

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Zbinden et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

J._____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA; 87 RAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré), né en 1962, célibataire, de nationalité portugaise, au bénéfice d'un permis C, sans formation, a travaillé en qualité de manoeuvre pour l'entreprise P._____ SA du 30 mars 1987 au 31 juillet 1996. Il a déposé une demande de prestations AI le 20 février 1998, sollicitant une orientation professionnelle et le reclassement dans une nouvelle profession. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a traité cette demande et requis des renseignements médicaux, notamment de la part du Dr Q._____, médecin traitant de l'assuré. Celui-ci a posé, dans un rapport du 30 septembre 1998, les diagnostics de lombosciatalgies sur canal étroit lombaire et de hernie discale L4-L5 droite. Il a précisé que l'atteinte à la santé de J._____ existait depuis 1995 et a fixé l'incapacité de travail de ce dernier à 50% du 25 novembre 1996 au 30 juin 1997 et à 100% depuis le 1^{er} juillet 1997.

Le Dr Q._____ a joint à son rapport des certificats de la Clinique D._____ à Zurich du 19 janvier 1998 ainsi que du Centre N._____ du 9 septembre 1996 et du 18 juillet 1997, allant dans le même sens.

L'assuré a effectué un stage au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI), à Yverdon-les-Bains, du 28 juin 1999 au 23 juillet 1999. Le rapport COPAI du 17 août 1999, en reprenant les diagnostics du médecin traitant, précisait qu'après une période de réentraînement au travail, l'assuré devait être à même d'obtenir des rendements proches de la norme dans des activités de montage ou de manutention simple à caractère répétitif.

Du 25 octobre 1999 au 24 janvier 2000, J._____ a effectué un stage à la fondation G._____ au [...]. Dans un rapport intermédiaire du 11 février 2000, l'OAI a retenu que les bons résultats obtenus durant le stage laissaient entrevoir la possibilité de parvenir rapidement à des

rendements "normaux" dans des activités mécaniques. Vu ces résultats, l'OAI a rendu un projet de décision du 3 décembre 2001, qui retenait un degré d'invalidité de 18% excluant le droit à des prestations financières. L'OAI a ainsi conclu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20), soit le 19 août 1997, l'incapacité de travail et de gain de J._____ était de 100%, ouvrant le droit à une rente entière le 1^{er} août 1997. A partir du mois de juin 1999, l'incapacité de gain et de travail était de 18%, mettant fin au droit à la rente le 30 juin 1999. Le 5 août 2002, l'OAI a rendu une décision formelle dans ce sens.

L'assuré a recouru contre cette décision, faisant valoir une aggravation de son état depuis 1999. Le Tribunal des assurances a partiellement admis le recours par jugement du 5 décembre 2002 (arrêt TASS AI 328/02 - 110/2003). Il a considéré en substance que l'administration n'avait pas procédé à une instruction suffisante. La cause a ainsi été renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Ce jugement est entré en force.

B. L'OAI a repris l'instruction et confier la mise en oeuvre d'un examen rhumatologique au Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 3 novembre 2003, le Dr Z._____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de lombalgies avec pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques; discopathie L4-L5 et obésité. Il a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans son activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère, sédentaire, épargnant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et le port de charges excédant 5kg.

Le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en présence du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a effectué un examen psychiatrique de l'assuré. Le rapport du 4 mai 2004 ne fait état d'aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

Par décision du 26 novembre 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif qu'une capacité de travail entière était raisonnablement exigible de l'assuré, avec un degré d'invalidité de 8.77%, ne donnant pas droit à une rente.

L'assuré a fait opposition contre cette décision. L'opposition n'ayant pas été motivée, elle a donné lieu à une décision d'irrecevabilité du 25 août 2005 de la part de l'OAI. La décision de refus de rente est donc entrée en force.

C. Le 17 février 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. L'assuré a joint à sa demande des certificats médicaux successifs du Dr Q. _____ attestant de périodes d'incapacité totale de travail dès le 1^{er} juillet 1997, le certificat le plus récent, daté du 12 décembre 2008 attestant d'une incapacité de travail de 100% , pour une durée probable au 30 janvier 2009.

Le 24 février 2009, l'OAI a accusé réception de cette demande, qu'il a traitée comme une nouvelle demande ou demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) et des art. 87 ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, RS 831.201). Il a fixé à l'assuré un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé (diagnostic, description de l'aggravation de l'état de santé, indications sur le nouveau degré d'incapacité de travail, pronostic) ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Il a précisé que sans nouvelles de l'assuré dans ce délai, il refuserait d'entrer en matière parce que la modification du degré d'invalidité n'aurait pas été rendue plausible. J. _____ étant bénéficiaire du revenu d'insertion, le Centre K. _____ est intervenu auprès de l'OAI. Il a notamment indiqué que le Dr Q. _____ était absent pour cause de maladie jusqu'au mois de mai 2009, selon le secrétariat de son cabinet. L'assuré n'a donc pas produit de rapport médical de son médecin traitant, pas plus que des personnes consultées dans le cadre des

consultations psychothérapeutiques [...] proposées par l'association Y._____, une psychologue de l'association ayant indiqué à l'OAI qu'il leur était difficile d'établir un rapport médical, l'assuré ne faisant pas confiance à un autre médecin que le Dr Q._____.

L'OAI a cependant considéré qu'il y avait lieu d'instruire la demande. Il a demandé des renseignements médicaux, notamment à la Dresse I._____, consultée dans le cadre de l'association Y._____, qui a retenu, dans un rapport du 13 juillet 2009, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: retard mental léger; trouble de la personnalité anxieuse; phobies sociales; trouble dépressif récurrent; trouble somatoforme indifférencié retard mental moyen (probable). La Dresse I._____ a joint à son rapport deux évaluations du 14 octobre 2007, respectivement du 9 novembre 2007 du Département de psychiatrie du Centre B._____, effectuées par les Dresses X._____ et S._____, respectivement par la Dresse U._____. Le premier rapport attestait des diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, trouble de l'adaptation chronique avec à la fois anxiété et humeur dépressive; le second attestait d'un retard mental léger.

Constatant dans un avis médical du 31 août 2010 que le problème actuel de l'assuré était surtout d'ordre psychiatrique, l'assuré n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan somatique, le SMR a relevé la nécessité de mettre en œuvre un expertise psychiatrique selon l'art. 44 LPGA. Ainsi mandaté, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise du 12 février 2011. Il n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et ainsi une capacité de travail entière de ce point de vue. Le rapport précise ce qui suit:

"A ce niveau, il faut tout d'abord constater que l'assuré n'a jamais présenté une véritable décompensation psychique, ni lors de son enfance, sa jeunesse, l'âge de jeune adulte ou dans les périodes où il travaillait. Sa faible intelligence, sa personnalité fruste, notions retenues par plusieurs observateurs, ne l'ont jamais empêché d'avoir une vie simple à son niveau et accès à la société portugaise ou suisse. Il a aussi eu des relations sexuelles et sentimentales, mais pas de longue durée et il est probablement très mal à l'aise en tout ce qui concerne la communication intime. Il tient de plus à son indépendance et avec

ses traits caractériels, il est très probablement difficile pour lui d'admettre des compromis, conditions qui ne favorisent évidemment pas des relations épanouies et durables. Mais ceci sont les particularités de sa structure de base et n'ont rien à faire avec un état maladif.

L'assuré a été évalué sur le plan psychiatrique une première fois par un confrère expérimenté et, à part des traits constituant de sa personnalité mentionnés, aucun diagnostic n'a pu être retenu.

Une autre évaluation de la part de l'organisme "Y._____" témoigne de beaucoup d'empathie pour les conditions difficiles de son enfance, mais les constats dans le status psychiatrique proprement dit est faible et en soi déjà contradictoire avec les notions d'un état dépressif clinique.

"Y._____" décrit de plus une amélioration de la situation au moment où l'assuré a eu la possibilité de s'exprimer et de bénéficier d'un traitement.

L'évaluation du département psychiatrique du Centre B._____ n'est pas très différente. On parle là de trouble de l'adaptation chronique avec anxiété et humeur dépressive. A part le fait qu'il n'y a pas de trouble de l'adaptation chronique, il s'agit d'un registre mineur où on désigne des fluctuations anxiodépressives mais pas de maladie psychiatrique proprement dite.

Lors de notre examen de 2010, la situation psychiatrique était encore plus positive; dans cet examen, effectué avec un interprète professionnel, l'assuré s'est montré à l'aise, par moments presque jovial, sans trouble cognitif aucun, neutre-euthymique la plus grande partie, parfois légèrement affecté dans le sens dysphorique mais pas du tout anxieux. A part les traits caractériels, les tendances à la passivité, une conception de soi en tant que personne invalide et un côté très "primaire", nous n'avons pas retenu d'autre élément en faveur d'une éventuelle psychopathologie.

Notre dosage médicamenteux a montré que l'assuré était observant; le taux sérique de l'antidépresseur était dans la fourchette attendue. Il est donc possible d'interpréter l'amélioration constatée aussi par ce biais, visiblement l'assuré a aussi perdu un peu de poids, effets qui peuvent en partie être attribuables à la substance choisie. En somme, la situation psychique de l'assuré s'est donc améliorée et non le contraire.

Pour faire la synthèse de toutes les observations et réflexions, il est important de revenir à la question centrale. Il s'agit juste ici de répondre à la question si l'assuré peut assumer, en analogie à ses travaux lourds et simples effectués dans le passé, des travaux légers et simples maintenant. Vu que les conditions de base, intelligence, structure de personnalité, n'ont pas changé, vu aussi la confirmation d'absence d'une atteinte psychique voire psychiatrique, la réponse est ici très clairement : oui.

[...]

L'assuré ressemble à de très nombreux patients de la clinique habituelle qui peuvent fonctionner dans lesdits domaines qui leur sont attribués.

En conséquence, il n'existe pour notre domaine aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Vu que nos constats sont très proches de ce qui a été constaté déjà en l'an 2003, vu aussi qu'il n'y a aucun changement significatif documenté depuis, les conclusions sont applicables aussi pour la période antérieure."

D. Suivant l'avis du SMR du 28 février 2011 qui reprend les conclusions du Dr H._____, l'OAI a adressé à l'assuré le 23 mars 2011 un projet de décision dans le sens d'un refus de rente. L'OAI y a retenu que l'assuré présentait au 19 août 1997 (un an après le début de l'incapacité, conformément à l'art. 28 LAI) une incapacité totale de travail dans son

activité habituelle, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles. L'OAI s'est basée sur les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique de l'année 1997 pour déterminer aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidé, pour le même type d'activité avec un même niveau de qualification, si bien qu'elle a retenu un revenu annuel de 54'245 fr. 46 dans les deux cas. Le revenu avec invalidité a été calculé à 48'820 fr., compte tenu d'un taux d'abattement de 10%. Le taux d'invalidité correspondant au taux d'abattement dans ce cas, il n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, ni à un reclassement.

L'assuré a pris position sur ce préavis le 6 juin 2011, par l'intermédiaire de son mandataire (Procap). Il a contesté le calcul du taux d'invalidité, de 20% selon lui, qui aurait donné droit au reclassement, ainsi que l'appréciation de l'OAI quant à l'absence d'influence sur sa capacité de travail de son léger retard mental. Il a en outre exposé que compte tenu de la structure actuelle du marché du travail, l'exigence d'une activité adaptée à 100% était clairement excessive. Il a demandé des investigations complémentaires sur le plan somatique, les données sur l'atteinte physique à sa santé, reconnue initialement par l'OAI comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, datant de huit ans.

Cela étant, l'OAI a invité l'assuré à produire un certificat médical du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du Centre B._____, qui avait suivi l'assuré antérieurement, attestant, le cas échéant, d'une aggravation sur le plan somatique. Les autres contestations de l'assuré ont été écartées.

Dans un rapport du 22 août 2011, le Dr M._____, a indiqué que le traitement de l'assuré était en cours, consistant en des séances de physiothérapie et un traitement médicamenteux (Tramal). Il a noté une certaine évolution favorable.

Dans un avis du 3 novembre 2011, le SMR a considéré que le Dr M. _____ n'apportait pas d'élément nouveau et a maintenu sa position.

Le 9 novembre 2011, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations, correspondant au projet du 23 mars 2011.

E. Le 6 décembre 2011, J. _____ a adressé à la Cour des assurances sociales, par l'intermédiaire de son mandataire, un recours dirigé contre la décision précitée. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations AI et qu'il est constaté qu'il a droit à ces prestations, après qu'il a été procédé aux éventuelles mesures d'instruction nécessaires. A titre subsidiaire, il conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il reproche en substance à l'OAI de n'avoir pas considéré que son retard mental avait une influence sur sa capacité de travail, les possibilités d'emploi étant de plus irréalistes. Il relève en outre que le rapport du Dr H. _____ est en contradiction avec les rapports du Département de psychologie du Centre B. _____ et de la Dresse I. _____.

Dans sa réponse du 19 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours.

Le recourant a adressé à la Cour ses déterminations sur la réponse de l'OAI le 14 février 2012, sans modifier ses conclusions. Il a produit un rapport de la Dresse P. _____ et de M. O. _____ du 9 février 2012, qui avaient été consultés dans le cadre de l'association Y. _____. Cette dernière a précisé le 23 février 2012, que la Dresse P. _____ était intervenue en tant que cheffe de clinique [...] et spécialiste FMH en psychiatrie et M. O. _____ en tant que psychologue-psychothérapeute. Leur rapport fait état d'un état dépressif chronique en aggravation, certainement en rapport avec la pathologie somatique du recourant et l'échec de sa vie professionnelle. A cela s'ajoutent des symptômes anxieux, particulièrement une phobie sociale, des séquelles de son enfance difficile (personnalité évitante et dépendante), un léger retard

mental, ainsi que les douleurs liées à sa pathologie somatique, le tout formant un tableau clinique entraînant une invalidité.

F. Le 9 décembre 2011, le juge instructeur a accordé au recourant l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération d'avances et de frais judiciaires. Procap n'a pas demandé la désignation d'un avocat d'office.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 61 al. 1 let. a LAI); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA), selon les formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA). Il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte des conséquences, du point de vue de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, de son retard mental et de l'état dépressif dont il souffre.

Après l'entrée en force d'une première décision formelle de refus de prestations, rendue par l'OAI le 26 novembre 2004, le recourant a présenté une nouvelle demande de prestations, le 17 février 2009. C'est par la décision attaquée que la nouvelle demande a été rejetée.

a) Dans ces circonstances, l'OAI était tenu d'appliquer la réglementation de l'art. 87 RAI. Selon les alinéas 3 et 4 de cette disposition (dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011),

lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant – c'était le sens de la décision du 26 novembre 2004 –, la nouvelle demande ne peut être examinée que si son auteur établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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). En l'occurrence, l'OAI est entré en matière.

Selon la jurisprudence, lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force – en l'espèce, la décision de 2004, qui comporte un examen matériel de la situation du recourant – et la décision litigieuse, un changement important de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a;

TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) Sur le plan somatique, les nouveaux certificats et rapports médicaux produits par le recourant ne font pas état d'une modification de l'état de santé, ce qu'a admis le recourant en cours de procédure. Il n'y a pas lieu d'examiner la situation de l'assuré sur ce plan.

d) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a estimé qu'une modification avait été rendue plausible et il a ordonné de nouveaux examens médicaux. Il a en particulier confié une expertise du Dr H._____. Le recourant critique cette expertise en ce sens que, si elle ne conteste pas l'existence du retard mental, elle n'en apprécie néanmoins pas les conséquences et ne reconnaît pas la pathologie dépressive.

On rappelle à ce stade que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait déjà été posé par le SMR dans son rapport d'examen psychiatrique du 4 mai 2004. Le SMR avait notamment relevé: "L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence de troubles dépressifs ou anxieux susceptibles de constituer une comorbidité à ce trouble somatoforme douloureux. L'assuré présente une personnalité

fruste et une intelligence limitée, mais celles-ci ne constituent pas un caractère prémorbide." L'OAI avait ainsi retenu une capacité entière de l'assuré dans une activité adaptée dans une décision du 26 novembre 2004, dont l'opposition avait d'ailleurs été jugée irrecevable, faute de motivation.

D'une manière générale, le rapport d'expertise du Dr H._____ est probant selon les critères posés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves médicales et le contenu des rapports d'expertises (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5; 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Il en résulte qu'au début de l'année 2011, aucun élément du dossier officiel n'était propre à établir ou à rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à 2004, ni au moment de l'ouverture de la procédure de révision, ni à la période où l'OAI a rendu la décision attaquée.

Il ressort clairement du rapport d'expertise que l'état psychique du recourant ne s'est pas aggravé depuis 2004, voire s'est plutôt amélioré.

Le recourant a eu l'occasion, durant la procédure de recours, de produire de nouveaux rapports médicaux. Le rapport de la Dresse P._____ et de M. O._____ du 9 février 2012 ainsi produit ne contient pas de diagnostic clair, ni d'évaluation claire de l'incapacité de travail. Il convient de relever du reste que, si la Dresse P._____ affirme être spécialiste FMH en psychiatrie, cela ne ressort ni du site Internet de la FMH (<http://www.fmh.ch/fr/index.html>, le 23 mai 2012), ni du registre fédéral des professions médicales (<http://www.medregom.admin.ch/FR>, le 23 mai 2012), ce qui laisse à s'interroger sur la valeur probante d'un tel rapport. Il y a lieu de retenir que ce rapport médical, de médecins traitants par ailleurs, n'a pas une valeur probante suffisante (cf. supra consid. 3), pas plus que le rapport médical du 13 juillet 2009 de la Dresse I._____ et les rapports du Département psychiatrique du Centre B._____ annexés.

En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise du Dr H. _____, du reste suivit par le SMR. Les difficultés d'adaptation peuvent être prise en compte dans le taux d'abattement; or, même fixé à davantage que 10% (mais moins que 25%), il ne serait pas suffisant pour atteindre le seuil de 40% d'invalidité donnant droit à une rente.

e) Dans ces circonstances, l'OAI n'a pas violé le droit fédéral, en l'occurrence les règles sur la révision (art. 17 LPGA et 88a RAI), en rejetant la nouvelle demande de prestations. Les griefs du recourant doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, arrêtés à 400 fr., compte tenu de l'ampleur de la procédure. Ils seront supportés par le recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]); ce dernier ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront laissés provisoirement à la charge de l'état (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). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; 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 9 novembre 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 provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède 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).

La greffière :