

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mmes Thalmann et Röthenbacher  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate  
à Aigle,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI; 17 et 37 al. 4 LPG**

**E n f a i t :**

**A. a)** Z.\_\_\_\_\_, né en 1971, travaillait en qualité de chauffeur-livreur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 auprès de l'entreprise Q.\_\_\_\_\_ à [...]. En plus de cette activité, il effectuait des travaux d'entretien du lundi au vendredi (20 heures par semaine) pour le compte de l'entreprise de nettoyage professionnel M.\_\_\_\_\_, à [...]. Le 31 décembre 1997, il a été victime d'une chute dans les escaliers d'une cave lors d'une livraison de caisses de vin dans le cadre de son travail avec choc direct du genou gauche contre un mur, entraînant une déchirure non transfixiante de la corne postérieure du ménisque interne gauche. Une fixation du lambeau au corps méniscal, puis une méniscectomie partielle interne ont été pratiquées les 9 février et 13 juillet 1998. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

Le prénommé a dans l'intervalle séjourné à la Clinique P.\_\_\_\_\_ en vue d'une réadaptation intensive en milieu hospitalier. Dans un rapport de sortie du 6 juillet 1998, il est fait état de gonalgies liées à la charge à gauche sans corrélation somatique objectivable et de chondropathie patellaire de stade I-II à gauche, qualifiés de diagnostics secondaires. En raison de l'absence de trouble clinique, une capacité de travail entière dans la profession de chauffeur-livreur a été retenue avec effet au 27 mai 1998, date de la sortie de l'assuré de la clinique.

L'assuré a par la suite également séjourné du 6 au 17 mars 2000 à la Clinique B.\_\_\_\_\_ pour une physiothérapie intensive et une évaluation professionnelle en raison d'un déficit fonctionnel, de douleurs et d'un déconditionnement physique. Dans un rapport du 24 mars 2000 établi à l'issue du séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de réadaptation générale et la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au service précité, ont estimé que le patient pouvait reprendre progressivement son travail à plein temps en l'absence de pathologie séquellaire du genou gauche, déconseillant tout geste

chirurgical ultérieur. Dans un consilium psychiatrique du 10 mars 2000, le Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique du service psychosomatique, a conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité à traits dépendants, sans toutefois retenir d'incapacité de travail significative sur le plan psychiatrique.

En date du 27 mars 2000, l'intéressé a repris son emploi de chauffeur-livreur se faisant aider dans ses livraisons, activité qu'il a cependant cessée définitivement d'exercer à partir d'août 2000. Le 24 avril 2001, Q.\_\_\_\_\_ a résilié son contrat de travail pour le 31 juillet 2001.

Sur requête de l'assureur-accidents, les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...] ont procédé à un examen clinique de l'assuré en date du 21 septembre 2001. Dans leur rapport d'expertise du 29 octobre 2001, ils ont indiqué que l'intéressé se plaignait de douleurs du dos, ainsi que du genou droit, mais ont précisé que les constatations objectives de l'examen du genou et du dos étaient sans particularité, hormis, une hypertrophie du corps de Hoffa sans signification chronique. Les experts ont dès lors conclu à une capacité de travail entière dans l'ancienne profession de l'intéressé.

Par décision du 21 décembre 2001, la CNA a avisé l'assuré que l'événement du 31 décembre 1997 ne jouait plus de rôle dans son état de santé actuel et qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 31 décembre 2001 au soir.

**b)** Dans l'intervalle, soit le 13 juillet 2000, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de placement et d'une rente en raison de douleurs consécutives à un accident l'entravant dans ses déplacements.

Dans un rapport médical du 21 juillet 2000, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a

posé le diagnostic de gonalgies bilatérales prédominant à gauche et de tempérament anxieux important avec somatisations neurovégétatives (digestives et cardiaques)

Dans un rapport médical du 21 février 2001, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué des lombalgies d'origine indéterminée et des gonalgies gauches d'origine indéterminée. Il a attesté une totale incapacité de travail à partir du 6 janvier 1998, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 1999 pour une durée indéterminée.

Au vu des éléments précités, l'OAI a sollicité l'avis de son service médical (SMR). Dans un rapport du 11 juillet 2001, le Dr W.\_\_\_\_\_ et la Dresse J.\_\_\_\_\_ ont conclu à une guérison objective, avec uniquement un discret syndrome fémoro-patellaire. Cette problématique déterminait les minimales limitations fonctionnelles, à savoir les difficultés à faire des genuflexions répétées, à monter/descendre de manière répétée des escaliers, échelles, marche-pied de camion etc.... Au plan psychiatrique, les évaluations de 1998 et 2000 permettaient d'exclure une comorbidité psychique interférant avec la capacité de travail. Dans n'importe quelle profession, l'assuré possédait une capacité de travail pratiquement normale.

**c)** Par décision du 12 novembre 2001, confirmant un projet de décision du 25 juillet 2001, l'OAI a rejeté la demande présentée par l'assuré, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

**d)** Z.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il a produit à cette occasion un certificat médical du 27 août 2001 du Dr K.\_\_\_\_\_ qui faisait état de l'aggravation de l'état de santé de son patient sous la forme de dorso-lombalgies et d'un état anxio-dépressif avec incapacité de travail totale dès le 25 août 2000, alors qu'il était à l'arrêt de travail à 50% pour son problème de genou. Ce praticien a qualifié le trouble dépressif d'important, ce qui justifiait une incapacité de travail (courrier du

26 novembre 2001). Par attestation médicale du 10 décembre 2001, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé que l'assuré avait suivi un traitement du 23 mars au 10 septembre 2001.

Par jugement du 6 juin 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours. Il a estimé que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble tant physique que psychique invalidant lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**e)** L'intéressé a interjeté un recours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA) contestant l'appréciation de sa capacité de travail au plan psychique et le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative.

Par jugement du 27 octobre 2004, la Haute Cour a rejeté le recours formé par l'assuré. Le TFA a examiné les conditions auxquelles les troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant. Après examen, il a ainsi exclu la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique tout en constatant que l'assuré ne réunissait pas en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence dont le cumul permettait d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail . Il en allait de même du trouble de l'adaptation. Enfin, le TFA a considéré qu'avec une capacité de travail pratiquement normale dans n'importe quelle profession, l'assuré, dont on pouvait attendre qu'il reprenne une activité lucrative à plein temps par exemple comme chauffeur-livreur, ne présentait pas une invalidité de 40 % au moins (comparaison en pour-cent) et n'avait donc pas droit à une rente d'invalidité.

**B. a)** Le 14 mars 2005, Z.\_\_\_\_\_, a formulé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Par courrier du 19 avril 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait une aggravation ces derniers mois de son état psychiatrique qu'il a qualifié de médiocre, avec un état dépressif au long cours, qui s'était aggravé

progressivement depuis son accident. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui a constaté que le Dr L.\_\_\_\_\_ s'intitulait psychiatre-traitant de l'assuré, ce qui tendait à penser que l'assuré était toujours en traitement psychiatrique. Le SMR a en outre relevé que le Dr L.\_\_\_\_\_ proposait d'emblée une expertise psychiatrique ce qui pouvait laisser suspecter qu'il n'était pas tout à fait sûr de la gravité de l'atteinte à la santé psychique de son patient ni de ses retombées fonctionnelles. Néanmoins, il retenait un diagnostic "d'état dépressif" alors que le seul psychiatre impliqué dans le cas d'espèce, soit le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait l'absence d'un état dépressif. Afin de clarifier la situation psychiatrique de l'intéressé, le SMR a estimé qu'il convenait d'entrer en matière sur la demande d'expertise psychiatrique (avis médical du 11 mai 2005).

Dans un rapport médical du 30 mai 2005, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonalgies gauches chroniques post-traumatiques et post-différentes interventions chirurgicales, d'état anxio-dépressif chronique réactionnel à ses problèmes de santé, de lombalgies chroniques sur troubles statiques du rachis et de scapulalgies gauches sur troubles dégénératifs. Il a mentionné qu'il ne lui était pas possible de déterminer la capacité de travail de son patient compte tenu de ses nombreuses plaintes et atteintes. Il a néanmoins indiqué que son état de santé était stationnaire, en précisant ce qui suit :

"Malgré plusieurs opérations les gonalgies persistent entraînant un arrêt de travail prolongé et la perte de l'emploi. A partir de 2000 environ il développe un état anxio-dépressif qui s'aggrave progressivement et nécessite un suivi spécialisé par le Dr L.\_\_\_\_\_ en 2001 à [...].

En 2002 apparaissent des lombalgies et en 2003 des douleurs de l'épaule gauche qui nécessitent des infiltrations effectuées par le Dr X.\_\_\_\_\_, orthopédiste à Lausanne. Après avoir été suivi par la Dresse H.\_\_\_\_\_, rhumatologue à [...], puis par un naturopathe à [...], M. Z.\_\_\_\_\_ a fait appel depuis le début de l'année à la Dresse F.\_\_\_\_\_ rhumatologue à [...].

M. Z. \_\_\_\_\_ a l'art de mélanger les choses et son comportement présente certainement quelques exagérations. Pour ma part je ne saurais dire que son état de santé s'est fortement péjoré ces dernières années et ne peux donner d'appréciation quant à sa capacité de travail.

Devant les difficultés rencontrées, j'ai envoyé M. Z. \_\_\_\_\_ auprès de différents spécialistes en fonction des problèmes présentés me contentant de coordonner la situation. Pour avoir des renseignements plus précis je crois qu'il serait souhaitable de contacter les différents spécialistes mentionnés ci-dessus".

Dans un rapport médical du 14 août 2005, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de somatisation (F 45.0), de personnalité dépendante (passive) (F 60.7) et de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen (F 32.0 à 1) depuis 1997. Il a indiqué que Z. \_\_\_\_\_ était son patient depuis 2001 et qu'il le voyait à raison d'un entretien par mois tout en lui prescrivant une médication anti-dépressive. Qualifiant son état de santé de stationnaire, il a ajouté ce qui suit :

"Les séparations dont a été victime l'expertisé dans le cours de sa vie (émigration, dislocation complète de sa famille dès 1990 avec décès de ses grands-parents et de son père, départ de sa mère) ont entretenu et aggravé une faille narcissique chez une personnalité dépendante. Il a tenté de retrouver une nouvelle famille auprès de sa femme et de sa belle famille mais sans succès, entrant dans une évolution régressive avec comme point de déclenchement l'accident du 31.12.1997. On note une position dépendante passive et revendicatrice latente envers les médecins et les assurances qui est vraisemblablement un déplacement de cette pathologie préalable familiale.

Ce faisant, M. Z. \_\_\_\_\_ induit les médecins à l'investiguer, à agir en le soignant, éventuellement à lui reconnaître une incapacité de travail puis les enferme dans ce rôle vu qu'ils sont impuissants à le guérir.

Cette séquence relationnelle explique notamment le nombre de spécialistes consultés.

La position passive agressive de M. Z. \_\_\_\_\_ tente à susciter une contre-attitude négative. Le médecin peut difficilement s'empêcher de se demander si il n'y a pas une surcharge psychogène comme cela a été relevé dans les rapports voire même une revendication de prestation d'assurance injustifiée.

Il est très difficile de trancher dans ce domaine où il n'y a pas de preuves objectives mathématiques...Néanmoins, il me semble qu'il y a un peu des deux : un trouble dépressif récurrent (F 32.0 à 1) lors de la dislocation de la famille et du décès du père qui s'est peu à peu chronifié et qui a évolué en une somatisation (F 45.0), évolution qui a été favorisée

par la présence préalable d'une personnalité dépendante et passive (F 60.7).

La situation est déjà décrite comme "fixée" le 10.03.2000 par le Docteur C. \_\_\_\_\_ et cela ne s'est pas arrangé depuis lors : M. Z. \_\_\_\_\_ est figé dans l'attitude décrite ci-dessus et la famille aussi. Comme relevé dans l'anamnèse familiale, l'épouse présente également une pathologie importante et fixée et la dynamique du couple n'est certainement pas sans influence sur l'évolution de la situation, tout comme l'est la relation aux beaux-parents. On peut imaginer une pathologie systémique familiale dans l'étiologie des troubles des membres".

"(...) La reconnaissance d'une invalidité partielle de l'ordre de 50 % d'origine psychiatrique me paraît équitable sur le plan des diagnostics.

Elle a l'avantage de reconnaître une certaine invalidité à M. Z. \_\_\_\_\_, tout en ménageant un 50 % de capacité de travail pour lui donner la possibilité de se montrer un peu plus actif dans la prise en charge de son destin et de mettre à profit les ressources qui lui restent".

Par avis médical du 23 août 2005, le SMR a estimé que le rapport médical précité n'emportait pas la conviction quant à la réelle incapacité de travail de cet assuré, d'autant que les soi-disant atteintes à la santé psychique étaient réactionnelles à des problèmes familiaux ou à des déboires essentiellement administrativo-asséculo-logiques. La proposition du Dr L. \_\_\_\_\_ quant à la reconnaissance d'une incapacité de travail tenait donc plus à un compromis qu'à une analyse médicale bien étayée de la situation.

Dans un rapport médical du 12 mai 2006, la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne-rhumatologie et médecine manuelle (SAMM) a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux assorti d'un état anxio-dépressif chez une personnalité dépendante (passive) évoluant depuis 1997, probablement aggravé depuis 2000, de gonalgies gauches persistantes, de douleurs de l'épaule gauche sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant sur le sus-épineux, de lombalgies communes et de status post cure d'un 5<sup>ème</sup> doigt gauche à ressort. Elle ne s'est pas prononcée quant à la capacité de travail de son patient s'en remettant au Dr K. \_\_\_\_\_. Sur le plan rhumatologique, elle n'a pas relevé de substrat purement somatique qui puisse expliquer l'intensité des plaintes de son patient. Dans l'annexe au rapport médical, elle a cependant exclu la reprise de l'activité antérieure et retenu une capacité

de travail de 50 % dans une activité adaptée. Elle a en outre transmis les rapports du 28 janvier 2003 relatif à une arthro-IRM de l'épaule gauche, du 7 février 2006 relatif à une IRM du genou gauche et du 15 juin 2006 relatif à une arthro-IRM du genou faisant état d'une re-déchirure partielle du résidu de la corne postérieure du ménisque interne et d'une chondropathie condylienne fémorale interne en regard de la méniscectomie.

Au vu des documents précités, l'OAI a finalement décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 novembre 2006, l'expert a estimé que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de personnalité dépendante, de gonalgies gauches persistantes, de douleurs de l'épaule gauche sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs, prédominant sur les sus-épineux, de lombalgies communes et de status post cure d'un 5<sup>ème</sup> doigt gauche à ressort n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a relevé que du point de vue physique, il était difficile d'objectiver les dires de l'assuré, car tout en faisant état de douleurs, l'expertisé était capable de faire des commissions avec sa femme, de se promener, de conduire une voiture. D'un point de vue psychique et mis à part l'attitude passive et régressive de l'assuré, le Dr V.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'atteinte handicapante et de limitation sur le plan social. Dès lors, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail ne se justifiait pas.

Au vu de l'ensemble des rapports médicaux précités, le SMR a dès lors conclu que sur le plan somatique, les diagnostics retenus n'étaient responsables d'aucune invalidité notoire objectivable. Sur le plan psychiatrique, l'intéressé, présentant une personnalité dépendante, souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans répercussion sur la capacité de travail et sans comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes (avis médical du 22 janvier 2007).

**b)** Par projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de Z.\_\_\_\_\_ au motif qu'aucune raison médicale n'affectait sa capacité de travail. L'assuré s'est opposé à ce projet de

décision en sollicitant l'octroi de l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise orthopédique en raison d'un substrat organique. Par avis médical du 5 décembre 2007, le SMR a considéré ce qui suit à propos des rapports d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 28 janvier 2003 et du genou du 15 juin 2006 :

"Ces deux documents décrivent une iconographie radiologique. Le premier permet d'exclure une rupture, même partielle, du tendon sus-épineux. Le second décrit une trouvaille iconographique banale sur ménisque plusieurs fois opéré, ainsi qu'une chondropathie déjà connue en 2001. (cf. rapport d'examen SMR du 11.07.2001, Dr W. \_\_\_\_\_). Ni l'un, ni l'autre des deux rapports ne permet de justifier des limitations fonctionnelles et encore moins une incapacité de travail au-delà de ce qui a été admis dans le rapport d'examen du SMR du 11.07.2001.

En outre, ce ne sont pas les images radiologiques qui définissent les limitations fonctionnelles et la capacité de travail mais bien l'examen clinique. Or, dans son rapport du 13.05.2006, le Dr F. \_\_\_\_\_ atteste qu'il n'y a "pas de substrat purement somatique qui permette d'expliquer l'intensité des plaintes du patient". Ce médecin place un problème psychiatrique à l'avant-plan, qui justifierait une incapacité de travail de 50 %. Cependant une telle atteinte a été formellement exclue par une expertise psychiatrique.

En conclusion, les documents médicaux à l'appui de l'audition n'apportent aucun élément attestant d'une aggravation de nature à modifier le droit aux prestations".

**c)** Par décision incidente du 16 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande d'assistance judiciaire présentée par l'assuré, le degré de complexité du point litigieux, à savoir la détermination de la capacité de travail ne nécessitait pas l'assistance d'un avocat, mais d'un autre spécialiste ou d'une personne de confiance.

**d)** Par décision et courrier du 18 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI pour les motifs invoqués dans son projet de décision.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 15 février 2008, Z. \_\_\_\_\_ recourt contre les deux décisions et conclut préliminairement à l'octroi de l'assistance judiciaire totale, principalement à l'annulation de la décision du 18 janvier 2008, à la reconnaissance d'une rente d'invalidité dès le 13

mars 2004, dont le taux sera à préciser au terme de l'instruction, à défaut à la reconnaissance de mesure de réadaptation professionnelle avec effet au 14 mars 2004, sous suite de frais et d'une juste et équitable indemnité de dépens et subsidiairement à l'admission du recours, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique neutre et indépendante et à l'octroi d'une juste et équitable indemnité de dépens. Le recourant se réfère à un prérapport du 29 janvier 2008 établi par le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin associé au service de traumatologie du [...], qui, suite à un examen clinique du 17 décembre 2007, a posé les diagnostics préliminaires de tendinopathie du muscle sous-épineux sur conflit sous-acromial gauche, de lombosciatalgies gauches, à préciser, de tendinite des muscles moyen fessier et pyramidal hanche gauche, de gonarthrose post-traumatique du genou gauche, de méniscopathie interne post-traumatique du genou gauche et de probable syndrome post-trombotique du membre inférieur gauche avec insuffisance veineuse stade I. Compte tenu des diagnostics précités, le Dr T.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était étonnant qu'un assuré soit apte à exercer un métier physique sans restriction et sans bénéficier d'une évaluation compétente qui tienne compte de ses problèmes somatiques. Le recourant est dès lors d'avis que le travail effectué en amont par les divers médecins n'a pas été suffisamment précis pour connaître les répercussions de son état de santé sur sa capacité de gain. Il estime enfin, s'agissant de la question de l'octroi de l'assistance judiciaire, que si son cas peut paraître à première vue simple, il n'en est rien, puisqu'il a été nécessaire de faire appel à un spécialiste en orthopédie pour mettre en évidence les atteintes physiques et leurs conséquences sur le plan économique et juridique. Enfin, il remplit également les conditions d'indigence.

**b)** Dans sa réponse du 13 mars 2008, l'intimé a indiqué qu'au vu du dossier, une expertise par un médecin-orthopédiste n'était pas nécessaire. Il restait cependant dans l'atteinte du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ qui serait alors soumis au SMR pour avis.

**c)** Dans sa réplique du 3 juin 2008, le recourant s'est référé au rapport d'expertise extra-judiciaire du 15 avril 2008 réalisée par le

Dr T.\_\_\_\_\_, qui sur la base de divers examens cliniques et d'imagerie, a posé les diagnostics de conflit sous-acromial gauche, de tendinopathie des muscles sus-épineux et sous-scapulaire gauche, de discopathie L5-S1, de rétrolisthesis L5-S1, d'angiome du corps vertébral L1, de tendinite des muscles moyen fessier, psoas et pyramidal de la hanche gauche, de gonarthrose interne post-traumatique gauche débutante, de dégénérescence et déchirure résiduelle du ménisque interne gauche post-traumatique et état après suture et résection partielle du corps méniscal, syndrome fémoro-patellaire douloureux gauche, d'insuffisance veineuse de stade I du membre inférieur gauche et de syndrome post-trombotique du membre inférieur gauche. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était nulle, que des traitements étaient encore possible et que son état de santé n'était pas stabilisé. Au vu de ces éléments, le recourant a sollicité le versement des prestations auxquelles il a droit.

**d)** Par décision du 12 août 2008, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 10 juillet 2008 et désigné Me Chappaz en qualité d'avocat d'office.

**e)** Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'intimé s'est référé à l'avis médical du 26 août 2008 du SMR qui a considéré que l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ était un élément nouveau qui justifiait une totale incapacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur. Par contre, l'expert ne se prononçant pas sur les limitations ostéo-articulaires de l'assuré et sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, il y avait lieu de l'interroger sur ces points.

**f)** Par courrier du 14 février 2008, le recourant ne s'est pas opposé à cette demande et a délié le Dr T.\_\_\_\_\_ du secret médical.

**g)** Par courrier du 5 décembre 2008 adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, le juge instructeur a sollicité un complémentaire d'expertise en annexant un questionnaire auquel il devait répondre.

**h)** Ayant accepté le mandat visant à établir un complément d'expertise, le Dr T.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 25 février 2010. Il s'est notamment prononcé sur les diagnostics ayant une répercussion sur l'incapacité de travail en indiquant depuis quand ils étaient présents. Il a par ailleurs précisé la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'invalidité de l'assuré et ses limitations fonctionnelles ostéo-articulaires. Enfin, il a décrit les traitements proposés.

**i)** Par courrier du 19 mars 2010, l'intimé a annexé un avis médical du 11 mars 2010 du SMR estimant que le Dr T.\_\_\_\_\_ avait affirmé de manière péremptoire qu'aucune activité adaptée n'était exigible sans argumenter son propos. Il était ainsi difficilement compréhensible que l'assuré ne puisse pas exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles au moins à temps partiel. Enfin, l'expert ne se prononçait pas sur les chances de succès des traitements, le délai de guérison et la capacité de travail espérée. L'intimé a en outre rappelé que sa décision du 12 novembre 2001 avait été confirmée par jugement de l'autorité cantonale du 6 juin 2003 et par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 octobre 2004. Le Dr T.\_\_\_\_\_ ayant considéré que l'incapacité de travail en qualité de chauffeur-livreur existait depuis 9 ans soit avant la décision du 12 novembre 2001, une modification notable de la situation ne pouvait être admise. L'intimé a par conséquent proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

**j)** Par lettre du 25 mars 2010, le recourant a sollicité le versement d'une rente entière d'invalidité avec effet au 13 mars 2004, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par un expert neutre et indépendant, tout en constatant que l'ensemble des affections étaient apparues entre 1998 et 2001.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Interjeté le 15 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification des deux décisions entreprises, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En effet, les décisions qui accordent ou refusent l'assistance gratuite d'un conseil juridique (art. 37 al. 4 LPGA) sont des décisions d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF131 V 153 consid. 1 p. 155), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (art. 56 al. 1 et 57 LPGA; cf. également l'art. 19 al. 3 du Règlement genevois d'exécution de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 23 mars 2005 [RSG J 7 04.01]).

**2.** Est tout d'abord litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

**a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée

de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**3.** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer

en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

**b)** Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Après avoir examiné la documentation fournie par le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, le rapport du 24 mars 2000 de la Clinique B.\_\_\_\_\_, notamment le consilium psychiatrique du 10 mars 2000 du Dr C.\_\_\_\_\_, l'expertise psychiatrique du 27 novembre 2006 du Dr V.\_\_\_\_\_, ainsi que l'avis du SMR du 22 janvier 2007, il a considéré que le degré d'invalidité sur le plan psychique ne s'était pas aggravé, conclusion qui n'a pas été contestée par le recourant. Dans l'intervalle, le recourant a en effet fait valoir une aggravation sur le plan physique qui a été finalement niée par l'intimé dans sa détermination du 19 mars 2010, motif pris que l'incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur attesté par le Dr T.\_\_\_\_\_, existait bien avant la décision du 12 novembre 2001.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations. Au vu de ce qui précède, les situations de fait devant être comparées sont celles existant au moment de la décision de rejet de la rente du 12 novembre 2001 (confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances du 6 juin 2003 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 octobre 2004) et la décision litigieuse du 18 janvier 2008.

**b)** Le recourant soutient que son état de santé somatique s'est aggravé en se référant dans un premier temps d'une part à un rapport du 28 janvier 2003 relatif à une arthro-IRM de l'épaule gauche faisant état de signes modérés de tendinopathie du sus-épineux sans évidence de rupture partielle du tendon et d'autre part, à un rapport du 15 juin 2006 relatif à une arthro-IRM mettant en évidence une re-déchirure partielle du résidu de la corne postérieure du ménisque interne et d'une chondropathie condylienne fémorale interne en regard de la méniscectomie. Ultérieurement, soit dans le cadre d'un rapport d'expertise du 15 avril 2008 faisant suite à divers examens cliniques et d'imagerie, le Dr T.\_\_\_\_\_ a attesté que la capacité de travail du recourant était nulle compte tenu des diagnostics de conflit sous-acromial gauche, de tendinopathie des muscles sus-épineux et sous-scapulaire gauche, de discopathie L5-S1, de rétrolisthesis L5-S1, d'angiome du corps vertébral L1, de tendinite des muscles moyen fessier, psoas et pyramidal de la hanche gauche, de gonarthrose interne post-traumatique gauche débutante, de dégénérescence et déchirure résiduelle du ménisque interne gauche post-traumatique et état après suture et résection partielle du corps méniscal, syndrome fémoro-patellaire douloureux gauche, d'insuffisance veineuse de stade I du membre inférieur gauche et de syndrome post-trombotique du membre inférieur gauche.

**c)** Il convient dès lors de déterminer si les affections retenues par le Dr T.\_\_\_\_\_ permettent de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré de manière à influencer le droit à des prestations AI ou si elles étaient déjà présentes lorsque l'intimé a rendu sa décision de rejet de la rente du 12 novembre 2001. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne

doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs.

Dans son complément d'expertise du 25 février 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a de manière systématique précisé depuis quand chaque diagnostic était présent. Ainsi, les douleurs au genou gauche consécutives à l'accident du 31 décembre 1997 ont débuté par des gonalgies gauches d'origine indéterminée (rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 21 février 2001), l'IRM du genou gauche pratiquée le 4 mai 1999 mettant en évidence un aspect hétérogène de la corne postérieure du ménisque interne, compatible avec un status post-opératoire, sans changement significatif depuis août 1998, une déchirure radiaire incomplète touchant le bord du ménisque interne, ainsi qu'une dysplasie et chondromalacie rotulienne modérées. Enfin, le syndrome fémoro-patellaire douloureux gauche, présent depuis 1998, avait déjà fait l'objet d'un examen en date du 13 juillet 1998 sous la forme d'une résection méniscale arthroscopique qui n'avait pas révélé de lésion cartilagineuse significative sur le cartilage rotulien, élément confirmé par l'examen radiologique du 17 décembre 2007.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mis en évidence des lésions secondaires qui ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail mais qui y participent. L'expert a ainsi fait état d'un conflit sous acromial gauche et d'une tendinopathie des muscles sous-épineux et sous-scapulaires gauches, présents depuis 2001, se présentant sous la forme de douleurs au niveau de l'épaule gauche irradiant en direction de la nuque et de l'omoplat, permanentes et exacerbées par les mouvements d'abduction et d'élévation antérieure, de discopathies L5-S1, d'une rétrolisthésis L5-S1 et d'une arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1, présentes depuis 1999, exacerbées par la boiterie et la position antalgique dues aux pathologies du membre inférieur gauche. Ces éléments avaient cependant déjà été mis en évidence dans le cadre de l'IRM lombaire pratiquée le 1<sup>er</sup> septembre 2000.

En réalité, le Dr T. \_\_\_\_\_ est d'avis que le recourant est en incapacité de travail depuis 9 ans (au moment du rapport d'expertise datant du 15 avril 2008), ce qui correspond à avril 1999, pour des raisons médicalement objectivables, ajoutant qu'aucun diagnostic précis et pertinent n'avait jamais été posé malgré des indications claires de certains rapports (rapport d'expertise, p. 14). Il a ainsi relevé que l'hypercaptation osseuse décrite lors de la scintigraphie osseuse réalisée au cours du séjour à la Clinique P. \_\_\_\_\_ devait être interprétée comme une contusion osseuse post-traumatique ou comme une algoneurodystrophie. Même si elles étaient difficilement prouvables cliniquement, le Dr T. \_\_\_\_\_ a considéré qu'elles étaient responsables de douleurs prolongées et souvent handicapantes telles que celles décrites par le patient, d'autant plus en l'absence d'un traitement spécifique. En cas de doute, un traitement à base de calcitonine (Miacalcic®) aurait dû être tenté à la Clinique P. \_\_\_\_\_, ce qui aurait permis de traiter ces pathologies et d'en affirmer l'existence au vu de la réponse thérapeutique.

**d)** En l'occurrence, à l'examen du dossier médical, il appert que le diagnostic posé par le Dr T. \_\_\_\_\_ demeure identique à celui retenu à l'époque de la décision initiale de refus de rente confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances du 6 juin 2003 et par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 octobre 2004. Certes, l'expert a mis en évidence une hypercaptation osseuse qui pourrait être responsable de douleurs prolongées et souvent handicapantes, tout en attendant toutefois la réponse thérapeutique avant d'en affirmer l'existence. Cependant, aucune pièce n'a été versée depuis lors au dossier pouvant confirmer la réalité de cette pathologie. Ce point peut toutefois demeurer indécis, puisqu'un tel diagnostic avait déjà été évoqué par plusieurs praticiens avant 2001 (rapport d'expertise, p. 13).

Au chapitre de la capacité résiduelle de travail, les médecins considéraient à l'époque de la décision initiale de refus de rente comme adapté à l'état de santé de l'assuré, l'exercice d'une activité lucrative respectant certaines limitations fonctionnelles : difficultés à faire des

génuflexions répétées, à monter/descendre de manière répétée des escaliers, échelles, marche-pied de camion, etc, la capacité de travail dans l'activité habituelle ayant au demeurant été fixée à 70 % (rapport d'examen du SMR du 11 juillet 2001). Dans son rapport médical du 7 février 2006, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire et a exclu la reprise de son ancienne activité lucrative, malgré l'absence de substrat purement somatique pouvant expliquer l'intensité des plaintes de son patient. Pour sa part, le Dr T.\_\_\_\_\_, comme l'a relevé à juste titre le SMR (avis médical du 11 mars 2011), n'a absolument pas donné les motifs pour lesquels une totale incapacité de travail devait être retenue même dans une activité adaptée. L'expert a en réalité considéré que le recourant présentait une totale incapacité de travail dans toute activité depuis 9 ans (rapport d'expertise, p. 14 in fine et 15). Ses rapports établis les 15 avril 2008 et 25 février 2010 s'écartent ainsi sans autre motivation des conclusions qu'au regard des mêmes circonstances, les différents médecins avaient formulées à l'époque de la décision initiale et qui avaient été suffisamment convaincants pour que le TFA soit en mesure de retenir que le recourant présentait une capacité de travail pratiquement normale dans n'importe quelle profession (arrêt du 27 octobre 2004, consid. 5). A défaut d'être ainsi convaincants (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références), les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ ne sauraient dès lors être décisifs pour l'issue de la présente procédure. Le recourant n'a dès lors pas établi que l'invalidité qu'il présente s'est modifiée dans une mesure propre à influencer ses droits.

En conséquence, les rapports médicaux du Dr T.\_\_\_\_\_ déposés par le recourant à l'appui de la nouvelle demande constituent une appréciation différente de la même situation médicale. Or, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b), puisqu'elle ne constitue pas une circonstance propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente. La décision attaquée n'est ainsi pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée.

**5.** Demeure la question de savoir si l'assistance d'un avocat dans la procédure d'audition était nécessaire.

**a)** En matière d'assurance-invalidité, le droit à l'assistance judiciaire gratuite en procédure administrative ne saurait être exclu de manière générale dans le cadre de la procédure préalable au projet de décision; il convient toutefois de soumettre à des exigences strictes la réalisation des conditions objectives du droit à l'assistance (arrêt I 69/99 du 21 septembre 1999 consid. 2b, in VSI 2000 p. 164). L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à ce dernier parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 p. 201 et les références). La cause au fond porte sur le droit d'une personne toxicomane à des prestations de l'assurance-invalidité. L'évaluation de l'invalidité d'une personne souffrant d'une addiction est un sujet qui peut poser des questions complexes sur les plans médical et juridique (voir par exemple les arrêts 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 et I 169/06 du 8 août 2006).

Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découle (ATF 103 V 46 cons.1b, v. aussi ATF 130 I 180 cons.2.2, 128 I 225 cons.2.5.2 et les références).

Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire, posées par la jurisprudence sous l'empire de l'article 4 aCst., sont applicables à l'octroi

de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition (ATF non publié du 29.11.2004 [I 557/04] cons.2.1, publié à la Revue de l'avocat 2005 no 3, p.123) ainsi que dans la procédure d'audition, applicable depuis le 1er juillet 2006 (art.69 al.1 LAI, introduit par la modification du 16.12.2005). Toutefois, le point de savoir si elles sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative (Kieser, ATSG-Kommentar, no 22 ad art.37).

En ce qui concerne le point de savoir si l'assistance d'un avocat est exigée (art. 37 al.4 LPGA) et pas seulement justifiée par les circonstances (art.61 litt.f LPGA; ATF non publié du 24.01.2006 [I 812/05] cons.4.3) dans la procédure d'opposition, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance oeuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TFA du 29.11.2004 [I 557/04] cons.2.2). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (ATF 130 I 180 cons.2.2 et les références). Selon la jurisprudence, un litige sur le droit éventuel à une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé; en revanche, il a une portée considérable pour l'assuré (TFA du 19.04.2005 [I 83/05] cons.3.2.2; du 12.10.2004 [I 386/04] cons.4.2; du 07.09.2004 [I 75/04] cons.3.3).

**b)** L'assuré ne touche plus aucun salaire depuis plusieurs années. Il habite depuis 1993 avec son épouse, au bénéfice d'une demi-rente AI, et son fils chez ses beaux-parents qui l'aident financièrement. L'intéressé n'émerge pas aux Services sociaux, mais il a des dettes d'une valeur de 25'000 fr., argent qu'il doit à son beau-père. Il remplit ainsi la condition de l'indigence. En outre, les conclusions avancées dans le cadre de la procédure d'audition n'étaient pas dépourvues de toute chance de succès. L'OAI ne conteste pas ces points. Il convient encore d'examiner si l'assistance d'un avocat dans la procédure d'audition était nécessaire.

En l'espèce, de langue maternelle portugaise, le recourant dispose d'un faible niveau de formation. S'il sait lire en français, il a toutefois de la peine à l'écrire. Il apparaît dès lors qu'il n'était pas en mesure de s'orienter seul dans la procédure d'audition, laquelle représentait un enjeu important pour sa situation juridique. Une assistance était donc justifiée. Il importe toutefois de savoir si l'on se trouvait dans un cas où des questions de droit ou de fait difficiles rendaient l'assistance par un avocat apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entraînait pas en considération (ATF 132 V 200 cons. 4.1). L'aggravation de l'état de santé d'un assuré sur le plan psychique et physique doit être suffisamment établie afin de pouvoir influencer dans une mesure propre ses droits, la nouvelle demande ne devant pas simplement constituer une appréciation différente de la même situation médicale. Or, la jurisprudence apporte des précisions s'agissant des conditions générales de l'invalidité qu'une personne n'ayant pas de connaissances juridiques peine à saisir. Les questions de droit soulevées rendaient la cause complexe, de sorte que la Cour de céans ne saurait se rallier au point de vue de l'intimé, selon lequel l'intervention d'un avocat dans la procédure d'audition n'était pas nécessaire. Le recours est dès lors bien fondé sur ce point.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision incidente du 16 janvier 2008 devant être réformée, en ce sens que l'assistance gratuite d'un conseil juridique doit être octroyée au recourant pour la procédure d'audition et Me Chappaz, désignée en qualité d'avocat d'office. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il statue sur l'indemnité à accorder de ce chef.

**b)** Reste à déterminer le montant des dépens. Ceux-ci peuvent être alloués à la partie qui n'obtient que partiellement gain de cause; ils sont alors réduits en conséquence (art.61 litt.g LPGA; 56 al. 2 LPA-VD) (Bovay, Procédure administrative, 2000, p.464).

**c)** En l'espèce, le recourant a conclu principalement à l'annulation de la décision incidente du 16 janvier 2008 et la décision au fond du 18 janvier 2008, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction, et dans tous les cas à l'octroi de l'assistance pour la procédure administrative. En considérant équitablement l'issue du présent litige, le recourant succombe à raison de deux tiers, de sorte qu'il convient de lui allouer une indemnité de dépens de 500 fr.

**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
p r o n o n c e :**

- I.** Admet partiellement le recours.
- II.** Réforme la décision incidente de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) du 16 janvier 2008, en ce sens que le recourant a droit à l'assistance administrative pour la procédure d'audition et renvoie la cause à l'intimé pour qu'il statue sur l'indemnité due à l'avocat d'office.

- III. Rejette le recours pour le surplus, en ce sens que la décision rendue le 18 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), est confirmée.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) doit verser au recourant la somme de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Chappaz (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :