

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Ecublens (VD), recourant, représenté par Me Cyrille Piguet,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI; 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, a travaillé en qualité de vendeur auprès de H._____ du 1^{er} juillet 1986 au 13 janvier 2004 (dernier jour de travail effectif). Le 7 février 2005, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession, indiquant souffrir de dorso-lombalgies chroniques et d'un état anxio-dépressif.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a invité le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, à compléter un rapport médical concernant l'assuré. Dans son rapport du 5 mai 2005 à l'OAI, ce praticien a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

«Dorso-lombalgie chronique dans un contexte de:

- Trouble statique sur hypercyphose thoracique
- Déconditionnement physique
- Défaut de conscience corporelle

Etat dépressif majeur dans un contexte de:

- Maltraitance infantile
- Trouble douloureux chronique

Trouble du sommeil type insomnie dans un contexte de:

- Trouble douloureux chronique
- Terreurs nocturnes
- Réaction anxiogène
- Claustrophobie»

Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr K._____ a retenu une épigastralgie. Selon lui, l'incapacité de travail était totale depuis le 13 janvier 2004 au long cours comme manutentionnaire de charge. Il s'est exprimé en ces termes sous la rubrique «Thérapie/pronostic»:

«Nous sommes donc confrontés à des lombopygialgies sans troubles irritatifs neurogènes, dans un contexte de troubles statiques sous forme d'hypercyphose thoracique fortement enraidie, pouvant

expliquer une partie des signes de sursollicitations de la charnière lombaire inférieure.

Cependant, cette problématique s'inscrit dans une constellation fort complexe de troubles dépressifs majeurs avec idéation suicidaire, réaction anxigène et maltraitance enfantine. Durant toute la prise en charge, le patient n'a pas démontré de signe de simulation ni d'exagération démontrant par contre un sévère état d'épuisement qui n'a pu être contrôlé malgré une prise en charge psychologique bien conduite d'une part et d'autre part une adaptation des traitements médicamenteux antidépresseurs. Ceux-ci s'avèrent très mal tolérés. Bien que l'on assiste à un changement dans son dialogue avec une expression plus claire de ses émotions, on assiste toujours à une détresse psychique marquée. Les découvertes organiques ne permettent pas d'expliquer l'intensité de la plainte douloureuse ni la gravité des répercussions fonctionnelles. Dans ce tableau très intriqué, on comprend dès lors la raison de l'altération des ajustements posturaux et les troubles du sommeil expliquant finalement ce cercle vicieux, qui n'a pu être interrompu malgré le recours à une approche antalgique instrumentale et des mesures en physiothérapie ou psycho-comportementales.

Le pronostic est donc sombre. Actuellement, le patient n'est pas à même de reprendre une activité professionnelle de manutentionnaire de charge.»

Le Dr K. _____ a joint à son rapport celui établi le 17 mars 2004 par le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie, qui s'est exprimé comme suit sous l'intitulé «Appréciation»:

«Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je retiens donc actuellement la présence d'un status lombovertébral modéré, associé à une symptomatologie radiculaire essentiellement irritative caractérisée par une manœuvre de Lasègue sensible en fin de course ddc. Je n'ai toutefois pas de déficit radiculaire objectif. Le bilan neurographique ne montre pas d'asymétrie significative des latences des réponses H et je n'ai pas de signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes L4 et L5 à gauche. Je reste toutefois un peu étonné par l'absence de toute amélioration sous un traitement conservateur bien mené depuis 2 mois. Le patient ira prochainement voir le Docteur K. _____, auquel j'adresse déjà copie de mon rapport, pour une approche antalgique locale. S'il n'y a aucune réponse à cette approche thérapeutique, je pense qu'il faudra malgré tout envisager un bilan neuroradiologique complémentaire par IRM pour exclure toute autre pathologie qui pourrait nous échapper.»

Le 13 octobre 2006, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 21 novembre 2006, les Drs P. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation,

et Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [depuis 2007, réd.], ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, avec pseudo-sciatalgies bilatérales, non déficitaires, dans un contexte de discopathie L4-L5, L5-S1 et hypercyphose dorsale (M 54.5). Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu sur le plan psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de status post-fracture du col du fémur ostéosynthésé, status post-intervention chirurgicale non précisée de la rotule gauche, trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F 33.4) et claustrophobie (F 40.2). Ils ont écrit ce qui suit sous la rubrique «Appréciation consensuelle du cas»:

«Vendeur à H._____ de 47 ans, en incapacité totale depuis janvier 2004, en raison de lombopygialgies chroniques non déficitaires dans un contexte de troubles statiques. En ce qui concerne le descriptif du poste de travail, il existe des éléments discordants entre les données transmises par l'employeur et celles de l'assuré; le poste selon l'assuré est nettement plus contraignant, ce dernier déclarant ne faire que de la vente de moquettes avec un travail en position debout et nécessitant le port de charges lourdes.

En 2004, l'assuré est d'abord vu par le Dr Q._____, neurologue, puis il est suivi par le Dr K._____ en unité spécialisée du rachis à la Clinique F._____. Le Dr K._____ retient comme origine des troubles statiques sous forme d'une hypercyphose, un déconditionnement physique, un défaut de conscience corporelle. Selon lui, l'hypercyphose dorsale peu mobile entraîne une surcharge des éléments lombaires sous-jacents. Il n'est pas mis en évidence de déficit neurologique tant clinique qu'à l'ENMG.

L'assuré décrit des lombalgies de localisation moyenne irradiant aux deux membres inférieurs, de type mixte. Si la composante mécanique prédomine, il existe des douleurs nocturnes l'empêchant de dormir plus de 3 à 4 heures par nuit. Les symptômes augmentent en flexion du tronc et lors de positions statiques; la position assise est la plus mal tolérée, sa tolérance varie entre 20 minutes et 1 heure. Les douleurs augmentent à la marche, l'assuré a l'impression que ses pieds n'avancent plus, il n'y a pas de signe de claudication neurogène à l'anamnèse.

A l'examen clinique, l'assuré a un comportement algique, doit se lever lors de l'entretien avec le rhumatologue après une dizaine de minutes, 40 minutes avec le psychiatre. Les retournements sur la table d'examen sont difficiles, le décubitus ventral est particulièrement mal toléré, cet élément oriente davantage sur une surcharge des articulations postérieures. L'assuré est déconditionné, on constate un relâchement de sa sangle abdominale, une faible musculature aux membres supérieurs, une pré-obésité.

Il existe une cyphose dorsale modérée, vraisemblablement secondaire à une maladie de Scheuermann. Nous ne pouvons retenir la notion de «fort enraidissement» décrite par le Dr K. _____; la mobilité n'est pas si mauvaise, puisque l'on a un allongement de 2,5 cm au Schober dorsale et une modification de la cyphose passant 30° en station debout et 22° en décubitus ventral. Selon l'indice de Schober, la mobilité lombaire est complète en flexion du tronc, elle est limitée de 1/3 en extension, douloureuse dans les deux directions; pas de signe de sciatique ou de cruralgies irritatives. La palpation est douloureuse sur le sommet de la cyphose et sur le dernier étage lombaire. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Au niveau articulaire périphérique, dans les suites de la fracture du col du fémur D, la rotation interne est limitée; la flexion est surtout limitée par une douleur lombaire. Dans les suites du traumatisme de la rotule G nécessitant une ostéosynthèse (luxation de la rotule, fracture ?), l'assuré a une mobilité complète, pas d'amyotrophie ni d'épanchement. Il existe une boiterie à la marche en relation avec la douleur lombaire.

La lecture du dossier radiologique montre un pincement modéré en L5-S1, témoin d'une discopathie; la discopathie L5-S1 est cohérente avec la douleur à la palpation prédominant sur le dernier étage lombaire et avec les pseudosciatalgies décrites par l'assuré. Sur le Ct-scan effectué, uniquement les étages D10 à L1 sont visibles, la hernie discale en D10-D11 est asymptomatique, tant au niveau de la palpation, qu'au niveau du status neurologique.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse permet de constater des sévices sexuels et physiques pendant son enfance et son adolescence.

A l'âge de 17 ans, l'assuré fait un premier épisode dépressif, traité par des anti-dépresseurs par son médecin traitant. Entre 20 et 30 ans, l'assuré a connu plusieurs épisodes dépressifs, d'une durée estimée de 1 à 3 mois. Ces épisodes n'ont jamais été à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée.

En 2004, l'assuré a été suivi du point de vue psychothérapeutique dans le contexte du syndrome douloureux, à raison d'une séance par mois. En outre, l'assuré souffre d'une claustrophobie, ce qui a motivé l'interruption d'un examen radiologique (IRM).

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique ou dépressive ou anxieuse. Les critères pour remplir le diagnostic d'un trouble de la personnalité ne sont pas réunis.

En conclusion, une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant des répercussions sur la capacité de travail n'est pas constatée.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: position statique, debout au-delà de 1 heure, assise au-delà de 45 mn; attitude en porte-à-faux; port de charges supérieures à 10 kg; mouvements répétés de flexion-extension.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.

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

Depuis le 13 janvier 2004; depuis cette date, l'incapacité de travail est totale dans le poste de vendeur à H._____, au rayon tapis-moquettes.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

Il est resté stationnaire et est total dans toute activité professionnelle physiquement modérément lourde.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail exigible est de 100%.

Sur le plan psychiatrique la capacité de travail exigible est de 100%.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE DE VENDEUR RAYON TAPIS-MOQUETTES: 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100%

DEPUIS: JANVIER 2004»

Par projet de décision du 29 janvier 2007, confirmé par décision du 14 mars 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, dès lors que son taux d'invalidité s'élevait à 13%, en se fondant sur le rapport du SMR du 21 novembre 2006.

L'assuré ayant contesté cette décision, le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a admis son recours, annulé la décision du 14 mars 2007 et retourné le dossier à l'OAI afin qu'il complète l'instruction puis rende une nouvelle décision (jugement du 1^{er} septembre 2008 dans la cause AI 145/07 - 317/2008). Selon ce jugement, le Dr Y._____, qui avait rédigé la partie

psychiatrique du rapport d'examen du SMR, n'avait pas encore, le 13 octobre 2006, terminé la formation postgrade lui permettant d'obtenir le titre de psychiatre FMH, si bien qu'il ne pouvait à cette date établir un rapport valide dans sa spécialité. Même si le rapport avait été cosigné par un spécialiste titulaire du titre de spécialiste FMH, ce dernier n'avait pas motivé sa position par le biais d'un examen après avoir confronté l'ensemble des pièces du dossier. Il en résultait que la valeur probante du rapport médical du 21 novembre 2006 était affaiblie, si bien qu'il convenait d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il fasse procéder à un nouvel examen psychiatrique.

B. A la suite de ce jugement, l'OAI a confié au Centre d'Expertise S. _____ de V. _____ le mandat d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assuré. L'examen psychiatrique a eu lieu le 14 mai 2009. Dans son rapport du 5 août 2009, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique existant depuis 2007 (F 33.11) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (opiacés et benzodiazépines), syndrome de dépendance, utilisation continue (F 19.25) depuis sept ans. Il a indiqué que les limitations sur le plan psychique et mental liées à la fatigabilité, à la perte d'énergie et aux troubles neurocognitifs étaient partielles et temporaires et devraient s'amender après l'arrêt des opiacés. Selon l'expert, l'assuré ne présentait en revanche aucune limitation sur le plan social. Sous la rubrique «Synthèse et conclusions», il a considéré ce qui suit:

«La symptomatologie douloureuse débute en 2002 et le Dr K. _____, médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation, signale un état sévère d'épuisement, sans simulation ou exagération, qu'il relie à un trouble dépressif. Il déclare que *les découvertes organiques ne permettent pas d'expliquer l'intensité de la plainte douloureuse, ni la gravité des répercussions fonctionnelles*, laissant malgré tout percevoir une majoration du symptôme physique en raison d'un trouble psychique.

L'assuré se plaint spontanément et d'abord de douleurs physiques. Une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques pourrait être évoquée, il n'y a pas eu d'évaluation somatique récente, mais sur la base des données d'il y a trois ans, les douleurs alléguées semblent exagérées.

L'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent dont le début remonte à l'âge de 17 ans, avec une période de rémission entre 1990 et 2004. Un nouvel épisode dépressif survient en 2004 dans un contexte de trouble somatique, donc après le début de la symptomatologie douloureuse. La péjoration psychique est donc liée à l'état physique de l'assuré. L'intensité de l'épisode dépressif serait devenue sévère début 2006 en lien avec les difficultés à traiter les symptômes douloureux, malgré les nombreuses thérapies et traitements antalgiques et antidépresseurs. Début 2007, l'intensité des douleurs augmente encore, entraînant l'apparition d'idée suicidaire. Le trouble dépressif est au premier plan et les éléments phobiques s'intègrent dans ce trouble. Ils ne sont pas source d'invalidité.

Sur la base des déclarations de l'assuré, qui sont peu précises, et des éléments du dossier, il est difficile d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive depuis 2006. En 2005, les déclarations du Dr K. _____ laissent entendre une intensité sévère du trouble dépressif.

Actuellement, l'assuré souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Il se caractérise, selon les critères de la CIM-10, par une humeur modérément déprimée, une baisse modérée de l'énergie vitale, une baisse importante des intérêts et des plaisirs, une légère fatigabilité, des symptômes anxieux légers, une idéation morbide importante, des troubles neurocognitifs modérés, des troubles du sommeil et de l'appétit, une limitation modérée des activités quotidiennes sachant qu'une grande partie de cette limitation provient des douleurs et un isolement social partiel. Il est cependant en mesure de maintenir son hygiène corporelle, ce qui n'est pas compatible avec une intensité sévère.

L'assuré aurait reçu en permanence un traitement antidépresseur durant de nombreuses années, y compris depuis 2004. On ne retrouve pas la notion d'hospitalisation en milieu psychiatrique, comme cela survient dans les dépressions sévères résistantes, sauf l'évaluation du Dr K. _____ qui signale un épuisement sévère en 2005 pendant plusieurs mois.

Il est donc raisonnable de penser que la symptomatologie dépressive alléguée par l'assuré soit d'intensité moyenne depuis fin 2006-début 2007 et qu'elle ait pu être sévère avec une incapacité de travail totale transitoire vers fin 2005. L'épisode dépressif s'est probablement résolu courant 2007. L'assuré n'est pas en mesure de préciser l'apparition de l'épisode dépressif actuel.

Actuellement, l'assuré bénéficie d'un traitement antidépresseur, mais d'aucun suivi psychiatrique depuis 2007. Un tel suivi est exigible.

Il présente aussi une dépendance aux opiacés et aux benzodiazépines depuis 7 ans. Les opiacés peuvent entraîner des effets sédatifs, des troubles neurocognitifs et une fatigabilité s'ils sont pris de manière excessive. Actuellement, l'assuré consomme une grande quantité d'antalgiques (opiacés: Tramal, Co-Dafalgan) pouvant être à l'origine de ces plaintes de fatigue importante et de ralentissement. Ils peuvent être à l'origine d'une diminution du rendement.

En conclusion, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est d'intensité moyenne, mais dont une partie des signes peuvent aussi être attribués au traitement médicamenteux antalgique d'opiacés. Dans ce contexte, la capacité de travail peut être jugée totale après l'arrêt des opiacés. Cette indication d'arrêt des opiacés est exigible.»

Le 16 septembre 2009, le Dr T. _____, du SMR, a adressé au Centre d'Expertise S. _____ la lettre suivante:

«Votre expertise en date du 14 mai 2009 nous est bien parvenue et nous vous en remercions. Il est cependant délicat de répondre à 2 questions:

Estimez-vous qu'il y ait des raisons médicales de vous écarter des conclusions psychiatriques de l'examen SMR du 21 novembre 2006 dont les conclusions n'ont pas été jugées prises en compte par le TCA pour des raisons de forme et de procédure?

Vous estimez qu'au moment de votre examen l'exigibilité est nulle du fait de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (opiacés et benzodiazépines), syndrome de dépendance, utilisation continue depuis 7 ans F19.25. Vous est-il possible de fixer le début de cette incapacité de travail? Si oui merci de nous détailler la chronologie de l'exigibilité depuis novembre 2006.»

Le 15 octobre 2009, le Dr J. _____ a répondu en ces termes à cette lettre:

«Votre courrier du 16 septembre dernier nous est bien parvenu et a retenu toute notre attention.

Concernant votre première question, l'examen SMR date du 21 novembre 2006, comme vous le rappelez dans votre courrier.

D'après notre évaluation, nous retrouvons une péjoration symptomatique sur le plan dépressif à partir de 2007, dont l'évolution aboutit à un épisode dépressif d'intensité moyenne lors de notre évaluation. Ceci n'entre donc pas en contradiction avec les conclusions lors de l'évaluation psychiatrique au SMR en 2006 car il s'agit d'un nouvel épisode dépressif apparu durant l'année 2007.

Concernant votre deuxième question, le syndrome de dépendance aux opiacées, avec une utilisation continue depuis 7 ans, ne permet pas d'affirmer une incapacité de travail totale de manière rétroactive. En effet, elle est dépendante de la quantité d'opiacées prises par l'assuré à l'origine d'effets secondaires pouvant limiter la capacité de travail. De ce fait, nous ne pouvons qu'affirmer une limitation de la capacité de travail partielle voire totale mais transitoire et récurrente selon la quantité d'opiacées ingérées par l'assuré. Les phénomènes d'accoutumance aux opiacées limitent les effets secondaires lors des prises continues. Par contre, lors de notre évaluation, l'assuré consommait de toute évidence trop d'opiacées, raison pour laquelle nous avons conclu qu'un sevrage aux opiacées est exigible afin d'éviter de nouvelles incapacités de travail.»

Dans un avis médical du 11 novembre 2009, le Dr T. _____ a écrit ce qui suit:

«Du point de vue somatique, l'exigibilité est nulle dans l'activité de vendeur à H. _____ depuis janvier 2004. L'exigibilité est entière du point de vue somatique dans une activité adaptée depuis janvier 2004.

L'expertise psychiatrique du Dr J. _____ ne retient aucun diagnostic psychiatrique comme ayant une répercussion sur la CT de l'assuré point 4.1 page 14. Il estime que les troubles décrits par l'assuré et qu'il observe lors de son examen clinique sont secondaires au traitement médicamenteux de l'assuré, que la modification de la prescription est exigible et qu'il n'y a donc pas d'empêchements durables. L'expert estime en page 15 point 2.6 que l'incapacité de travail est nulle depuis la résolution de l'épisode dépressif courant 2007. L'incapacité de travail suite à l'épisode dépressif de 2007 n'a duré que quelques mois.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable, supérieure à une année, depuis janvier 2004.

Dans une activité adaptée du point de vue somatique, l'exigibilité est entière depuis janvier 2004, à l'exception d'une période de quelques mois courant 2007.»

Par projet de décision du 5 janvier 2010, confirmé par décision du 15 février suivant, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Dans la décision du 15 février 2010, il a retenu ce qui suit sous l'intitulé «Résultat de nos constatations»:

«Vous exercez l'activité de vendeur auprès de H. _____ depuis 1986.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 13 janvier 2004. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année.

Après examen de votre dossier par le Service médical régional, nous constatons que votre incapacité de travail et de gain est totale dans votre activité habituelle de vendeur. Toutefois, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (activités industrielles légères), une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous, et cela dès le mois de janvier 2004. Ainsi, pour déterminer la perte économique que vous subissez suite à vos problèmes de santé, il convient de comparer le revenu que vous pourriez percevoir dans votre activité habituelle sans atteinte à la santé, avec le revenu réalisable avec votre atteinte à la santé dans une activité adaptée.

Suite au jugement du 1^{er} septembre 2008, nous avons repris l'instruction du dossier.

Une expertise médicale au Centre d'Expertise S. _____ a été réalisée en date du 14 mai 2009.

Après analyse médicale de votre situation, nous estimons que vous ne présentez pas d'empêchements durables. La capacité de travail est entière depuis la résolution de l'épisode dépressif courant 2007. L'incapacité de travail suite à cette atteinte n'a duré que quelques mois.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'771.52 (CHF 4'800.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.24.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'830.82 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à

savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.
Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'047.74.

Ce revenu peut maintenant être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 59'618.00, selon les indications de notre service de réadaptation.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	59'618.00
avec invalidité	CHF	52'047.74

La perte de gain s'élève à CHF 7'570.25 = un degré d'invalidité de 13%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.»

L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a néanmoins retiré son recours le 23 juillet 2010. La cause a ainsi été rayée du rôle (décision du 29 juillet 2010 dans la cause AI 67/10 - 317/2010) et la décision du 15 février 2010 est entrée en force.

C. Par courrier du 8 juin 2010 à l'OAI, le conseil de l'assuré a requis le réexamen de la cause et l'annulation de la décision du 15 février 2010, en expliquant que son mandant avait irrémédiablement perdu l'usage de son œil droit et que la vision de son œil gauche était défailante. Il sollicitait en outre la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire intégrant l'ensemble de ses maux, tant physiques que psychiques. En annexe à cette lettre était joint un rapport médical du 2 juin 2010 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne, à la teneur suivante:

«Le médecin soussigné certifie suivre Monsieur C._____, né le [...], depuis mars 2007. Les constatations qui suivent devraient permettre d'établir l'état de santé actuel du patient.

Il existe à mon avis deux problèmes médicaux principaux:

- Le premier étant celui de douleurs dorsales chroniques qu'il présente depuis 2004 environ et pour lesquelles il a été examiné une première fois par le Dr K. _____ à la Clinique F. _____ puis adressé à la Dresse M. _____, rhumatologue, à Lausanne en 2007. Le diagnostic retenu est celui de lombopygalgies chroniques non spécifiques. L'importance des douleurs ressenties par le patient motive un traitement antalgique constant de Co-Dafalgan et de Tramadol gouttes, qu'il prend quotidiennement.

- Le second problème concerne une fragilité psychologique importante en relation avec d'anciens traumatismes dans l'enfance pour lesquels une prise en charge spécifique a échoué. Pour cette problématique, Monsieur C. _____ est sous traitement antidépresseur médicamenteux et anxiolytique de longue date.

Ajoutons à ces deux problèmes principaux un asthme allergique, des troubles mictionnels avec pollakiurie et mictions impérieuses pour lesquelles il est en investigation dans le service d'urologie de l'Hôpital L. _____. Finalement, Monsieur C. _____ souffre encore de gonalgies bilatérales en rapport avec une chondropathie rotulienne.

Concernant l'appréciation de la capacité actuelle de travail, il est clair qu'une nouvelle expertise interdisciplinaire serait souhaitable étant donné l'intrication des problèmes psychiques et somatiques.»

Dans une lettre du 10 juin 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré que, compte tenu du fait que les atteintes urologique et ophtalmologique étaient postérieures à sa décision du 15 février 2010, il considérait le courrier du 8 juin 2010 comme une nouvelle demande de prestations, dont il a ainsi entrepris l'instruction.

Le 11 juin 2010, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour produire à ses frais un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail ainsi que le pronostic et tout autre renseignement utile. Il était en outre invité à apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (modification de sa situation personnelle et/ou familiale). Son attention était enfin attirée sur le fait que sans nouvelles de sa part à l'expiration du délai (ou si les éléments apportés entre-temps ne renfermaient rien de nouveau), l'OAI devait considérer qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son

degré d'invalidité, si bien qu'une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Répondant à cette lettre par courrier du 15 juin 2010, l'assuré a réitéré sa requête tendant au réexamen de la cause et à l'annulation de la décision du 15 février 2010. Il a également rappelé la nécessité de procéder à une expertise complète et interdisciplinaire englobant l'ensemble des maux dont il souffrait, de manière à pouvoir établir sa capacité de travail. En annexe à sa lettre, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une attestation médicale du 7 juin 2010 du Dr N._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, selon laquelle il présentait une myopie modérée bilatérale ainsi qu'un astigmatisme contre la règle bilatéral, tous deux corrigés avec toutefois un potentiel limité de l'œil droit dans le cadre d'une amblyopie profonde de cet œil, d'origine probablement strabique. De ce document, le conseil de l'assuré a fait ressortir que l'acuité visuelle de l'œil droit était limitée à 16%, sans rémission possible. Quant à celle de l'œil gauche, elle s'élevait à 90%. Le conseil de l'assuré inférait de cette limitation de la vision une influence manifeste sur la capacité de travail, ce handicap s'ajoutant aux autres pathologies.

Dans un rapport médical du 29 juin 2010 destiné à l'OAI, les Drs R._____, chef de clinique, et B._____, médecin assistant, du Service d'urologie de l'Hôpital L._____, ont posé les diagnostics suivants:

«Diagnostic principal

- **syndrome douloureux pelvien chronique**
- **pollakiurie invalidante sans substrat organique**

Diagnostics secondaires et comorbidités

- Lombosciatalgies chroniques
- Etat anxio-dépressif
- Asthme extrinsèque
- Status post-3 épisodes de thrombose veineuse profonde
- Status post-tuberculose pulmonaire traitée à l'âge de 15 ans
- Maladie de Berger (circonstances et diagnostic peu clairs)
- Insuffisance veineuse chronique superficielle des MI à prédominance D avec :
 - status post-phlébectomie aux MID en 1986

- status post-crossectomie de la saphène principale D avec stripping externe et phlebectomie étagée bilatérale en 1997 à G
- status post-fracture du col du fémur en 1968»

Le 8 juillet 2010, le Dr N._____ a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI, dans lequel il a notamment écrit ce qui suit:

«Monsieur C._____ a consulté pour un contrôle ophtalmologique de routine. Les éléments anamnestiques généraux ne me sont pas intégralement connus mais le patient a mentionné la présence d'une maladie démyélinisante suivie par un neurologue ainsi que d'une tuberculose pulmonaire traitée pendant l'enfance. Il souffre également d'une hypercholestérolémie traitée et est au bénéfice d'un traitement bronchique par Seretide et Ventolin. L'examen ophtalmologique de ce jour révèle d'excellentes performances visuelles de l'OG alors que l'OD est depuis l'enfance connu pour une amblyopie avec une acuité visuelle qui plafonne à 0.16.»

Ce médecin a pour le surplus indiqué que le pronostic était bon dans la mesure où l'acuité visuelle du bon œil était de 0.9 et qu'il n'y avait pas de cataracte ni de complication rétinienne.

Par courrier du 21 juillet 2010, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'il considérait que les certificats médicaux du Dr N._____ du 7 juin 2010 et celui du Dr D._____ du 2 juin 2010 justifiaient d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 8 juin 2010. L'OAI précisait qu'il ne devait par conséquent pas être tenu compte du délai de 30 jours imparti par courrier du 11 juin 2010 pour lui fournir des éléments permettant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Dans un avis médical du 25 mars 2011, le Dr T._____ a écrit ce qui suit:

«Les douleurs dorsales présentes depuis 2004 et les problèmes psychiques annoncés par le Dr D._____ ne sont pas décrites comme aggravées ni modifiées depuis notre avis SMR de novembre 2011 [recte: 2009] et l'instruction médicale antérieure.

Sur le plan ophtalmologique, le Dr N._____ atteste une amblyopie profonde de l'œil droit stable depuis l'enfance. Ce problème justifie d'ajouter aux limitations fonctionnelles une activité compatible avec une amblyopie profonde de l'œil droit: activité mono oculaire. Le Dr N._____ apprécie le pronostic comme bon en précisant que l'acuité visuelle de l'œil gauche est de 0.9. Il précise au point 1.11

du RM 08.07.2010 que les performances de l'œil gauche sont excellentes. Cette nouvelle limitation fonctionnelle est compatible avec l'activité industrielle légère de référence retenue dans la décision de février 2010.

Le rapport de consultation du 29.06.2010 d'urologie ne retient aucune maladie au sens d'une classification internationale susceptible de modifier l'exigibilité retenue lors de l'instruction initiale. La maladie de Berger est connue depuis le début des années 2000 et une hématurie non glomérulaire est décrite depuis 2008.

Aucune des pièces médicales versées au dossier n'est convaincante d'une modification durable de l'état de santé ayant pour conséquence une modification de l'exigibilité.»

Par projet de décision du 10 mai 2011, l'OAI a derechef dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Le 26 août 2011, le conseil de l'assuré a fait valoir une détérioration de l'état de santé de son mandant, invoquant des problèmes cardiaques et pulmonaires en cours d'investigation. Il a produit les convocations s'y rapportant.

Dans un rapport médical du 16 septembre 2011 au conseil de l'assuré, le Dr D. _____ s'est exprimé en ces termes:

«En réponse à votre courrier du 7 ct, vous trouverez ci-après les constatations médicales que je suis en mesure d'apporter.

Je suis Monsieur C. _____ depuis mars 2007. A cette époque, des démarches en vue d'une rente AI avaient déjà été entreprises et il avait été examiné par la clinique du dos par le Dr K. _____ sur mandat de l'AI en 2005. Le Dr K. _____ avait retenu à ce moment-là le diagnostic de dorsolombalgies chroniques dans un contexte de troubles statiques sur hyper cyphose thoracique, d'un déconditionnement physique et d'un défaut de la conscience corporel le tout impliqué avec une composante psychologique majeur avec séquelles psychologiques d'une maltraitance enfantine.

Constatant les mêmes plaintes lors de la reprise du dossier médical en 2007, j'ai adressé Monsieur C. _____ pour un nouvel avis rhumatologique auprès de la Dresse M. _____ en novembre 2007. Ses conclusions étaient qu'il s'agissait de lombopygialgies chroniques non spécifiques connues depuis plus de 5 ans et qu'en dehors de la prescription d'anti-inflammatoire elle ne voyait pas d'autre mesure médicale qui puisse améliorer la situation de Monsieur C. _____.

En 2008, Monsieur C._____ a subi une cure d'hernie inguinale droite avec persistance de douleurs résiduelles pour laquelle une nouvelle intervention n'a pas pu être réalisée en raison de contre indication anesthésique. Il a ensuite été investigué auprès de la Dresse Z._____, cardiologue, pour des douleurs thoraciques atypiques qui n'ont pas révélé d'origine cardiaque et sont restées sans diagnostic précis. Finalement, se plaignant d'importante fatigue et dyspnée, avec suspicion d'asthme, ce patient a été adressé à l'Hôpital L._____ pour des investigations pneumologiques et allergiques en 2011. Il en ressort qu'il n'y a pas d'asthme allergique, ni à l'effort, qu'il s'agit plutôt de la conséquence d'un tabagisme important.

Comme je l'avais déjà écrit en juin 2010 dans un rapport remis au patient et dont je vous joins une copie, Monsieur C._____ présente des douleurs dorsales chroniques dans un contexte particulier de maltraitance enfantine grave, qui sans aucun doute est une composante importante à la symptomatologie actuelle. En effet, Monsieur C._____ présente un état dépressif de longue date et l'aspect psychologique des séquelles enfantines n'a, à mon avis, pas été pris en compte par les services de l'Al lors des évaluations faites concernant sa capacité de travail.

Je répète ma conclusion faite en juin 2010, qu'une expertise interdisciplinaire serait souhaitable en vue de la complexité et l'implication des différents problèmes somatiques et psychiques.»

Dans ses observations du 30 septembre 2011, auxquelles il a joint le rapport médical précité, l'assuré a relevé que selon le Dr D._____, les douleurs thoraciques atypiques qu'il présentait étaient restées sans diagnostic précis. Or, cela ne signifiait pas que ces douleurs n'avaient pas un impact négatif sur sa capacité de gain. En outre, il rappelait que si jusqu'alors, différentes expertises avaient été menées, elles avaient cependant toutes été conduites séparément et à différentes époques dans un dossier datant de plus de six ans. Par ailleurs, aucune expertise ne s'était encore penchée sur l'effet des douleurs thoraciques atypiques sur sa capacité de travail. Il s'opposait donc au projet de décision au motif que celui-ci ne reposait pas sur une appréciation d'ensemble de la situation que seule pourrait apporter une expertise pluridisciplinaire. Il réitérait donc sa requête tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise en vue d'établir son incapacité de gain réelle compte tenu des derniers développements de son dossier médical.

Dans un avis médical du 13 octobre 2011, le Dr T._____ a écrit ce qui suit:

«Le rapport d'examen SMR du 7 décembre 2006 repose sur un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Un complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique a été réalisé le 6 avril 2009 au Centre d'Expertise S._____.

Les avis médicaux SMR au dossier fixent la capacité de travail exigible au sens de la LAI.

Dans un courrier à l'avocat de l'assuré, le Dr D._____ écrit le 16 septembre 2011 que l'assuré présente des douleurs dorsales chroniques dans un contexte particulier de maltraitance infantile grave comme déjà communiqué dans le rapport remis au patient en juin 2010. Ce rapport daté du 2 juin 2010 est en GED depuis le 9 juin 2010 et il est pris en compte par le SMR dans son avis du 25 mars 2011.

La maltraitance infantile est décrite en page 5 de l'expertise du Centre d'Expertise S._____ de 2009 et avec souci du détail en page 3 de l'examen SMR du 21 novembre 2006:

«L'assuré décrit son père comme étant alcoolique et très violent envers son fils. Il lui aurait dit «j'aurais dû te jeter contre le mur à ta naissance». La mère est décrite comme étant indifférente et froide. C'est la grand-mère maternelle qui les prenait souvent chez elle dans les périodes difficiles. L'assuré dit que sa mère ne l'a jamais touché. Elle ne l'a jamais défendu vis-à-vis des crises de violence du père.

A l'âge de 6 ans, son père rentre au milieu de la nuit ivre, et il vient avec un couteau dans sa chambre, couteau qu'il va planter à 10 cm des organes génitaux de l'assuré. La seule hypothèse de l'assuré vis-à-vis de la violence de son père, c'est la suspicion de ne pas être son fils, l'assuré dit qu'il ne ressemble pas à ses frères, ni à sa soeur. L'assuré ne s'entendait pas avec sa fratrie, ils étaient toujours contre lui. Il a doublé plusieurs années pendant sa scolarité. Pendant son enfance, il avait des problèmes visuels, motif pour lesquels il avait obtenu une prestation de l'Office AI.

L'assuré a été victime d'attouchements sexuels de la part de son père entre 7 et 10 ans. Souvent le père l'enfermait dans la cave ou dans les armoires pour le punir. Première fugue à l'âge de 15 ans, l'assuré habitait à E._____, il va venir à Vevey pendant la Fête des Vignerons. Il a travaillé pendant une année dans la restauration. Ensuite, il va débiter un apprentissage à O._____, mais après quelques mois, son père se présente à son patron et il le reprend à la maison. Deuxième fugue à l'âge de 16 ans, cette fois l'assuré va vivre à Genève». Force est donc de constater que ce problème et ses séquelles psychologiques ont été pris en compte par le SMR dans son instruction.

Le Dr D._____ n'annonce ni fait nouveau, ni aggravation.

Nous maintenons notre position.»

Par décision du 17 octobre 2011, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il n'avait droit ni à une rente ni à des mesures professionnelles. Toutefois, une aide au placement pouvait lui être octroyée sur demande écrite de sa part. L'OAI a pour l'essentiel considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte urologique invalidante; quant à l'atteinte ophtalmologique et la vision monoculaire, elles étaient compatibles avec l'exercice d'une activité simple et répétitive dans le secteur privé (activités industrielles légères: employé dans le conditionnement, activités de montage, ouvrier à l'établi par exemple). Sur le plan économique, l'OAI a retenu un revenu annuel sans atteinte à la santé de 59'618 francs. Il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 pour déterminer le revenu annuel d'invalidé, lequel, compte tenu d'un abattement de 10%, était de 52'047 fr. 75 en 2005 après indexation. La comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 7'570 fr. 25, d'où un degré d'invalidité de 13%. Une lettre du même jour était jointe à cette décision et prenait position sur les objections de l'assuré.

D. Par acte du 21 novembre 2011, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant principalement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2011. En substance, il fait valoir qu'outre les douleurs lombalgiques et la dépression, il souffre de douleurs thoraciques, d'asthme, et ne voit que d'un œil, déplorant à cet égard que l'effet de la totalité de ces maux, y compris les maladies invoquées à l'appui de la nouvelle demande, n'ait pas été pris en compte. Le recourant relève ensuite que l'expertise du 14 mai 2009 ne traite que de ses problèmes psychologiques, et le rapport médical du Dr N._____ à l'OAI du 8 juillet 2010 uniquement des problèmes de vision, relevant que la seule expertise pluridisciplinaire, savoir celle du 13 octobre 2006, a été écartée par le Tribunal des assurances, cette expertise n'ayant examiné que les problèmes de dos et les troubles psychologiques, sans prendre en compte les douleurs thoraciques et les problèmes d'asthme. Il en déduit que la décision

attaquée, fondée sur des expertises séparées, n'est pas admissible, l'inexistence d'un rapport pluridisciplinaire permettant une vue d'ensemble de la situation constituant une lacune justifiant l'annulation de la décision du 17 octobre 2011. Il relève encore que les experts ne se prononcent pas sur le point de savoir comment son état de santé lui permettrait d'exercer effectivement l'activité professionnelle proposée par l'OAI. Il se prévaut en outre du rapport du Dr D._____ du 2 juin 2010, selon lequel des examens complémentaires devraient être effectués, une expertise pluridisciplinaire étant souhaitable. Il soutient ainsi qu'il subsiste des incertitudes quant à l'importance de ses atteintes somatiques et psychiques, leur influence réciproque et leurs conséquences sur sa capacité de travail, jugeant l'instruction de l'intimé lacunaire. Il requiert dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant soutient que c'est un abattement de 25% qui aurait dû être retenu, et non de 10%, vu que ce dernier taux avait été retenu dans la décision du 14 mars 2007 qui a été annulée, et dans celle du 15 février 2010, alors que de nouveaux symptômes ont justifié l'ouverture d'une nouvelle demande; il fait encore valoir à cet égard qu'il n'a pas de formation professionnelle, qu'il est en arrêt maladie depuis 2004, qu'il est âgé de 51 ans, et que ses problèmes physiques constituent une limitation fonctionnelle (fatigue extrême, douleurs au niveau du dos, durée de marche et position debout pas supérieure à 20 minutes, dépression, vision monoculaire). Il produit un bordereau de pièces à l'appui de son recours, lesquelles figurent toutes au dossier de l'intimé, à l'exception des pièces 3 et 4 concernant l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 3 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours.

Invité à fournir d'éventuelles observations complémentaires, le recourant n'a pas déposé d'écriture.

D. Par décision du 23 novembre 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à C._____ avec effet au 21 novembre 2011. Me Cyrille Piguet a été désigné comme conseil d'office et le

recourant a été exonéré du paiement des avances ainsi que des frais judiciaires. Le 24 avril 2012, Me Piguet a déposé la liste détaillée de ses opérations.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 79 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. 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 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'OAI a procédé à la suite de la nouvelle demande de juin 2010, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). Ainsi, 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (Vallat, op. cit., p. 396).

L'examen d'une nouvelle demande doit se faire aux conditions de la révision, mais avec la précision suivante: la comparaison portant notamment sur l'état de santé de l'assuré doit se faire sur la base de la situation existant lors du dernier examen matériel de la situation (ATF 130 V 64, ATF 130 V 71).

b) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 8 juin 2010. Après avoir examiné les rapports des médecins traitants et les avis du SMR, il a

constaté l'absence de nouvel élément objectif médical pouvant modifier sa décision du 15 février 2010. Il relève qu'il n'y a pas d'atteinte urologique invalidante, que l'atteinte ophtalmologique de la vision monoculaire est compatible avec l'exercice d'une activité simple et répétitive dans le secteur privé (activités industrielles légères: employé dans le conditionnement, activités de montage, ouvrier à l'établi par exemple), et que le Dr D._____, dans son courrier du 16 septembre 2011, fait état de douleurs dorsales chroniques dans un contexte de maltraitance enfantine grave, pris en compte par le Centre d'Expertise S._____ dans l'expertise de 2009 et par le SMR dans son examen de novembre 2006. Pour sa part, le recourant estime que son état de santé s'est aggravé, avec l'apparition de nouveaux troubles.

C'est le lieu de préciser que le recourant a fait état d'une péjoration de son état de santé en juin 2010, alors que la cause relative au premier refus de prestations était pendante devant l'autorité de recours. Cela étant, le recourant, par son conseil, a retiré le recours qu'il avait dirigé contre la décision du 15 février 2010, avec pour conséquence la radiation de la cause du rôle (cause AI 67/10 — 317/2010) et l'entrée en force de la décision du 15 février 2010.

Il y a dès lors lieu d'examiner, eu égard à la nouvelle demande du 8 juin 2010, si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit à la rente d'invalidité, pour la période postérieure au 15 février 2010 (date de la décision précédente rendue à la suite du dernier examen matériel de la situation (cf. ATF 130 V 64, ATF 130 V 71)).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit en outre que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

5. En l'occurrence, il convient de comparer la situation existant au 15 février 2010, et celle prévalant en juin de cette même année, ayant abouti à la décision attaquée du 17 octobre 2011.

Le recourant allègue présenter désormais plusieurs affections nouvelles, savoir des douleurs thoraciques, de l'asthme, ainsi qu'une vision monoculaire, et fait en substance grief à l'OAI de ne pas avoir valablement instruit son dossier. Il se réfère notamment au rapport médical établi le 2 juin 2010 par le Dr D._____, ainsi qu'au rapport de ce médecin du 16 septembre 2011.

A cet égard, il convient de relever que dans son rapport médical du 2 juin 2010, le Dr D._____ mentionne ce qu'il qualifie de «problèmes médicaux principaux», savoir d'une part des douleurs dorsales chroniques, et d'autre part une fragilité psychologique importante. Or ces deux aspects ne sont pas nouveaux, mais ont été largement investigués dans le cadre de la première demande de rente. Ainsi les douleurs dorsales ont d'ores et déjà été mises en évidence par le Dr K._____, puis par le Dr P._____. Dans son rapport du 5 mai 2005, le Dr K._____ a notamment diagnostiqué une dorso-lombalgie chronique dans un contexte de trouble statique sur hypercyphose thoracique. Il a également relevé des lombopyalgies. Un diagnostic similaire a été posé par le Dr P._____ (rapport d'examen du SMR du 21 novembre 2006, p. 5). Le Dr D._____ ne remet pas ces diagnostics en cause, attendu qu'il s'y réfère expressément. Il rappelle le contexte médical dans lequel il a, dès mars 2007, entrepris le suivi du recourant et précise le traitement antalgique prescrit eu égard à l'importance des douleurs ressenties. Ainsi, le Dr D._____ ne fait pas à cet égard état d'une aggravation ou d'une modification de ces douleurs. Quant aux troubles d'ordre psychiatrique, ils ont donné lieu à un examen auprès du SMR en octobre 2006, qui, au vu de l'absence de spécialisation FMH du médecin examinateur (soit d'un grief d'ordre formel, et non à la suite d'une analyse du fond du rapport) a conduit à un complément d'instruction sur la base de l'expertise du Dr J._____. On relèvera que ce médecin fait état des traumatismes vécus dans l'enfance par le recourant, et en a tenu compte pour arrêter la

capacité de travail. Dès lors, l'affirmation du Dr D._____ dans son rapport médical du 16 septembre 2011 selon laquelle l'aspect psychologique des séquelles enfantines du recourant n'a pas été pris en compte par les services de l'AI lors des évaluations faites concernant sa capacité de travail n'est pas fondée. Ce médecin répète pour le surplus que son patient présente des douleurs dorsales chroniques dans un contexte particulier de maltraitance enfantine grave, qui sans aucun doute est une composante importante de la symptomatologie actuelle. Cette observation n'est pas non plus nouvelle, dès lors que le Dr K._____, qui n'est certes pas psychiatre, relevait déjà en mai 2005 que la problématique s'inscrivait dans une constellation complexe de troubles dépressifs majeurs avec idéation suicidaire, réaction anxiogène et maltraitance enfantine, ce que les autres médecins ont confirmé. Tel a été le cas des médecins du SMR (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 3) et du Centre d'Expertise S._____ (cf. rapport d'expertise du 5 août 2009, pp. 9 ss). Il n'y a ainsi pas, au plan psychiatrique, d'éléments nouveaux propres à justifier une péjoration de l'état de santé du recourant.

Finalement, le Dr D._____ mentionne en sus de ce qu'il qualifie de problèmes majeurs un asthme allergique, des troubles mictionnels et des gonalgies bilatérales en rapport avec une chondropathie rotulienne. Le traumatisme présenté par le recourant à la rotule gauche a déjà été mis en évidence en 2006 par les médecins du SMR (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 6), lesquels ont noté une mobilité complète, sans amyotrophie, ni épanchement. Le Dr J._____ l'a également évoqué au titre des antécédents somatiques personnels (cf. rapport d'expertise du 5 août 2009, p. 10). Des affections urologiques ont par ailleurs été constatées en juin 2010 à l'occasion d'un contrôle en policlinique. Ces troubles existaient cependant déjà antérieurement puisque, dans leur rapport du 21 novembre 2006, les médecins du SMR relevaient (p. 2) que le recourant présentait un adénome de la prostate, entraînant une dysurie et pollakiurie. Il était en outre connu pour des kystes pyéliqués, entraînant des épisodes d'hématurie. Le rapport médical du 29 juin 2010 retient un syndrome

douloureux pelvien chronique ainsi qu'une pollakiurie invalidante sans substrat organique. Il n'évoque cependant pas leur répercussion éventuelle sur la capacité de travail. Si la cystoscopie et la cytologie effectuées en mai 2008 en raison de la persistance d'une hématurie microscopique se sont révélées dans les normes, le tableau clinique présenté par le recourant demeure complexe et nécessite des investigations complémentaires. Pour autant, se déterminant sur ce rapport, le Dr T. _____ remarque (avis médical du 25 mars 2011) qu'il ne retient aucune maladie au sens d'une classification internationale susceptible de modifier l'exigibilité retenue lors de l'instruction initiale. En outre, la maladie de Berger est connue depuis le début des années 2000 et une hématurie non glomérulaire est décrite depuis 2008. Il en découle qu'une modification durable de l'état de santé ayant pour conséquence une modification de la capacité de travail n'est pas établie.

Dans son rapport médical du 16 septembre 2011, le Dr D. _____ mentionne encore des douleurs thoraciques. Or il apparaît qu'à la suite de l'investigation mise en oeuvre, ces douleurs n'ont pas révélé d'origine cardiaque et sont restées sans diagnostic précis. Le recourant se plaignant d'importante fatigue et dyspnée avec suspicion d'asthme, il a été adressé à l'Hôpital L. _____ pour des investigations pneumologiques et allergiques en 2011. Il en ressort qu'il n'y a pas d'asthme allergique ni à l'effort, et qu'il s'agit plutôt de la conséquence d'un tabagisme important. Au reste, un asthme saisonnier nécessitant une prise médicamenteuse intermittente avait déjà été signalée par les médecins du SMR en 2006 (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 2).

Il apparaît que les affections nouvelles alléguées par le recourant, qui ont justifié l'entrée en matière de l'intimé sur sa nouvelle demande, ne permettent pas de retenir une péjoration de son état depuis le 15 février 2010 susceptible d'entraîner une incapacité de travail plus importante. L'office intimé a pour le surplus entrepris les démarches qu'il lui incombait compte tenu des troubles annoncés, et a valablement instruit le dossier du recourant. Le grief du recourant selon lequel ses affections auraient dû faire l'objet d'une appréciation d'ensemble doit être rejeté,

dans la mesure où ses troubles au plans psychiatrique et somatique ont été investigués et ont donné lieu à la décision du 15 février 2010 entrée en force, et que les nouvelles affections présentées ne permettent pas d'attester une péjoration de son état. Certes, il en va à cet égard différemment sur le plan ophtalmologique puisque l'amblyopie profonde de l'œil droit justifie, selon le Dr T. _____ (avis médical du 25 mars 2011), d'ajouter aux limitations fonctionnelles une activité compatible avec cette pathologie, soit une activité mono oculaire. Cela étant, le Dr N. _____ apprécie le pronostic comme bon en précisant que l'acuité visuelle de l'œil gauche est de 0.9. Il précise au point 1.11 de son rapport médical du 8 juillet 2010 que les performances de l'œil gauche sont excellentes, alors que l'amblyopie de l'œil droit est connue depuis l'enfance. On ne voit dès lors pas en quoi cette nouvelle limitation fonctionnelle serait incompatible avec une activité industrielle légère telle que celle décrite dans la décision dont est recours. On relèvera enfin que le recourant paraît souhaiter le réexamen de toute son affaire alors qu'il s'agit ici d'examiner uniquement si la péjoration alléguée se répercute sur la capacité de travail.

Le recourant n'ayant pas établi une éventuelle aggravation de son état de santé, c'est à juste titre que l'office intimé, dans la décision dont est recours, a maintenu une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182).

b) En l'espèce, le recourant ne travaille plus depuis le 13 janvier 2004. Son revenu d'invalidité peut par conséquent être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des salaires de référence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) soit, en l'occurrence, celui de ces salaires auquel peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'588 fr. par mois en 2004 (ESS 2004, tableau TA1, p. 53, niveau de qualification 4). Ce salaire de référence, converti en un horaire de 41,6

heures - les salaires bruts standardisés tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 - on retiendra, à l'instar de l'intimé dans la décision entreprise, un revenu annuel d'invalidé de 57'258 fr. 24 pour 2005 (année de la naissance éventuelle du droit à la rente; ATF 129 V 222), soit après indexation (+ 1% en 2005), un revenu d'invalidé de 57'830 fr. 82, avant la prise en compte d'éventuelles déductions.

c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 consid. 6; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5.1; TF I 797/2006 du 21 août 2007 consid. 6; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4).

En l'occurrence, le taux d'abattement de 10% retenu par l'office intimé n'apparaît pas critiquable. En effet, il tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (50 ans au moment de la nouvelle demande en juin 2010), la nature de ses limitations fonctionnelles et son absence prolongée du marché du travail peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Le taux de déduction tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles laissant subsister une capacité résiduelle de 100% dans un grand nombre d'activités. Pour le reste, on ne voit pas, à la lumière de l'argumentation du recourant, que l'une ou l'autre circonstance pertinente aurait été ignorée ou, à tout le moins, procéderait d'un mauvais usage du pouvoir d'appréciation de l'office intimé. Le manque de

formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles. Enfin, l'abattement du revenu d'invalidé, tel que défini par la jurisprudence résumée ci-avant, sert à prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Or, on ne saurait suivre le recourant qui réclame un abattement de 25 %. Une telle déduction constitue le maximum autorisé par la jurisprudence et serait manifestement excessive dans le cas d'espèce, notamment eu égard à l'âge de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu d'augmenter le taux d'abattement retenu par l'intimé, qui doit dès lors être confirmé. Le revenu annuel d'invalidé s'établit ainsi à 52'047 fr. 75.

Ainsi, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 59'618 fr. (salaire annuel 2005) et d'un revenu d'invalidé réalisable depuis 2005 de 52'047 fr. 75 (avec déduction d'un abattement de 10%), il en découle une perte de gain de 7'570 fr. 25, d'où un degré d'invalidité arrondi de 13% ($59'618 \text{ fr.} - 52'047 \text{ fr. 75} / 59'618 \text{ fr.} \times 100$). Ce taux d'invalidité n'atteint pas le seuil minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 4a supra). C'est donc à juste titre que l'OAI a refusé le droit du recourant à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles, le taux d'invalidité n'atteignant pas 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b). Au surplus, vérifié d'office, le calcul opéré par l'OAI - non contesté par le recourant - doit être confirmé. Au demeurant, même un abattement de 25% ne permettrait pas d'ouvrir le droit au quart de rente, le taux d'invalidité s'élevant alors à 27%.

d) On précisera encore que le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Dans ces conditions, compte tenu des conclusions retenues sur le plan médical, le point de savoir si le recourant peut effectivement exercer des activités industrielles légères (employé dans le conditionnement, activités de montage, ouvrier à l'établi par

exemple) mentionnées par l'office intimé importe peu, dès lors qu'il existe sur le marché du travail suffisamment d'activités dans lesquelles il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail. Le salaire statistique qui a été pris en considération, après déduction de 10 %, est donc représentatif de ce que pourrait gagner le recourant en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée (TF 9C_11/2011 du 31 mars 2011).

7. Quant à la requête du recourant tendant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, elle doit être rejetée. L'assureur et le juge peuvent en effet renoncer à effectuer des actes d'instruction sans que cela n'engendre une violation du droit d'être entendu si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), ils sont convaincus que des faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428; cf. aussi ATF 134 I 140 consid. 5.3). Le fait que le Dr D. _____ estime qu'une telle expertise est souhaitable n'apparaît pas décisif pour la solution du litige, les faits étant suffisamment clairs. Les pièces médicales au dossier apparaissent en effet suffisantes, si bien qu'on ne voit pas en quoi une mesure d'instruction supplémentaire pourrait amener la Cour de céans à modifier son appréciation.

8. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

9. a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être

fixée; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Dans la liste de ses opérations, Me Piguet annonce avoir consacré 12 heures 55 à la présente procédure entre le 19 mai 2011 et le 10 janvier 2012. Or, l'assistance judiciaire a été accordée avec effet au 21 novembre 2011, date du recours formé devant la Cour de céans et objet de la présente procédure. Il s'ensuit que les opérations effectuées antérieurement ne peuvent être indemnisées au titre de l'assistance judiciaire, dans la mesure où elles ont été accomplies devant l'autorité administrative (cf. art. 18 al. 3 LPA-VD). S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, il convient d'arrêter à 8 heures le temps total consacré par Me Piguet à la présente procédure au tarif horaire usuel de 180 fr., et d'y ajouter les débours, par 25 fr., et la TVA, ce qui représente un montant total de 1'582 fr. 20. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPG; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Cyrille Piguet, conseil du recourant, est arrêtée à 1'582 fr. 20 (mille cinq cent huitante-deux francs et vingt centimes), TVA comprise.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Cyrille Piguet, avocat (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :