

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 al. 3 RAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, de nationalité portugaise, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 juin 1999, au motif qu'il présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de janvier 1999 en raison d'une dépression et de maux au dos et au genou.

Une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 25 novembre 2000, il a posé, sur l'axe I, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive d'intensité légère, d'amplification volontaire et simulation et de non observance du traitement et, sur l'axe II, celui de personnalité passive agressive à traits dépendants. Il a estimé que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré a pu être réduite de 20 % au maximum.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rendu le 11 mai 2001 une décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, dans la mesure où celui-ci ne présentait pas d'atteinte invalidante à sa santé.

Par jugement du 24 juillet 2003 (AI 227/01 - 364/2003), le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision.

b) L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 14 mai 2004 auprès de l'OAI.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré s'est déroulé le 25 janvier 2006 au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Les Drs L. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 31 mars 2006. Ils ont retenu

les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dorso-lombalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale D6-D7 et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante. Ils ont en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans une situation conjugale difficile (F43.21). Ils ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle de machiniste ou d'homme à tout faire, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2002, avec les limitations fonctionnelles suivantes :

« Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Genoux : pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers.

Du point de vue psychiatrique : aucune ».

Par décision du 27 juin 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré et indiqué que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas susceptibles d'améliorer sa capacité de gain.

Par décision sur opposition du 26 juin 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 27 juin 2006. Il a relevé que l'état de santé de l'assuré avait fait l'objet d'investigations approfondies, que le trouble d'ordre psychiatrique mis en évidence n'avait aucune répercussion durable sur sa capacité de travail, que le rapport du SMR revêtait valeur probante et que les pièces médicales figurant au dossier lui permettaient de se prononcer valablement sur son droit à des prestations de l'AI, une expertise psychiatrique ne se révélant en conséquence pas nécessaire. Enfin, le degré d'invalidité étant inférieur à 20 %, respectivement à 40 %, c'était à juste titre que le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente d'invalidité avait été nié.

Le recours interjeté le 8 juillet 2008 par l'assuré a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 18 novembre 2010 (AI 358/08 - 461/2010).

c) Parallèlement, l'assuré a sollicité le 21 novembre 2006 un appareillage acoustique, qui a été pris en charge par l'OAI, par communication du 26 février 2007.

d) Q._____ a travaillé à 50 % comme aide-monteur de cuisine du 1^{er} mars 2011 jusqu'au 12 mars 2014, emploi qu'il a arrêté en raison de ses problèmes de santé.

Le 18 novembre 2014, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès l'OAI.

Dans un rapport médical - manuscrit et partiellement lisible - du 21 novembre 2014, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire ou permettant l'alternance des positions, sans port de charges de plus de 15 kg et sans travail à genoux ou accroupi.

Sur la base d'une IRM du genou droit réalisée le 14 juillet 2014, le Dr X._____ a posé les diagnostics de déchirure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit et de chondropathie de stade II de la rotule et du condyle fémoral interne. Il a procédé à une ménisectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne par arthroscopie le 30 juillet 2014. Une nouvelle IRM du genou droit effectuée le 26 septembre 2014 a montré la persistance d'une déchirure horizontale oblique de la corne postérieure du ménisque interne et d'une chondropathie de grade IV fémoro-patellaire, déjà connues, et révélé une chondropathie de grade IV nouvelle sur la portion postérieure et médiale du plateau tibial interne.

Dans un rapport médical du 7 août 2014, la Dresse J._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a indiqué que les dorso-lombalgies de l'assuré étaient liées à des lésions dégénératives débutantes et surtout à des dysbalances musculaires avec une sangle abdominale incompétente, ainsi que des hypoextensibilités et contractures des chaînes postérieures.

Dans un rapport du 27 novembre 2014, la Dresse B._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a expliqué avoir excisé un mélanome in situ dans le dos de l'assuré, ce qui n'avait impliqué aucune incapacité de travail et n'était pas en lien avec sa demande AI.

Dans son rapport médical du 29 décembre 2014, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombalgies chroniques et des gonalgies bilatérales, et sans effet sur la capacité de travail, un éventuel syndrome douloureux chronique, un antécédent d'état dépressif, ainsi qu'un mélanome médio-dorsal extirpé in toto. Il a relevé que les plaintes du patient étaient relativement similaires à celles exprimées lors des précédentes demandes AI. Il a estimé qu'une activité adaptée devait pouvoir lui être proposée, sans montée ni descente d'escaliers, d'échelles, sans port d'objets lourds, ni activités en flexion du tronc. Il a transmis plusieurs documents médicaux, dont un rapport d'une IRM de la colonne totale et des sacro-iliaques réalisée le 11 décembre 2014, qui concluait à une absence de lésion appréciable des sacro-iliaques, à un angiome osseux L1 droit et à une discopathie C6-C7 avec possible petit foyer de myélopathie à ce niveau.

Dans un rapport du 16 janvier 2015, le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

« Etat dépressif chronique (suivi à la policlinique psychiatrique de [...]).
Cervicalgies sur atteinte dégénérative C6-C7 et discrète myélopathie.

Dorsalgies médianes sur troubles dégénératifs et spondylose de Forestier.
Discopathies L1-L2 et angiome de l'hémi-vertèbre L1 D [réd. : droite].
Pas d'atteinte inflammatoire des sacro-iliaques (IRM 11.12.2014).
Gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs et méniscaux (Dr X._____, orthopédiste à [...]).
Troubles de la statique rachidienne et déconditionnement musculaire important, excès pondéral. »

Il a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité en raison du déconditionnement physique et psychique de l'assuré, et estimé qu'une réinsertion professionnelle paraissait vouée à l'échec.

Le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, psychologue, du Département de psychiatrie du D._____
(ci-après : D._____), ont établi un rapport médical le 30 mars 2015, dans lequel ils ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble somatoforme douloureux (chronique) et d'état de stress post-traumatique. Ils estimaient que l'assuré était en totale incapacité de travail, dans toute activité, qu'il présentait des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress, des douleurs chroniques et que ses capacités de concentration, de compréhension et mnésiques étaient limitées.

Dans un avis médical du 29 juillet 2015, le SMR, par l'intermédiaire du Dr F._____, a reconnu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle en raison de son atteinte aux genoux. Il a sollicité un complément d'informations auprès du psychiatre traitant.

Le psychologue K._____ et le Dr P._____, du Département de psychiatrie du D._____, ont répondu en date du 2 octobre 2015 que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré étaient un trouble somatoforme chronique, un trouble dépressif chronique ainsi qu'un stress post-traumatique, qui impliquaient des difficultés à rester assis/debout, un ralentissement, une humeur dépressive, des problèmes interpersonnels, un épuisement général dû aux symptômes et des pensées récurrentes. Ils ont réaffirmé qu'il était en

totale incapacité de travailler. L'assuré bénéficiait d'un suivi infirmier mensuel et l'introduction d'un traitement anti-dépresseur était en cours. Ils ont joint à leur envoi le « résumé d'investigation » rédigé le 31 mars 2015 par le Dr S._____ et le psychologue K._____ qui, en plus des diagnostics précités, avaient retenu des traits de personnalité borderline et passif-agressif. Ils ont noté en particulier ce qui suit :

« Les symptômes somatiques sont au premier plan chez M. Q._____. Les problèmes de douleurs de dos, par exemple, sont actuellement traités par des spécialistes. L'indication à une intervention psychiatrique se pose donc directement chez un patient qui a de la peine à comprendre le sens des séances offertes et qui tend à les utiliser pour se plaindre de sa situation actuelle, sans s'engager à tenter de changer certains paramètres.

Au niveau de la personnalité, des traits borderline et passifs-agressifs sont au premier plan, sans présenter un trouble complet. Ces traits se manifestent avant tout dans un discours centré sur la plainte, des projections répétées sur le corps médical et la prise de position d'être une victime qui serait laissée seule dans sa vie, attribuant les causes du malheur systématiquement à l'extérieur.

Au niveau de la thymie, on relève un trouble dépressif récurrent, pour lequel un traitement antidépresseur est en place, sans que le patient puisse en préciser la nature. Il convient de le réévaluer dans le but de l'optimiser - éventuellement augmenter le dosage -, ce qui n'a pas encore pu être fait. Le traitement est prescrit par le Dr T._____.

Il faut aussi noter que les symptômes du stress post-traumatique sont encore très présents, comme les flashbacks, mais le patient, même sur demande, ne manifeste pas d'intérêt de travailler sur ces symptômes. C'est comme s'il s'est « arrangé » avec le fait d'avoir été abusé durant son enfance et ceci le renforcerait dans sa position interpersonnelle d'être une victime. »

Dans un avis du 18 novembre 2015, le SMR a estimé nécessaire de procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Une IRM de la colonne cervicale de l'assuré et une échographie de son épaule gauche ont été effectuées le 26 mai 2016.

Les Drs U._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à un examen clinique de l'assuré le 19 mai 2016. Dans leur rapport établi le 28 juin 2016, ils ont retenu les diagnostics suivants :

« **Avec répercussion durable sur la capacité de travail**

Diagnostics principaux

- GONALGIES BILATÉRALES DANS LE CONTEXTE D'UNE GONARTHROSE FÉMORO-TIBIALE INTERNE, CONFLIT FÉMORO-ROTULIEN D [réd. : droit], STATUS APRÈS DEUX MÉNISCECTOMIES PARTIELLES AU GENOU G [réd. : gauche] EN 1997 ET 1999 ET D'UNE MÉNISCECTOMIE PARTIELLE INTERNE D EN JUILLET 2014 (M17.0).

Diagnostics associés

- CERVICALGIES SANS RADICULOPATHIE SUR DISCARTHROSE C5-C6-C7, ARTHROSES FACETTAIRES ET UNCARTHROSE (M47.8).
- LOMBALGIES SANS RADICULOPATHIE DANS LE CONTEXTE D'UN DISCRET TROUBLE STATIQUE (SCOLIOSE SINISTRO-CONVEXE) ET TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS (OSTÉOPHYTOSE PLURIÉTAGÉE, DISCRET PINCEMENT INTERVERTÉBRAL L4-L5 ET L5-S1). (M54.5).

Sans répercussion sur la capacité de travail

- FIBROMYALGIE (M79.0).
- MAJORATION DE SYMPTÔMES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (F68.0).
- DIFFICULTÉS LIÉES À DE POSSIBLES SÉVICES SEXUELS INFLIGÉS À UN ENFANT PAR UNE PERSONNE ÉTRANGÈRE À SON ENTOURAGE IMMÉDIAT (Z61.5).
- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT EN RÉMISSION COMPLÈTE (F33.4).
- DYSTHYMIE D'INTENSITÉ LÉGÈRE (F34.1).
- HYPERURICÉMIE AVEC CRISES DE GOUTTE À LA CHEVILLE D LE 02.03.2015 (M10.9).
- OBÉSITÉ CLASSE OMS I (BMI 30 KG/M²) (E66.9). »

L'appréciation des Drs U._____ et E._____ contenait notamment les éléments suivants :

« [...] L'examen neurologique peut être considéré normal. Il n'y a en effet aucune fonte musculaire ou faiblesse à tous les niveaux. Tous les réflexes sont présents. Il n'y a aucun élément en faveur d'une neuropathie compressive aux MS [réd. : membres supérieurs] qui pourrait expliquer les fourmillements aux MS. Il n'y a aucun signe irritatif radiculaire, que ce soit au niveau cervicobrachial, lombocrural ou lombosacré. Le trouble sensitif subjectif touchant l'hémicorps G (hyposensibilité et hyperalgésie) ne saurait s'expliquer par les modifications du signal IRM de la moelle épinière au niveau cervical, tout comme d'ailleurs les fourmillements d'autant plus que ce trouble subjectif ne s'accompagne pas d'un autre déficit neurologique tel que des réflexes ou de la force.

La mobilité cervicale est physiologique et déclenche un tiraillement lombaire dans toutes les directions. Si on peut comprendre ce genre de tiraillement, notamment en flexion, il est difficile de le comprendre dans les autres mouvements. A l'examen du rachis dorsolombaire, l'assuré est crispé. Les amplitudes sont tout de même bonnes en latéroflexion et rotation axiale et même lors de la flexion antérieure du tronc qui est meilleure lorsqu'il est examiné

indirectement (DDO). D'ailleurs lors de ce mouvement, le mouvement lombaire est harmonieux. Il n'y a aucun syndrome lombovertébral.

L'assuré se plaint de douleurs à l'épaule G. L'examen ne montre aucune limitation dans les amplitudes articulaires volontaires. La coiffe des rotateurs est intacte ddc [réd. : des deux côtés]. Les douleurs sont aspécifiques, ne pouvant être reliées à un tendon particulier. Compte tenu du comportement douloureux de l'assuré et la normalité de notre examen, nous n'avons pas jugé utile de l'exposer à des rayons X ou à toute autre imagerie, seulement sur les bases de ses déclarations, d'autant plus que les plaintes sont nouvelles et qu'il n'a actuellement aucune activité lucrative contraignante qui aurait pu être à l'origine du déclenchement des douleurs. L'examen des coudes, des poignets et des mains est sp [réd. : sans particularité], dans les normes, sans aucun élément inflammatoire objectivé.

Les MI [réd. : membres inférieurs] ont une longueur symétrique. L'assuré résiste aux mouvements passifs en flexion des hanches, alléguant des douleurs lombaires. Les mouvements sont symétriques. L'examen des genoux montre une mobilité symétrique. Il n'y a aucun épanchement ou instabilité ligamentaire. A D, douleurs à la palpation de l'interligne externe. Rappelons que les lésions méniscales sont plutôt internes, selon le rapport d'arthroscopie et les rapports d'IRM. L'examen des chevilles est normal. Aux MI, il n'y a pas non plus le moindre élément inflammatoire articulaire ou musculo-tendineux.

Compte tenu de la chronicité des plaintes, nous avons recherché les signes comportementaux décrits chez les lombalgiques. Nous en avons trouvés 4 décrits par Waddell et 1 décrit par Kummel, auxquels s'ajoute la discrédance entre la DDS [réd. : distance doigts-sol] et la DDO [réd. : distance doigts-orteils]. Dans le contexte des douleurs chroniques, nous avons recherché les signes en faveur d'une fibromyalgie. Ils sont retrouvés selon les critères diagnostics de 2010. Le diagnostic est donc retenu.

L'hyperuricémie en tant que telle n'est pas un diagnostic incapacitant. Si l'assuré n'observe pas les mesures alimentaires recommandées et ne prend pas le traitement de manière régulière, une crise de goutte est possible, comme celle constatée par le Dr N. _____ en mars 2015. Tout au plus, une crise de goutte, à un stade débutant, nécessite un arrêt de travail pendant quelques jours. Les crises de goutte répétées peuvent devenir invalidantes si des modifications articulaires apparaissent. L'assuré décrit des épisodes d'hématurie. Rappelons que le Dr L. _____ avait relevé un épisode de calcul rénal. Il n'est pas exclu que l'assuré soit porteur de calculs d'urate, invisible aux clichés radiologiques, petits calculs qui peuvent irriter les voies urinaires et provoquer l'hématurie. Ce point mérite une investigation complémentaire qui inclut le dosage des urates, en vue de l'adaptation du traitement si la valeur reste élevée.

En résumé, sur le plan objectif, notre examen est quasi comparable avec celui de 2006 effectué au SMR. La discarthrose cervicale fait partie de l'évolution naturelle de tout un chacun. L'examen IRM de

2014 ne montre pas vraiment les stigmates d'une maladie de Forestier tout comme les clichés de la colonne cervicale et lombaire à disposition.

D'après ses déclarations, l'assuré ne semble pas limité dans les activités de la vie quotidienne, si ce n'est la marche qui ne dépasse 100 à 200 m. Cela est difficile à expliquer compte tenu de notre examen et notre observation. A aucun moment, l'assuré ne nous a donné l'impression de souffrir d'une quelconque région de son corps, souffrance qui peut être mise en lien avec les constats objectifs cliniques ou radiologiques. Dans ce même contexte, il est difficile de comprendre que l'assuré s'estime inapte à toute activité. D'ailleurs, il s'attend à une reconnaissance de son « invalidité », tout en soulignant qu'il ne faut pas se fier aux apparences, c'est-à-dire sa corpulence et l'embonpoint qui cache une souffrance interne immense.

[...]

Dans son RM [réd. : rapport médical] du 16.01.2015, le Dr N. _____ déclare l'assuré inapte à toute activité dès 1999. Nous ne pouvons accepter cette déclaration pour la simple raison que l'assuré a travaillé après 1999 et jusqu'en mars 2014, d'ailleurs dans une activité contraignante qui n'est plus exigible. Dans ce même rapport, il mentionne comme diagnostic incapacitant la discrète myélopathie. Une image seule ne saurait justifier une IT [réd. : incapacité de travail] sans qu'elle ne s'accompagne de signes cliniques clairs, ce qui n'est pas le cas de cet assuré. La spondylose de Forestier n'est pas non plus incapacitante, d'autant plus qu'elle n'est pas évolutive puisque la seule chose que nous avons constatée est la discopathie cervicale et une ostéophytose minime au niveau lombaire. Le déconditionnement musculaire important et l'excès pondéral ne sont pas incapacitants en tant que tels. Ils peuvent jouer un rôle dans la capacité d'un assuré, mais il s'agit de deux phénomènes susceptibles d'être traités si l'assuré suit les conseils de ses médecins.

En résumé, la dernière activité d'aide-monteur en cuisine n'est plus exigible. Nous rejoignons en cela l'avis du Dr X. _____, dans son rapport reçu le 27.11.2014. Notre examen est en somme toute comparable à celui de 2006 réalisé au SMR, nous n'avons pas trouvé objectivement de signes en faveur d'une aggravation. Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, qui empêchent actuellement une reprise de toute activité selon les déclarations de l'assuré. Notre appréciation globale s'aligne sur celle du Dr L. _____ et celle du Dr X. _____. Si l'activité habituelle n'est plus adaptée, dans une activité adaptée respectant les LF [réd. : limitations fonctionnelles], la CT [réd. : capacité de travail] est entière depuis mars 2002, date retenue par le Dr L. _____, ou au plus tard dès la fin de la convalescence pour l'arthroscopie du genou D de juillet 2014, c'est-à-dire dès le 01.10.2014 selon le RM du Dr X. _____, reçu le 27.11.2014.

[...]

Sur le plan psychiatrique, aucune aggravation n'a été objectivée.

Notre examen clinique psychiatrique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial.

Le trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, objectivé par le Dr S. _____, médecin-associé, et M. K. _____, psychologue associé, est en rémission complète et n'a plus d'incidence sur la CT.

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de symptômes typiques comprenant la reviviscence répétée d'un évènement traumatique comme des flashbacks, des cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller un traumatisme. Par conséquent, le diagnostic anamnestique d'état de stress post-traumatique est en rémission complète.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie d'intensité légère qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent, léger ou moyen. La dysthymie n'empêche pas l'assuré de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Cependant, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, caractérisés par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente pas de diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé, il ne présente pas de trouble de la personnalité morbide ni de fragilité psychologique. La vie sociale est décrite comme diminuée mais l'assuré [...] voit de temps en temps ses amis et connaissances, avec lesquels il discute, regarde un match de football mais, selon ses dires, il doit rentrer à la maison en raison de ses douleurs chroniques.

Il assume les tâches de la vie quotidienne, les ressources d'adaptation au changement sont préservées. Il dispose également des ressources disponibles ou mobilisables (le soutien de son amie et sa famille).

La présence de traits dépendants et passifs de personnalité ne réunit pas les critères cliniques pour un diagnostic de trouble de la personnalité morbide.

Nous avons retenu également le diagnostic de difficultés liées à des possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat, pathologie sans incidence sur la CT.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et son état peut être considéré comme stabilisé.

La CT exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les LF [réd. : limitations fonctionnelles] somatiques. »

Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues :

« Sur le plan rhumatologique, elles concernent :

- Rachis cervical : éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, éviter les activités nécessitant des mouvements répétés de rotation ou flexion-extension.
- Rachis dorsolombaire : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
- Genoux : pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir également les escabeaux, échelles ou escaliers, pas de marche sur terrain irrégulier ou glissant, pas d'activité accroupi ou à genoux.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de LF à caractère incapacitant. »

Au final, le Dr U. _____ et la Dresse E. _____ ont conclu que l'assuré était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-monteur de cuisine, mais bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2002.

Dans un avis médical du 6 juillet 2016, le SMR a repris les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Par projet de décision du 20 septembre 2016 puis décision du 1^{er} novembre 2016, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 10 %. Dans la mesure où l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrier dans le conditionnement ou ouvrier à l'établi, l'OAI a calculé, sur la base des données salariales

statistiques, que son revenu avec invalidité se montait à 59'807 fr. 81, compte tenu d'un abattement de 10 % au vu de ses limitations fonctionnelles. L'OAI s'est également référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré, soit 66'453 fr. 12, étant donné que celui-ci n'avait plus travaillé à plein temps depuis 1998.

B. Par acte de son mandataire du 2 décembre 2016, Q. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2015, subsidiairement d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2015, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite et requis, à titre de moyens de preuve, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et orthopédique), du fait que son état de santé physique et psychique s'était aggravé, ainsi que la tenue d'une audience de débats publics, précisant qu'il se réservait le droit de compléter son recours par la suite. Il s'est référé à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la fibromyalgie et a pour l'essentiel fait valoir que les troubles dont il souffrait ne lui permettaient pas de retravailler ni de se réinsérer sur le marché. Au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il ne voyait pas quelles activités il pourrait entreprendre.

Par décision incidente du 27 décembre 2016, la Juge en charge de l'instruction a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 décembre 2016, sous la forme d'une exonération de frais et d'avance de frais ainsi que l'assistance d'un avocat d'office.

Dans sa réponse du 2 février 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours au motif que ce dernier n'apportait aucun élément qui aurait été ignoré lors de l'examen clinique de l'été 2016, lequel avait pleine valeur probante, de sorte que de nouvelles mesures d'instruction ne se

justifiaient pas. Il a par ailleurs relevé l'incohérence du recourant, lequel a conclu à l'octroi d'une rente partielle tout en arguant d'une incapacité totale de travailler.

Dans sa réplique du 16 novembre 2017, le recourant a invoqué que le diagnostic de fibromyalgie avait été unanimement retenu, que les médecins du SMR avaient exclu la présence d'une comorbidité psychiatrique sans tenir compte du fait qu'il était suivi pour dépression et qu'ils ne se prononçaient pas sur la vraisemblance de l'état douloureux ni sur l'existence de ressources psychiques permettant de surmonter cet état. Le recourant a fait valoir que son état de santé s'était aggravé, qu'il était sous traitement antidépresseur, que le pronostic était jugé défavorable et que d'importants troubles dégénératifs avaient été mis en évidence par les IRM réalisées. Réitérant les réquisitions déjà faites dans son mémoire de recours, il a sollicité la production de l'intégralité de son dossier médical auprès du Département de psychiatrie du D._____. Il a modifié ses conclusions dans le sens qu'il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 18 novembre 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a produit un rapport établi le 20 février 2017 par le Dr T._____ qui indiquait que l'assuré présentait un diabète de type II actuellement non insulino-dépendant, une arthropathie goutteuse avec arthrite récidivante de la cheville droite, une polyarthrose (rachis cervical dorso-lombaire et genou des deux côtés), une surcharge pondérale et d'importantes altérations dégénératives de l'épaule gauche avec, des suites d'un conflit sous-acromial, la présence d'une bursite sous-acromio-deltaïdienne. Il a précisé que l'état de santé de son patient se détériorait et que l'évolution de sa santé sur les cinq dernières années pouvait être considérée comme défavorable. Le pronostic était réservé sur le plan cardiovasculaire (surpoids, diabète, ...) et n'était pas favorable sur le plan rhumatologique en raison de la chronicité des plaintes et des douleurs ressenties. La capacité de travail de l'assuré dans son dernier emploi semblait nulle et une capacité plus importante pourrait sans doute être

obtenue dans des activités adaptées de type télésurveillance dans des parkings, dans des emplois n'exigeant pas le port de lourdes charges.

Le recourant a également versé en cause les pièces suivantes :

- Le rapport d'une IRM du rachis complet réalisée le 28 février 2017.
- Un certificat médical du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, du 11 avril 2017.
- Le rapport d'une IRM du genou droit du 9 mai 2017.
- Le rapport d'une IRM du genou gauche du 10 mai 2017.

Dans sa duplique du 12 décembre 2017, l'OAI a transmis une analyse de la situation effectuée le 11 décembre 2017 par le SMR. Celui-ci estimait que les pièces produites ne faisaient pas état d'éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés par les examinateurs lors de leur examen clinique du 19 mai 2016 et qui seraient suffisamment pertinents pour modifier leur appréciation ou qui seraient survenus entre l'examen clinique précité et la décision litigieuse. Il mentionnait également que les examinateurs avaient évalué la répercussion du diagnostic spécifique de fibromyalgie à la lumière des nouveaux critères de jurisprudence et que, contrairement à ce qu'affirmait le recourant dans sa réplique, le nombre de diagnostics et de médicaments ne reflétait nullement la capacité de travail.

Par avis du 6 avril 2018, la Juge en charge de l'instruction a, d'une part, rejeté la requête du recourant tendant à la production de l'intégralité de son dossier médical psychiatrique au regard de son obligation de collaborer à l'instruction, et d'autre part, annoncé qu'il serait passé au jugement sauf confirmation de la requête d'audience publique dans un délai fixé au 4 mai 2018.

Par courrier du 24 avril 2018 faisant référence à l'avis du 6 avril, le recourant a produit un rapport médical établi le 9 avril 2018 par les Drs Z._____ et M._____, médecin assistant, qui ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans

symptôme psychotique (F33.3), de trouble somatoforme douloureux type fibromyalgie (F45.4), d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trait de personnalité émotionnellement labile type borderline (F61.0), de diabète type II et d'hyperuricémie avec crise d'arthrite itérative au niveau des chevilles. Ils ont confirmé l'arrêt de travail donné par le médecin traitant et précisé que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis sa prise en charge, le 8 septembre 2017.

Par avis du 12 juin 2018, la Juge instructeur a pris acte que la requête d'audience publique n'avait pas été confirmée dans le délai imparti et a sollicité le dépôt de la liste des opérations.

Me Duc a produit sa liste des opérations le 28 juin 2018.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations de l'AI à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 18 novembre 2014.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (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 % (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 % au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA, comme toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; ATF 125 V 351, consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), mais ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 et les références citées).

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la

rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. a) Il s'agit en l'occurrence d'examiner si les circonstances se sont modifiées de manière importante depuis la décision sur opposition de l'OAI du 26 juin 2008, confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 18 novembre 2010. L'OAI avait alors rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, selon le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 25 janvier 2006 des Drs L. _____ et R. _____ du SMR. La Cour de céans a attribué une pleine valeur probante à ce rapport, qui posait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de dorso-lombalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale D6-D7 et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante. Les Drs L. _____ et R. _____ avaient en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans une situation conjugale difficile (F43.21).

b) Dans sa nouvelle demande de prestations présentée le 18 novembre 2014, le recourant invoque une aggravation de son atteinte aux genoux et au dos ainsi que la découverte récente d'un mélanome. L'intimé

est entré en matière sur cette nouvelle demande et a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR. Il ressort du rapport établi à l'issue de cet examen que les Drs U._____ et E._____, respectivement spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, se sont prononcés en pleine connaissance du dossier du recourant, sur la base d'une anamnèse complète et d'un examen clinique. Ils ont pris en compte les plaintes de l'assuré et ont motivé leurs conclusions, de même que les diagnostics posés, de manière claire et détaillée. Il convient donc d'attribuer une pleine valeur probante à ce rapport d'examen.

c) Sur le plan somatique, le recourant souffrait déjà de gonalgies bilatérales lors de la précédente demande de prestations. Depuis lors, il a présenté une déchirure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit pour laquelle une méniscectomie partielle a été réalisée par le Dr X._____ le 30 juillet 2014. Tous les médecins s'accordent pour retenir un diagnostic de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs et méniscaux (cf. rapports du Dr X._____, rapport du Dr T._____ du 29 décembre 2014, rapport du Dr N._____ du 16 janvier 2015 et rapport d'examen clinique SMR du 28 juin 2016 du Dr U._____). Dans son appréciation, le Dr U._____ relève que son examen est somme toute comparable à celui réalisé en 2006 au SMR et qu'il n'a pas trouvé objectivement de signes en faveur d'une aggravation. Il rejoint néanmoins l'avis du Dr X._____, auquel le Dr F._____ du SMR s'était déjà rallié dans sa prise de position du 29 juillet 2015, à savoir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle est nulle en raison de son atteinte aux genoux alors qu'en 2006, les Drs L._____ et R._____ avaient conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle. A noter également que les dernières IRM produites, au stade du recours, ne font que confirmer les troubles dégénératifs connus, comme le relève le Dr F._____ dans son avis médical SMR du 11 décembre 2017.

Au niveau du dos, le recourant souffre de troubles dorso-lombaires, déjà présents lors de la présente demande de prestations et qui sont liés à un discret trouble statique, à des lésions dégénératives

débutantes et surtout à des dysbalances musculaires (rapports médicaux de la Dresse J. _____ du 7 août 2014, du Dr T. _____ du 29 décembre 2014, du Dr N. _____ du 16 janvier 2015, rapport d'examen clinique SMR du 28 juin 2016). Le recourant présente désormais également des cervicalgies sur troubles dégénératifs, sans radiculopathie (cf. rapport médical du Dr N. _____ du 16 janvier 2015, rapport d'examen clinique du SMR du 28 juin 2016). Le Dr U. _____ précise cependant que la discarthrose cervicale fait partie de l'évolution naturelle de tout un chacun. Il écarte en outre le diagnostic de spondylose de Forestier posé par le Dr N. _____, au motif que l'examen IRM de 2014 ne montre pas vraiment les stigmates d'une maladie de Forestier tout comme les clichés de la colonne cervicale et lombaire à disposition.

Quant au mélanome que le recourant fait valoir dans sa nouvelle demande de prestations, il a été excisé et il ne s'agit clairement pas d'une atteinte invalidante comme l'indique la Dresse B. _____ dans son rapport médical du 27 novembre 2014 (cf. également rapport du Dr T. _____ du 29 décembre 2014).

Lors de son examen clinique, le Dr U. _____ s'est également penché sur les crises aiguës d'arthropathie urique que le recourant a présentées, notamment à la cheville droite, lesquelles constituent une atteinte nouvelle à la santé. Il a souligné que l'hyperuricémie en tant que telle n'était pas un diagnostic incapacitant et qu'une nouvelle crise de goutte était susceptible d'être prévenue par un régime alimentaire adéquat. Il convient à cet égard de rappeler que le recourant a l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). Le Dr U. _____ a en outre relevé que si l'assuré n'observait pas les mesures alimentaires recommandées et ne prenait pas le traitement prescrit, une crise de goutte était certes possible, à un stade débutant, mais n'entraînerait un arrêt de travail que pendant quelques jours.

Le recourant s'est par ailleurs plaint auprès du Dr U. _____ de douleurs à l'épaule gauche, présentes depuis un à deux mois. L'examen clinique auquel le Dr U. _____ a procédé le 19 mai 2016 s'est révélé

normal, de sorte que ce médecin n'a pas jugé nécessaire d'exposer le recourant à une imagerie. Une échographie de l'épaule gauche a tout de même été réalisée le 26 mai 2016 à la demande du Dr T._____. Celle-ci a mis en évidence d'importantes altérations dégénératives acromio-claviculaire et une bursite sous-acromio-deltaïdienne, faisant penser à un conflit sous-acromial, diagnostics que le Dr T._____ a repris dans son rapport médical du 20 février 2017, produit dans le cadre du présent recours. Il faut constater qu'il s'agit d'une atteinte à la santé nouvelle, qui n'existait pas lors de la précédente demande de prestations AI. Dans son avis médical du 11 décembre 2017, le SMR a pris connaissance des documents produits et estimé que le recourant n'avait pas fait valoir d'élément médical nouveau que les examinateurs n'auraient pas connus ni appréciés. Cette échographie est en effet postérieure de quelques jours seulement à l'examen clinique SMR, de sorte qu'il convient, au vu des observations du Dr U._____, d'admettre que cette atteinte dégénérative n'entraîne pas de limitations conséquentes. Au demeurant, dans les limitations fonctionnelles retenues, l'abstention de mouvements des bras au-dessus de l'horizontale - à savoir une restriction notoire en matière d'omalgie - est déjà admise en relation avec l'atteinte cervicale. Par ailleurs, le Dr T._____ ne donne aucune indication objective quant aux répercussions de cette atteinte dans une activité professionnelle, dont il n'exclut pas la reprise (cf. ci-dessous).

Le Dr U._____ a en outre écarté le diagnostic incapacitant de discrète myélopathie retenu par le Dr N._____ dans son rapport médical du 16 janvier 2015, au motif qu'une image seule ne saurait justifier une incapacité de travail sans qu'elle s'accompagne de signes cliniques clairs, ce qui n'était pas le cas du recourant.

A l'occasion de l'examen clinique au SMR, le recourant s'est plaint de fourmillements dans les doigts, qui restent sans explication selon le Dr U._____, lequel précise cependant que les plaintes subjectives diffuses du recourant s'inscrivent dans le contexte d'une fibromyalgie (cf. ci-dessous) et la présence de multiples signes comportementaux.

Si le Dr T._____ mentionne encore, dans son rapport du 20 février 2017, la présence chez l'assuré d'un diabète de type II actuellement non insulino-dépendant et d'une surcharge pondérale, il n'explique pas en quoi ces diagnostics seraient invalidants. Dans son appréciation, le Dr U._____ relève que l'excès pondéral, de même d'ailleurs que le déconditionnement musculaire, sont susceptibles d'être traités si l'assuré suit les conseils de ses médecins.

Au final, le Dr U._____ reconnaît que l'activité d'aide-monteur en cuisine n'est plus exigible, mais conclut, sur le plan somatique, à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis mars 2002, comme le retenait le Dr L._____, ou au plus tard dès la fin de la convalescence pour l'arthroscopie du genou droit, c'est-à-dire dès octobre 2014. Il rejoint ainsi l'avis du Dr X._____ dans son rapport médical du 21 novembre 2014. De son côté, le Dr T._____ estimait également, dans son rapport médical du 29 décembre 2014, qu'une activité adaptée devait pouvoir être proposée au recourant, avant d'être un peu plus vague dans son rapport médical du 20 février 2017, dans lequel il indique, après avoir nié toute capacité de travail dans l'activité habituelle, qu'une capacité plus importante pourrait sans doute être obtenue dans des activités adaptées.

Les Drs N._____, Z._____ et M._____ estiment en revanche que le recourant présente une totale incapacité de travail. L'appréciation du Dr N._____ ne convainc cependant pas dans la mesure où celui-ci se base, d'une part, sur le déconditionnement physique du recourant, lequel n'est pas incapacitant en tant que tel comme le démontre le Dr U._____ (cf. rapport d'examen clinique p. 17) et, d'autre part, sur son déconditionnement psychique, conclusion qui ne saurait contrebalancer celle de la Dresse E._____ (cf. ci-dessous), étant donné que le Dr N._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, comme l'a d'ailleurs relevé le SMR dans ses avis des 29 juillet et 18 novembre 2015. Il en va de même des Drs Z._____ et M._____, qui se basent principalement sur des diagnostics psychiatriques pour conclure

à une totale incapacité de travail alors qu'ils sont respectivement spécialiste en médecine interne générale et médecin assistant. Leur rapport médical du 24 avril 2018 n'a de toute façon pas à être pris en compte dans le présent examen, puisqu'il porte sur une période postérieure à la décision litigieuse, le suivi médical de l'assuré auprès de ces médecins ayant débuté le 8 septembre 2017. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Il y a par conséquent lieu de retenir que sur le plan somatique, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces limitations, relatives au rachis cervical, au rachis dorsolombaire et aux genoux, sont listées dans le rapport d'examen du SMR et correspondent à celles retenues par les différents médecins dans leurs rapports médicaux respectifs.

d) Au niveau psychiatrique, la Dresse E._____ retient, à l'issue de l'examen clinique SMR, un trouble dépressif récurrent en rémission complète, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat ainsi qu'une dysthymie d'intensité légère. Le Dr T._____ mentionnait également, dans son rapport du 29 décembre 2014, un antécédent d'état dépressif sans effet sur la capacité de travail.

De son côté, le Dr N._____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique (rapport médical du 16 janvier 2015), tandis que les Drs S._____ et P._____ ainsi que le psychologue K._____, du Département de psychiatrie du D._____, ont conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et à un état de stress post-traumatique (rapports des 30 mars et 2 octobre 2015). Force est de constater que les Drs N._____, S._____ et P._____ ainsi que le psychologue K._____ estiment que le diagnostic d'état dépressif

chronique est toujours d'actualité sans toutefois motiver leur point de vue. Le seul élément qui ressort du « résumé d'investigation » du 31 mars 2015 est la présence d'un affect déprimé. Ils relèvent également une aboulie, une fatigabilité et un sentiment de culpabilité, semble-t-il sur la base des déclarations du recourant puisqu'ils ne font référence à aucun élément clinique objectif à cet égard. La Dresse E. _____ note également une humeur, par moments, légèrement triste, mais à l'examen clinique, elle n'objective pas d'adynamie, d'anhédonie, de fatigue, d'augmentation de la fatigabilité, de sentiment de dévalorisation, de culpabilité ou de persécution (cf. rapport p. 12). De même, elle explique pourquoi elle ne retient pas le diagnostic de stress post-traumatique, en lien avec des abus sexuels durant l'enfance : elle relève à cet égard l'absence de flashbacks, de cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme (cf. rapport p. 12 et 17). Elle considère par conséquent ce diagnostic anamnétique en rémission complète. A noter également que les médecins du Département de psychiatrie du D. _____ mentionnent que l'assuré ne manifeste pas d'intérêt à travailler sur ces symptômes, comme s'il s'était « arrangé » avec le fait d'avoir été abusé durant son enfance (cf. résumé d'investigation p. 3).

La Dresse E. _____ réfute en outre le diagnostic de traits de personnalité borderline et passif-agressif mentionné dans le résumé d'investigation du 31 mars 2015, qui n'a d'ailleurs pas été repris dans les rapports médicaux adressés à l'OAI par les médecins du Département de psychiatrie du D. _____. Elle note que l'assuré présente uniquement quelques discrets traits passifs et dépendants de personnalité.

S'agissant de la capacité de travail, la Dresse E. _____ conclut que sur le plan purement psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et que son état peut être considéré comme stabilisé. Ses conclusions, fondées sur un examen complet et détaillé, doivent prévaloir

sur celles des médecins traitants du Département de psychiatrie du D._____. Il apparaît d'ailleurs surprenant que ceux-ci affirment qu'aucune activité n'est possible, alors que le recourant n'est vu qu'à raison d'une séance par mois et ce, dans le cadre d'un suivi infirmier uniquement. A noter que le Tribunal fédéral a récemment étendu à l'ensemble des maladies psychiatriques l'application de la nouvelle procédure d'examen structurée d'administration des preuves (ATF 143 V 418 et 143 V 409 ; cf. consid. 4e/aa ci-dessous). Dans la mesure où une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques a pu être niée sur la base du rapport d'examen probant émanant de la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et que les appréciations médicales contradictoires ont été écartées, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner en détails les critères dégagés par cette jurisprudence ici (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et 143 V 409 consid. 4.5.3) et il peut être renvoyé à l'argumentation figurant ci-dessous en lien avec le diagnostic de fibromyalgie, respectivement de syndrome douloureux somatoforme persistant.

e) Sur le plan psychosomatique, le Dr T._____ a évoqué un éventuel syndrome douloureux chronique dans son rapport du 29 décembre 2014. Les Drs S._____ et P._____, ainsi que le psychologue K._____ ont conclu à un trouble somatoforme douloureux chronique dans leurs rapports des 30 mars et 2 octobre 2015. Quant aux Drs U._____ et E._____, ils retiennent le diagnostic de fibromyalgie et non celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette distinction importe toutefois peu en l'occurrence puisque selon la jurisprudence, il y a lieu d'examiner de la même manière le caractère invalidant de tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 281 consid. 6 et 10.2).

aa) Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du

caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent

est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

bb) En l'occurrence, le diagnostic de fibromyalgie a été posé dans les règles de l'art par les Drs U._____ et E._____, sur la base de critères diagnostics (cf. rapport d'examen SMR p. 12 et 16).

Dans son avis médical du 11 décembre 2017, le SMR mentionne, en réponse à la réplique du recourant, que les Drs U._____ et E._____ ont évalué ce diagnostic de fibromyalgie à la lumière des nouveaux critères de jurisprudence, notamment sur le plan des ressources et de la cohérence de l'atteinte avec les plaintes du recourant. Il ressort en effet de leur rapport d'examen (cf. p. 18) que sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente pas de diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé. Sa vie sociale est certes décrite comme diminuée, mais il voit de temps en temps ses amis et connaissances. Il assume lui-même les tâches de la vie quotidienne et ses ressources d'adaptation au changement sont préservées. Il dispose également de ressources disponibles ou mobilisables de par son amie et sa famille. Certes, de discrets traits dépendants et passifs de personnalité sont présents, mais les critères cliniques pour un diagnostic de trouble de la personnalité morbide ne sont pas réunis. En outre, d'après ses déclarations, le recourant ne semble pas limité dans les activités de la vie quotidienne, si ce n'est la marche qui ne dépasse pas 100 à 200 mètres. Or cette limitation constitue, d'une part, un symptôme subjectif puisque l'examen SMR mentionne une marche dans la norme, et est, d'autre part, rattachée aux atteintes somatiques et non à une crainte du monde extérieur. Le Dr U._____ relève par ailleurs qu'à aucun moment, l'assuré n'a donné l'impression de souffrir d'une quelconque région de son corps (cf. rapport p. 16). C'est sur la base de l'ensemble de ces éléments que les médecins du SMR ont conclu, de manière convaincante, à l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par le recourant.

f) Compte tenu de tout ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans

la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). La requête du recourant en ce sens doit par conséquent être rejetée.

g) Au final, il apparaît que le recourant présente de nouvelles atteintes à la santé depuis la décision sur opposition de l'OAI du 26 juin 2008, confirmée sur recours le 18 novembre 2010, sans que ces atteintes n'entraînent de modification notable, puisque celui-ci bénéficie toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Contrairement à ce que soutient le recourant dans son recours, il existe des possibilités de travail réalistes adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'OAI cite comme exemples des activités telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou des postes comme ouvrier dans le conditionnement ou ouvrier à l'établi, et le Dr T._____ évoque des activités de type télésurveillance dans des parkings (cf. rapport médical du 20 février 2017).

5. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). 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'invalide peut être évalué sur

la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

b) En l'occurrence, l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques de l'année 2014 - année de dépôt de la nouvelle demande de prestations - pour calculer les revenus avec et sans invalidité du recourant, étant donné que celui-ci n'a plus exercé d'activité à plein temps depuis 1998 et n'a pas repris d'activité lucrative après 2014. L'intimé a par ailleurs appliqué un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il n'y a pas de raison de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, que le recourant ne remet d'ailleurs pas en question. Dans la mesure où celle-ci aboutit à un taux d'invalidité de 10 %, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du juge instructeur du 27 décembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 décembre 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

Me Duc a produit sa liste des opérations le 28 juin 2018, faisant état de 24 heures et 20 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 792 fr. 70. Certaines des opérations mentionnées ne sont

toutefois pas en lien avec la présente procédure de recours et n'ont par conséquent pas à être prises en compte. Il s'agit, d'une part, des courriers adressés à l'OAI, notamment en relation avec la nouvelle demande AI déposée et, d'autre part, des courriers relatifs à une procédure de recours auprès de la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal. De même, les opérations concernant le centre d'expertise médicale et la Dresse C._____ n'ont à l'évidence pas de lien avec le présent litige, puisqu'aucun rapport médical émanant de ce centre ou de cette doctoresse n'a été produit. En outre, il faut relever que pour la période entre la réception de la réponse de l'intimé, du 2 février 2017, et le dépôt de la réplique, le 16 novembre 2017, Me Duc a comptabilisé au total 1h45 de conférence avec son client (45 minutes en date du 14 mars 2017 et 1 heure le 12 octobre 2017). Il n'est pas clair de savoir si ces conférences étaient en rapport avec la présente procédure de recours ou une des autres procédures précitées. Quoiqu'il en soit, il apparaît que Me Duc avait déjà eu l'occasion de s'entretenir avec le recourant durant 1h30 au début de la procédure de recours (à savoir 1 heure le 2 décembre 2016 et 30 minutes le 23 décembre 2016), de sorte qu'une nouvelle conférence de 45 minutes apparaît amplement suffisante en vue de déposer la réplique. Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 19 heures et 10 minutes le temps nécessaire à l'accomplissement du mandat confié. S'agissant des débours, Me Duc les chiffre à 685 fr., sans produire de liste, et prétend de surcroît au forfait de 100 fr. prévu par l'art. 3 al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3). En l'absence de liste de débours, il y a lieu de s'en tenir uniquement au forfait de 100 fr. prévu par l'art. 3 al. 1 RAJ, qui paraît en l'espèce d'autant plus justifié qu'on peine à comprendre, au vu du dossier, comment les débours auraient pu être de 685 francs. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), il y a lieu d'octroyer un montant total de 3'724 fr. 65 pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure (soit 3'000 fr. à un taux de TVA de 8 % et 450 fr. à un taux de TVA de 7,7 %), auquel s'ajoute 100 fr. de débours. En définitive, l'indemnité d'avocat d'office se monte à 3'832 fr. 65.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 1^{er} novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 3'832 fr. 65 (trois mille huit cent trente-deux francs et soixante-cinq centimes) débours et TVA compris.

- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (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 :