF 9C_695/2010 précité consid. 6.2). A l'aune de l'ensemble de ces éléments, il n'y a dès lors pas lieu de considérer comme irréaliste l'exploitation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré sur un marché du travail supposé équilibré.

On relèvera ici, au surplus, que selon les principes propres à la révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicables par analogie lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. consid. 4b supra), l'écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente (cf. TF 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève / Zurich / Bâle 2011, n° 3070 p. 834) et, dès lors, ne saurait non plus justifier à lui seul l'octroi d'une telle prestation en cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande.

Partant, c'est en vain que le recourant se prévaut de son âge dans le cadre du présent litige.

d) On notera par surabondance que dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assuré ne prétend pas - et a fortiori ne démontre pas - que son statut de 90% actif et 10% ménager aurait subi une quelconque modification ou que son aptitude à accomplir ses travaux habituels aurait connu une évolution significative.

Tout au plus relèvera-t-on qu'à supposer que l'assuré ait cherché à contester la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité appliquée « *de curieuse manière* » par l'OAI aux termes de la décision du 7 juillet 2009 (cf. mémoire de recours du 4 septembre 2013 p. 4), ses griefs devraient être considérés comme irrecevables, dite décision étant entrée en force et échappant par conséquent au contrôle de la Cour de céans.

e) En définitive, il apparaît qu'en rejetant par décision du 4 juillet 2013 la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 12 mai 2012, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

6. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 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 4 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émoulement de justice arrêté à 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

IV. 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 :

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour le recourant),
- 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 :