

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Nicolas Saviaux,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. N._____, né [...] 1958 en Tunisie, a effectué sa scolarité obligatoire et suivi une école hôtelière en Tunisie (cuisinier), formation qu'il n'a pu mener à terme en raison du décès de son père. Il est entré en Suisse le 28 décembre 1989 et a travaillé en tant que cuisinier, du mois d'août 1990 à celui de février 1992. Il s'est marié à une ressortissante suisse le 30 mars 1990, avec laquelle il a eu un enfant, aujourd'hui majeur. Il a eu deux autres enfants d'un premier mariage.

Dans une demande prestations AI pour adultes, déposée le 5 mai 1994, tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel et de moyens auxiliaires (paire de chaussures orthopédiques), il a indiqué souffrir d'une fracture du calcanéum et du 5^e tarse du pied gauche, depuis le 29 mai 1993. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un certificat établi le 26 avril 1994 par son médecin traitant, le Dr Y._____, médecin généraliste, qui certifiait qu'au vu de son état, l'assuré nécessitait un reclassement professionnel.

Le 27 juillet 1994, la Caisse cantonale vaudoise de compensation, Secrétariat AI, a adressé un projet de décision à l'assuré lui indiquant qu'il ne remplissait pas les conditions prévues dans la convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et la Tunisie pour se voir reconnaître le droit aux prestations AI.

B. Le 1^{er} octobre 1996, l'assuré a rempli un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations AI. Il indiquait exercer une activité à plein temps de chauffeur-livreur et avoir renoncé à exercer l'activité de cuisinier. Il s'est référé à sa demande de prestations AI pour adultes du 5 mai 1994 et requerrait l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Il a précisé que, depuis cette dernière demande, qui a été rejetée, il a été naturalisé (le 9 septembre 1996).

Le 29 octobre 1996, il a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes.

Dans un formulaire annexe à la demande de prestations (recours contre les tiers responsables), établi le 18 novembre 2006, l'assuré a expliqué que, le 29 mai 1993, à 6h30 du matin, alors qu'il roulait en Italie en direction de Gênes pour prendre le bateau en partance pour la Tunisie, un automobiliste lui a fait une queue de poisson. L'assuré a alors brusquement freiné perdant le contrôle de son véhicule, qui s'est renversé. Il se souvient s'être réveillé dans un hôpital. Il a indiqué que l'automobiliste précité avait pris la fuite. Selon une lettre de sortie de l'Hôpital orthopédique du 1^{er} juillet 1993, l'assuré a subi une "reconstruction arthrodèse du calcanéum gauche" par intervention du 23 juin 1993.

Par courrier du 12 décembre 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a informé l'assuré que la législation en matière d'AI allait être modifiée au 1^{er} janvier 1997 et qu'elle reprendrait contact avec lui dans le premiers mois de l'année 1997.

C. a) Le 23 mai 1997, le Dr K._____, médecin à l'Hôpital orthopédique, a déposé un rapport médical dont il ressort que l'assuré a subi une atteinte à sa santé le 29 mai 1993, que celui-ci n'avait pas besoin d'un traitement médical, que son état de santé était stationnaire et qu'il a présenté une incapacité de travail totale du 29 mai 1993 au 28 février 1994, puis de 50% du 1^{er} mars 1994 au 29 juin 1994, depuis le 30 juin 1994 la capacité de travail de l'assuré est entière. Il a encore précisé que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'alors, soit celle de cuisinier. Il a posé les diagnostics de "Fracture comminutive du calcanéum gauche" et de "Fracture du 5^e métatarsien gauche". Il ressort en outre ce qui suit de ce rapport:

"[...]"

Accident de voiture le 29.05.93 entraînant les lésions susmentionnées. Reconstruction arthrodèse du calcaneum gauche le 23.06.93 (différée en raison du status cutané). Réhabilitation difficile avec, de manière chronique, installation de douleurs d'appui à la partie postérieure du calcaneum, douleurs également sur la cicatrice sous-malléolaire externe avec un Tintel localisé. Actuellement, le patient est muni de supports plantaires déchargeant la zone douloureuse à la partie postérieure du calcaneum marche avec des chaussures adaptées évitant un appui sur la cicatrice. Il se plaint de douleurs empêchant les stations debout prolongées ou les marches prolongées.

A l'examen clinique: Arrière-pied en bonne position. Arthrodèse prise de la sous-astragaliennne avec un Chopart et un Lisfranc bien mobiles. Limitation fonctionnelle discrète en flexion dorso-plantaire de la cheville (20-0-25 contre 30-0-45 du côté droit). Pas de trouble trophique, pourtour du mollet inférieur de 2 cm à gauche, pourtour de cuisse identique des deux côtés.

Les plaintes restent les mêmes depuis maintenant 2 ans et consistent en des talagies rebelles à tout traitement, soulagées seulement par le port de supports plantaires et l'adaptation de chaussures évitant un appui sur la cicatrice.

Moyennant ces mesures, le patient est apte à exercer une activité permettant l'alternance des positions assise et debout mais ne peut en aucun cas garder des stations debout prolongées, ce qui l'empêche de reprendre son activité antérieure de cuisinier. Des mesures professionnelles seraient à entreprendre dans le but de reclasser le patient dans une activité semi-sédentaire. Il faut noter que le patient a travaillé de nombreux mois ces dernières années comme chauffeur-livreur sans trop de difficultés. Actuellement, depuis décembre 96, le patient est sans travail et éprouve énormément de peine à retrouver un emploi stable.

[...]"

b) Selon un rapport médical du médecin traitant, le Dr Y._____, du 11 juin 1997, l'assuré a présenté une incapacité de travail de totale du 29 mai 1993 au 24 janvier 1994, de 50% du 26 janvier au 20 juin 1995 et à nouveau totale du 21 au 28 juin 1995, du 29 octobre au 1^{er} décembre 1996 et du 13 février au 17 février 1997. Ce médecin a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'alors. Il a posé les diagnostics suivants: "Fracture comminutive du calcaneum ostéosynthésée à l'Hôpital orthopédique" (1993) et "Incontinence urinaire sur hyperesthésie vésicale" (1993). On extrait encore ce qui suit de ce rapport:

"[...]"

4.1

- Amygdalectomie en 1980

Status:

- Fume 30 cigarettes par jour; pas d'alcool; pas d'allergie

4.2

- Douleurs du pied gauche au niveau du talon

- Douleurs au niveau du 5^e métacarpien

- Ne peut marcher, ni rester debout plus d'une heure

4.3

- Patient en bon état général. Taille 187 cm, poids 73 kg. Boiterie modérée. Les vaisseaux du cou pulsent et sont sans souffle. Pas d'adénopathie palpable. TA 100/70 mmHg. Pouls 56/mm.

Auscultation cardiaque régulière, sans souffle, ni bruits surajoutés. Artères périphériques toutes palpables; sans souffle.

Auscultation pulmonaire physiologique. Abdomen plat, souple et indolore. Pas de masse pathologique. Le foie au rebord costal.

- Status au niveau du pied gauche:

La cicatrice externe est calme. Pas d'oedème au niveau de la cheville et du pied. Pas de mobilité sous-astragalienne. La mobilité de la cheville est réduite.

[...]"

D. Dans un rapport intermédiaire du 2 octobre 1998 de l'OAI, il ressort notamment que l'assuré "a fait beaucoup de démarches en évitant de mentionner l'état de sa cheville et tout en recherchant une activité lui permettant de travailler en position assise dans une mesure importante" et qu'il "a manqué des occasions d'engagement en raison de la non possession d'un permis camion".

Dans une communication du 21 octobre 1998, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles au sens de l'art. 17 LAI, en vue de l'obtention d'un permis de conduire camion et remorque. L'octroi de ces mesures a été prolongé par communication des 31 mai et 17 juin 1999.

Un rapport intermédiaire du 15 juin 1999 de l'OAI est libellé notamment en ces termes:

"[...]"

Il s'avère que N._____ se donne de la peine, est assidu, tout en rencontrant des difficultés supplémentaires liées au fait qu'il avait obtenu son permis de conduire voiture suisse sans devoir repasser les examens. [...]. Par ailleurs, c'est quelqu'un de nerveux, voulant bien faire, mais se stressant trop.

[...]"

Il ressort d'une note du 11 août 1999 que l'assuré a échoué à l'examen théorique (échec définitif), ce qui a conduit à l'arrêt des mesures précitées, et qu'il devrait prochainement se faire opérer le genou gauche par le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie.

E. Le 27 juillet 1999, le Dr Q._____ a écrit ce qui suit à la SUVA:

"[...]"

N._____ a fait une glissade le 16 janvier 1999 avec comme conséquence un mouvement forcé du genou gauche. En tombant, il heurte son genou. Il se présente à ma consultation le 19 janvier se plaignant de douleurs et impotence fonctionnelle.

Au status initial le genou est globalement douloureux avec un épanchement intra-articulaire modéré, les ligaments et les ménisques ne sont pas testables en raison des douleurs. Je lui ai mis une attelle cruro-jambière amovible et prescrit un traitement anti-inflammatoire. Une semaine après le genou est plus calme, le patient se plaint de quelques douleurs au niveau du creux poplité, le signe le Lackmann est positif +, le Jerk Test est ébauché. On a enlevé l'attelle cruro-pédieuse et on a prescrit de la physiothérapie.

J'ai revu N._____ le 13 février il se plaint d'avoir eu plusieurs épisodes de lâchages. Au status suspicion de blessure méniscale de la corne postérieure du ménisque interne. Un IRM a été effectué qui montre qu'il n'y a pas de déchirure méniscale et confirme la déchirure du ligament croisé antérieure et une contusion du plateau tibial dans la région postérieure. Le patient poursuit son traitement de physiothérapie et il devient asymptomatique. Il a pu recommencer son travail à 100% le 26 janvier 1999. Je l'ai vu la dernière fois le 8 mars 1999, il se plaignait de quelques douleurs occasionnelles, au status le signe de Lackmann est positif +, le genou est bien mobile sans épanchement.

Le patient revient le 13 juillet 1999 se plaignant d'avoir eu à plusieurs reprises des lâchages du genou. Le jour de la consultation, il a fait une chute en marchant suite à un lâchage provoquant une éraflure importante de la face antérieur du genou. Au status, épanchement intra-articulaire modéré, signe de Lackmann positif ++.

En résumé ce patient a fait une déchirure subtotale du LCA en janvier 1999 associée à une contusion osseuse du plateau tibial interne. Il a bénéficié d'un traitement conservateur. Six mois après

l'accident le genou devient plus laxé et plus instable, raison pour laquelle je propose une plastie du LCA laquelle devra être effectuée dès qu'il aura guéri ses lésions cutanées.

[...]"

Ce médecin a attesté que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail du 19 au 26 janvier 1999.

F. a) Le 31 août 1999, l'assuré a demandé à l'OAI la prise en charge d'un cours de soudure. Sur le plan de sa santé, il a indiqué que ses ligaments croisés étaient déchirés au niveau du genou gauche et qu'une opération sera effectuée par le Dr Q. _____.

Le 26 janvier 2000, l'assuré a indiqué à l'OAI avoir encore de la peine à plier le genou et poursuivre sa rééducation à domicile et chez un physiothérapeute. Il ressort de la note d'entretien que l'assuré ne présente plus suffisamment de force au niveau de la jambe, de sorte que les projets de réinsertion comme chauffeur de taxi et soudeurs ne sont plus retenus. Au plan personnel, l'assuré a expliqué être marqué par la séparation et la demande de divorce introduire par sa femme, vivre des moments difficiles et être suivi par un psychiatre, qu'il avait déjà consulté quatre fois.

b) Il ressort d'une note du 25 avril 2000 que des mesures de réadaptations étaient indiquées et que des démarches dans ce sens étaient poursuivies.

Selon une note du 26 juin 2000, l'assuré a suivi un traitement à la Clinique Romande de réadaptation à partir du 29 mai 2000 et pour une durée de quatre semaines. Durant ce traitement, une algoneurodystrophie (maladie de Südeck) a été diagnostiquée. L'assuré a déclaré ne pouvoir faire son stage à l'ORIPH dont le début était prévu pour le 14 août 2000.

Le 5 juillet 2000, le Dr Q._____ a indiqué que l'assuré présentait une "capacité de travail théorique dans un travail adapté sédentaire ou semi-sédentaire 100% dès le 1-5-00".

c) Dans un rapport du Centre ORIPH du 17 novembre 2000, il est mentionné que l'assuré est entré au centre le 21 août 2000, que la mesure prendrait fin le 20 novembre 2000 et que le taux de présence de l'assuré de son entrée jusqu'à la date du présent rapport était de 56%. Il y figure encore ce qui suit:

"[...]

6. Capacité d'intégration socioprofessionnelle

Personne pouvant être très sympathique et sociable, mais qui parfois montre un comportement assez revendicatif en rejetant souvent la faute sur les autres lorsque cela ne va pas comme il le veut.

C'est une personnalité assez entière et ses exigences ne sont pas toujours en rapport avec son potentiel personnel en plus de sa problématique physique le limitant dans les activités qu'il souhaite aborder.

Travailler dans la restauration reste pour lui une priorité, mais surtout dans l'idée de d'obtenir une patente afin d'être à un poste avec des responsabilités, ce qui n'est pas forcément simple et probablement illusoire dans sa situation.

En fin de stage, il a fait de nombreuses démarches de recherches d'emplois avec une certaine facilité pour contacter les entreprises, mais dont les propositions de travail n'étaient pas toujours en rapport avec sa problématique physique.

7. Remarque(s) et commentaire(s) du stagiaire

Aucune remarque n'est formulée par N._____.

8. Conclusion et proposition

N._____ est une personne avec laquelle nous n'avons pas pu élaborer un projet professionnel. Ses absences prolongées (6 semaines à la suite), son manque d'intérêt pour les activités proposées et son attitude fuyante en sont les principales raisons. Il dit également ne pas être intéressé par la mécanique et le domaine de l'électricité et refuse d'entrer dans un projet quelconque, prétextant qu'il ne veut pas faire perdre du temps aux formateurs et à lui-même.

Durant les deux dernières semaines de stage, N._____ s'est mobilisé pour faire des dossiers de candidatures. Il a écrit dans différentes entreprises dans des domaines tels que le transport, le magasinage, etc. Il est également allé s'inscrire dans plusieurs agences temporaires. Les recherches d'emploi partent tout azimut ceci parfois en contradiction avec sa problématique physique.

Pour notre part, N._____ est apte à reprendre une activité professionnelle en position assise ou alternée dans des domaines

peu techniques et ne nécessitant pas de formations théoriques et/ou pratiques conséquentes. Dans ces conditions, le taux d'occupation est estimé à 100% d'un temps de journée avec rendement pouvant aller jusqu'à 100% après une mise au courant.

Néanmoins, au vu de la difficulté à cerner les réelles envies de N._____ pour l'élaboration d'un projet professionnel et vu les maigres observations que nous avons pu obtenir, nous ne sommes pas en mesure de vous certifier que votre assuré ne puisse pas travailler dans d'autres positions de travail que celles décrites ci-dessus.

Actuellement, N._____ est en traitement de physiothérapie et une consultation médicale chez son médecin traitant, le Dr Y._____, sera fixée ces prochains jours.

Nous mettons un terme au stage de votre assuré à l'échéance de la décision, c'est-à-dire le **20 novembre 2000**.

[...]"

G. Le 8 janvier 2001, l'OAI a communiqué un projet de décision à l'assuré libellé en ces termes:

"[...]

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent.

Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Le 1^{er} novembre 1996 vous avez déposé une demande de prestations AI en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Vous avez bénéficié de mesures professionnelles avec droit à des indemnités journalières du 21 décembre 1998 au 30 septembre 1999 en vue de l'obtention d'un permis de poids-lourds ainsi que du 21 août au 20 novembre 2000 au centre Oriph.

Selon les investigations que nous avons entreprises vous êtes apte à reprendre une activité professionnelle en position assise ou alternée dans des domaines peu techniques et ne nécessitant pas de formation théorique et/ou pratique conséquente et ceci à 100%.

Les postes cités ci-après vous sont accessibles:

Emploi dans la mécanique légère ne nécessitant ni port de charges ni station debout prolongée où vous pourriez réaliser un gain entre Fr. 3'300.-- et Fr. 3'900.-- par mois versé 13 fois l'an, soit une moyenne de Fr. 46'500.

Dans des postes de montage industriel léger, un salaire moyen de Fr. 3'500.-- versé 13 fois l'an pour un début d'activité, sans formation particulière, soit Fr. 45'500.--.

La moyenne annuelle pour ces deux activités est de Fr. 46'150.--.

Dans votre ancienne activité de cuisinier à plein temps vous pourriez prétendre à un salaire de Fr. 3'800.-- versé 13 fois l'an, soit un revenu annuel de Fr. 49'400.--.

Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 6% et vous considérons comme étant reclassé.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant:

	francs
Revenu provenant d'une activité lucrative, sans invalidité .	49400.00
Revenu provenant d'une activité raisonnablement exigible, avec invalidité	<u>46150.00</u>
Manque à gagner/degré d'invalidité <u>6.00%</u>	3250.00 =

Par conséquent te droit à la rente et à des mesures professionnels est rejeté.

[...]"

Le 8 février 2001, l'OAI a rendu une décision reprenant les motifs de son projet, par laquelle il rejetait le droit de l'assuré à la rente et à des mesures professionnelles. L'assuré a recouru contre cette décision.

Par jugement du 5 février 2002, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision entreprise. Il a retenu que, quelle que soit la méthode de calcul employée, le degré d'invalidité de l'assuré (6%) était inférieur au seuil de 20% donnant droit à des mesures professionnelles et à celui de 40% donnant droit à la rente.

H. Le 20 février 2003, la SUVA a écrit ce qui suit à l'assuré:

"[...]"

L'examen médical que vous avez subi récemment a révélé que vous n'aviez plus besoin de traitement. Par conséquent, nous mettons fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet 31 mars 2003, au soir.

Nous vous envoyons le montant de l'indemnité journalière arrêtée 31 mars 2003 par la poste.

Selon l'article 18 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) l'assuré qui devient invalide à la suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Aux termes de l'article 19 alinéa 1 LAA, ce droit prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (AI) ont été menées à terme.

[...]"

I. a) Le 3 mai 2003, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. Il indique être divorcé et renvoie à ses dossiers AI et SUVA en ce qui concerne l'atteinte dont il souffre.

Le 27 mai 2003, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'une demande déposée après un refus de prestation doit établir de manière plausible une modification de l'invalidité susceptible d'influencer le droit aux prestations (art. 87 al. 4 RAI). Cet office lui a demandé de lui adresser un certificat médical attestant une aggravation de son état de santé, sous peine de non-entrée en matière sur la demande.

b) Le 3 juillet 2003, le médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a adressé un courrier à l'OAI, dont il ressort ce qui suit:

"[...]"

Le patient susmentionné est en traitement chez nous et nous prie d'envoyer quelques mots concernant sa santé ainsi que sa capacité de travail.

Concernant l'affection de son genou gauche, l'état subjectif et fonctionnel est resté sans changement significatif depuis quelques mois.

Il est actuellement en traitement pour une arthrite aiguë au niveau de son genou droit dont l'origine n'est pas encore déterminée.

Selon l'étiologie et l'évolution de la symptomatologie actuellement aiguë, la capacité de travail chez ce patient pourrait davantage être mise en question à long terme.

[...]"

Dans un avis du 25 février 2004 du SMR, il figure notamment ce qui suit:

"[...]

2^e demande après refus de prestations prononcé le 05.02.2001 (invalidité de 6%), avec recours au TCA, rejeté.

Cette nouvelle demande mentionne encore et toujours des problèmes au genou G, elle est déposée en mai 2003. Une lettre du Dr D. _____ du 03.07.2003 mentionne un épisode aigu d'arthrite d'origine indéterminée.

Renseignements pris par téléphone ce jour: Le Dr D. _____ l'a soigné pour un épanchement aigu du genou G, avec ponction et injection de Diprophos. Au contrôle la situation s'était amélioré, et l'assuré ne s'était plus présenté au rendez-vous d'août 2003 pour une injection d'un produit améliorant la viscosité. Depuis lors, ce médecin n'a plus eu de nouvelles de l'assuré.

A noter qu'à cause de l'atteinte de ce genou le calcul du préjudice avait été fait sur la base d'une activité sédentaire ou semi-sédentaire légère.

Par conséquent, aucune nouvelle atteinte ou péjoration durable de l'état de santé n'est démontrée.

[...]"

c) Le 1^{er} avril 2004, l'OAI a communiqué le projet de décision suivant à l'assuré:

"[...]

Par décision du 8 février 2001, la précédente demande relative au même objet a été rejetée.

Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Le 15 mai 2003 vous avez déposé une nouvelle demande de rente et en date du 3 juillet 2003 vous nous avez adressé un courrier du Dr D. _____.

Or, selon les renseignements en notre possession, ce médecin vous a soigné pour un épanchement aigu du genou gauche. Au contrôle, la situation s'était améliorée et vous ne vous êtes pas présenté au rendez-vous d'août 2003, et depuis lors ce médecin n'a plus de nouvelle de votre part.

Notre décision est par conséquent la suivante:

Votre nouvelle demande de prestations est rejetée, n'ayant aucune preuve d'une aggravation de votre état de santé.

[...]"

Par courrier daté du 3 juin 2004, l'assuré a fait opposition à décision précitée. Il a tout d'abord requis la restitution du délai

d'opposition, faisant valoir qu'il était en Tunisie au moment de la notification de la décision attaquée, et a conclu à l'annulation de celle-ci. Il a produit un certificat médical de son médecin traitant attestant son inaptitude totale de travailler depuis le 1^{er} avril 2003.

Le 21 octobre 2004, l'OAI a rendu une décision de non-entrée en matière sur l'opposition formée par l'assuré, dans la mesure où il a retenu que l'assuré n'était pas empêché sans faute d'avoir pu agir en temps utile.

J. a) Par acte du 18 novembre 2004, l'assuré a recouru contre la décision du 21 octobre 2004. Il allègue notamment avoir été en Tunisie du 27 mars au 30 juin 2003 et conclu, en substance, à l'annulation de la décision entreprise.

Dans un courrier du même jour, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical établi le 27 octobre 2004 par son médecin traitant, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont on extrait ce qui suit:

"[...]

Appréciation:

Vu exclusivement sous l'angle de son appareil locomoteur, ce travailleur tunisien âgé de 46 souffre d'une ankylose post-opératoire totale de son arrière pied gauche, status onze ans après fracture calcanéenne traitée chirurgicalement par reconstruction-arthrodèse. Cliniquement et radiologiquement, le résultat est excellent, les rapports osseux de l'arrière pied étant quasi normaux et l'arthrodèse parfaitement consolidée. Les seules séquelles objectives de cette lésion consistent en une minime ostéophytose de la portion antérieure du pilon tibial et de la région dorsale des interlignes du cou-de-pied (Chopart et Lisfranc). L'agrafe métallique laissée en place est bien tolérée sans signes d'ostéolyse de voisinage.

Le genou gauche a été victime le 16.01.1999 d'une entorse ligamentaire avec rupture du ligament croisé antérieur. Après un traitement conservateur, le Dr Q._____ a procédé à une plastie intra-articulaire de remplacement de ce ligament utilisant la technique du tendon du gracilis. Les suites opératoires ont été longues et difficiles, nécessitant une première arthroscopie de contrôle faite le 16.12.1999 montrant une chondropathie stade II à III de la trochlée fémorale ainsi qu'une hypertrophie synoviale accompagnant quelques adhérences suivie d'une seconde arthroscopie le 25.10.2001 enregistrée sur cassette vidéo. Aux

premières constatations s'ajoute la notion d'ulcère chondritique du condyle fémoral interne traité selon la technique de L.Johnson. La chondrite fémoro-patellaire a quant à elle été confirmée.

Plus récemment s'ajoute la notion de troubles dégénératifs de type arthrosique du genou droit, d'intensité comparable par rapport au gauche, en l'absence de toute notion d'accident ou de geste chirurgical.

Enfin, il faut mentionner pour mémoire des lombalgies basses (non investiguées à mon cabinet) en traitement chez le Dr H._____.

L'état médical rend la situation préoccupante, les articulations des deux genoux étant susceptibles d'évoluer défavorablement en une arthrose prononcée justiciable de la reprise d'un traitement, rhumatologique ou chirurgical par ostéotomie ou prothèse.

L'existence de lombalgies basses constitue un facteur péjoratif.

Seule l'arthrodèse de l'arrière pied gauche est de bon pronostic, le positionnement post opératoire étant excellent et la consolidation osseuse complète.

Sur le plan professionnel, la situation actuelle permet une activité sédentaire légère effectuée essentiellement en position assise mais permettant occasionnellement de courtes déambulations (travail assis à l'établi par exemple).

Pour aborder brièvement les liens causalité, Il est admis que l'arthrodèse de l'arrière pied gauche ne concerne pas la SUVA.

Il en est de même des troubles lombaires qui ont une étiologie exclusivement malade.

L'arthrose du genou droit est également malade.

La gonarthrose gauche a une étiologie mixte, post-traumatique sur fond malade. Ceci laisse la porte ouverte à la fixation d'un "statu quo sine" par l'assureur LAA.

Pour l'Assurance Invalidité, l'étendue du handicap est plus vaste. Elle additionne aux troubles dégénératifs des deux genoux, les minimales séquelles fonctionnelles de l'arrière pied gauche, les rachialgies basses mais surtout la composante psychosociale résultant de la période d'inactivité professionnelle d'une durée de cinq ans.

A ce propos, je suggère la mise en oeuvre par l'OAI d'un examen médical pluridisciplinaire mettant en oeuvre conjointement des rhumatologues, des orthopédistes et des psychiatres.

[...]"

L'assuré a déclaré que le courrier précité valait "demande tendant à obtenir des prestations de l'AI".

b) Le 18 juillet 2005, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision entreprise. Se basant sur les billets de la compagnie tunisienne de navigation - produits par l'assuré -, il a retenu qu'à la différence de ce qu'a allégué ce dernier, il était revenu de

Tunisie le 30 avril 2004 et non le 30 juin 2004 et avait ainsi pu prendre connaissance de la décision attaquée dès le début du mois de mai 2004. Or, il a déposé sa demande de restitution de délai en juin 2004, soit près d'un mois après son retour en Suisse, sans donner d'explication plausible quant à ce retard.

K. Faisant suite à la demande de prestation appuyée par le certificat médical du Dr J._____, l'OAI a rendu le 27 avril 2006 une décision de refus d'entrer en matière, au motif qu'une aggravation de l'état de santé de nature à modifier le droit aux prestations AI n'avait pas été rendue plausible.

Le 30 mai 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision, concluant à l'annulation de celle-ci. A l'appui de son acte, il a produit un certificat médical établi le 11 mai 2006 par le Dr W._____, qui est libellé en ces termes:

"[...]

N._____ me présente ses radiographies, a côté du dernier document qu'il a reçu de l'AI, consistant en un refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations basée sur le rapport du Dr J._____. J'ai également ce rapport sous les yeux.

Sur un plan strictement médical, N._____ m'a précisé avoir eu, par le passé et sur demande du Dr H._____, des radiographies de son rachis. Celles-ci, malheureusement, ont disparu avec la fermeture du cabinet du confrère susmentionné.

Compte tenu de la longueur de l'évolution ainsi que du status et des modifications structurelles des membres inférieurs, compte tenu également du conflit asséculoologique et des conséquences de celui-ci sur la condition physique de N._____, il me paraît légitime de compléter actuellement les examens par des radiographies face/profil de la région lombaire ainsi que par une IRM de cette même région. J'ai donc remis à N._____ des bons pour effectuer ces examens au CHUV dans un avenir aussi proche que possible.

Sur le plan asséculoologique, par contre, je relève que l'interprétation faite par l'office AI du canton de Vaud du dossier de N._____ est simplement inacceptable. Les textes du refus d'entrer en matière relèvent qu'il n'y a pas d'élément permettant de rendre plausible sur la base du rapport du Dr J._____ une aggravation de l'état de santé de notre patient. Or, l'Office se base sur un extrait du texte, sans tenir compte de l'ensemble, pour affirmer que l'état de santé actuel nécessite l'exercice d'une activité en position assise ou alternée. Le texte en question est celui que le Dr J._____ a rédigé

en réponse aux problèmes de genoux du patient et ne concerne en rien les rachialgies.

L'argumentation de l'OAI est donc totalement tendancieuse. En effet, le texte du Dr J. _____ est clair, les limitations qu'il a définies initialement concernant l'activité sédentaire légère effectuée **essentiellement** en position assise s'adressent à la problématique post-traumatique. Il n'est donc pas valable de la manière dont l'utilise l'AI. De plus, dans le même document, le Dr J. _____ précise que pour l'assurance invalidité l'étendue du handicap est plus vaste, il additionne aux troubles dégénératifs des deux genoux, les minimales séquelles fonctionnelles de l'arrière-pied gauche, les rachialgies basses et surtout la composante psychosociale.

En ce qui concerné la phrase de l'AI disant que les limitations sont valables en cas de problème du dos, cette affirmation est tout simplement fausse, En effet, l'activité sédentaire légère préconisée par le Dr J. _____ parle d'un travail essentiellement en position assise, ce qui est une contre-indication habituelle aux problèmes de rachialgies qui tolèrent bio-mécaniquement une activité occasionnellement assise. La deuxième affirmation pour motiver le refus d'entrer en matière de l'AI est donc médicalement fausse.

Enfin, concernant le refus de prendre en compte la composante psychosociale, l'AI est particulièrement mal venue d'évoquer cette situation, puisque se sont justement ses lenteurs qui ont conduit au déconditionnement physique, en plus des lésions structurelles.

Dans ce sens, la décision de refus d'entrer en matière de l'AI est tout simplement inadmissible, non seulement pour des raisons humaines mais également et surtout pour des raisons biologiques et structurelles. [...]

A ce sujet, je relève que parmi les éléments complémentaires éventuellement utiles, les examens radiologiques que j'ai demandés pourraient s'avérer nécessaire.

[...]"

Par décision sur opposition du 13 décembre 2007, l'OAI a admis l'opposition de l'assuré et a prononcé la reprise de l'instruction de la nouvelle demande de prestations AI.

L. a) Le 19 février 2008, le Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, médecin au SMR, a établi un rapport faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 4 février 2008. Ce rapport comprend une anamnèse, un status, un résumé du dossier radiologique, des diagnostics et une appréciation du cas. On en extrait ce qui suit:

"[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- GONARTHROSE BILATÉRALE AVEC FOYER OSTÉOCHONDRIQUE DU CONDYLE FÉMORAL INTERNE DDC. M 17
- ARTHROSE TIBIO-ASTRAGALIENNE ET MÉDIO-TARSIENNE G AVEC STATUS APRÈS ARTHRODÈSE ASTRAGALO-CALCANÉENNE CONSOLIDÉE EN BONNE POSITION. M 19.1
- LOMBOSCIATALGIES G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DE DISCRETS TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS. M 54.4.

Appréciation du cas

L'assuré se plaint actuellement surtout de lombalgies et de gonalgies à prédominance G. Il signale également des sciatalgies G prenant la face externe du membre inférieur G jusqu'à mi-mollet s'accompagnant de fourmillements ainsi que des douleurs du talon et de la cheville G dans le cadre d'un status après arthrodèse astragalo-calcanéenne pour fracture multifragmentaire du calcaneum. Les diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status, on note des troubles statiques du rachis. Il existe également un raccourcissement du membre inférieur G de 1 cm. La mobilité lombaire est diminuée et l'on ne note que la présence d'un seul signe de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations des membres supérieurs est bien conservée. La mobilité des deux hanches est satisfaisante. Par contre, la mobilité du genou G est très limitée avec présence même d'un flexum d'environ 2°. La fonction des chevilles est complète, mais douloureuse à G avec cependant un enraidissement complet de l'arrière-pied en raison de l'arthrodèse astragalo-calcanéenne. Au niveau du genou G, il existe également un Lachmann rallongé et à arrêt mou, qui signe une insuffisance persistante du ligament croisé antérieur. Il existe également un syndrome rotulien bilatéral. Il existe par ailleurs une discrète atrophie du quadriceps G. La palpation du talon G et de la cheville G est par ailleurs douloureuse. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est sp, mis à part une aréflexie rotulienne G semblant liée en partie à une difficulté à se décontracter à ce niveau. Il existe également une hypoesthésie tactile de toute la face externe du membre inférieur G.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une gonarthrose bilatérale avec foyer ostéochondritique du condyle fémoral interne ddc. Les radiographies du pied G mettent en évidence un status après arthrodèse astragalo-calcanéenne consolidée en bonne position. Il existe cependant un petit ostéophyte à la partie antérieure du pilon tibial et les interlignes médio-tarsiens du Chopard et de Lisfranc sont légèrement dégénératifs. Les examens radiologiques lombaires ont montré de discrets troubles dégénératifs du rachis. Une IRM lombaire a aussi montré des lésions laissant suggérer une spondylarthropathie qui a pu être raisonnablement écartée par la pratique d'une IRM des sacroiliaques qui s'est avérée normale.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au

vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité de cuisinier. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres inférieurs: pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout de plus de 15 minutes. Pas de marche supérieure à 15 minutes. Pas de marche en terrain irrégulier.

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

Comme cuisinier, il y a une incapacité de travail totale depuis 1993.

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

Il est resté complet et stationnaire depuis 1993.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 04.02.2008, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de cuisiner depuis 1993. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0% COMME CUISINIER.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100%. DEPUIS: LE 23 NOVEMBRE 1993, SOIT 6 MOIS APRÈS L'ACCIDENT.

[...]"

Dans un avis du 29 février 2008, le Dr G. _____, médecin du SMR, a repris les limitations fonctionnelles du rapport ci-dessus et confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%.

b) Par communication du 20 mars 2008, l'OAI informait l'assuré qu'un droit à la réorientation professionnelle était ouvert.

Afin d'évaluer les aptitudes à la réadaptation professionnelle et la capacité de travail de l'assuré, un stage d'évaluation de trois mois a été prévu auprès de l'EPI, section APAIL.

Dans un rapport du 7 octobre 2008, l'EPI, section APAIL, a indiqué que la mesure ordonnée par l'OAI n'avait pas pu être exécutée en raison de l'absence de l'assuré, mis au bénéfice d'un certificat médical du Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie, dès le 18 septembre 2008. Bien que le début du stage ait été prévu pour le 15 septembre 2008, l'assuré ne s'était présenté que le 16 et le matin du 18 septembre 2008, soit une présence d'un jour et demi. Durant ce laps de temps, l'assuré n'a montré aucune motivation et a eu un comportement "multi-plaintif".

c) Le Dr Z._____, psychiatre traitant, a établi un rapport médical le 5 novembre 2008, dont il ressort ce qui suit:

"[...]

Discussion: la situation de N._____ me paraît complexe et compliquée. Je ne m'attarde pas sur les aspects somatiques et je renvoie aux rapports existants, et notamment au rapport de Dr W._____ du 25 septembre 2008 du service de rhumatologie du Chuv. Indépendamment des problèmes physiques et douloureux N._____ est actuellement également incapable de travailler pour des raisons psychiatriques. Je l'ai vu une première fois à ma consultation le 17 septembre 2008. A ce moment là, j'ai rencontré un homme qui était à bout, suite à un long parcours de combattant, où il m'est difficile de faire la part des choses entre des éléments de revendication et de "névrose de rente éventuelle", une évolution pernicieuse de deux accidents et une surenchère iatrogène qui ont engendré un cercle vicieux. Je crains fort qu'on soit arrivé à un stade difficilement réversible.

Pour moi, N._____ présente certes des traits narcissiques et caractériels (manque de reconnaissance depuis toujours; reviviscence d'un traumatisme de perte; perspective que l'épouse parte avec la famille en Libye, ravive le décès de son père, le divorce avec la deuxième épouse et éloignement de la fille issue de ce mariage, perte de son intégrité physique, etc.). Je pense que cette ronde d'évaluations médicales, dont certaines ont manqué d'empathie et de jugements sur plusieurs années ont enfoncé N._____ dans un état dépressif et d'aggravation des symptômes douloureux avec en plus une attitude de revendication, dont je ne le vois que difficilement ressortir. A mes yeux il faut arrêter cette surenchère et lui reconnaître le droit à une rente.

N._____ s'est adressé à moi pour sa détresse psychique réelle. Je me trouve de devoir répondre à une problématique fort complexe. Si mon argumentation ne devait pas suffire, il serait à mes yeux urgent de procéder rapidement à une expertise psychiatrique pour arriver enfin à une conclusion acceptable.

[...]"

Le 24 novembre 2008, le Dr Z._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré. Les signes

psychotiques présentés par ce dernier étaient devenus beaucoup plus évidents; il présentait également une fatigue extrême. Il ne parlait plus spontanément et son discours était délirant. Il faisait en outre mention d'hallucinations visuelles et auditives. Le Dr Z._____ a introduit un traitement de Zyprexa 10 mg par jour et a précisé que l'assuré ne souhaitait pas être hospitalisé. Il a posé comme diagnostic un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Par avis du 19 décembre 2008, le SMR a décidé de procéder à un examen psychiatrique; pour le surplus, il a renvoyé au rapport d'examen clinique rhumatologique du 4 février 2008 et à son avis médical du 29 février 2008.

d) Le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecin au SMR, a établi le 25 février 2009 un rapport faisant suite à un examen clinique psychiatrique du 23 février 2009. Ce rapport comprend une anamnèse, un status psychiatrique, des diagnostics et une appréciation du cas. On en extrait ce qui suit:

"[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- EPISODE DÉPRESSIF MOYEN EN RÉMISSION (F 32.1).

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré de 51 ans, sans formation professionnelle, ayant déposé une 4^e demande AI en date du 24.04.2006 soumis à un stage d'observation depuis le 15.09.2008, l'assuré n'a été présent que 1 ½ jour et consulte un psychiatre depuis le 17.09.2008. Ce psychiatre atteste une IT totale pour un état dépressif et il lui semble difficile de faire la part des choses entre les éléments de revendication et de "névrose de rente éventuelle".

L'examen clinique SMR met en évidence

1. une absence de tableau dépressif avec thymie bonne sans irritabilité ni tristesse, avec ruminations sans idées noires, sans anhédonie, sans repli sur lui-même, avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration, sans perte d'estime de lui-même. Le psychiatre consulté en septembre 2008 adresse un rapport médical en date du 05.11.2008 faisant état d'un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail "d'état dépressif" sans cotation CIM-10 et avec un

point d'interrogation en guise de réponse à la question "existant depuis quand?". Il précise alors dans ce rapport un traitement de Remeron® 30 mg 1 cp, Tranxilium® 5 mg 3-4 cp par jour, Imovane®. Joint par téléphone au décours de l'examen clinique SMR, le psychiatre décrit une amélioration de l'état dépressif avec substitution d'un tableau productif qui a amené le psychiatre traitant à interrompre le traitement antidépresseur et à proposer un traitement par Ziprexa® 10 mg par jour (cf. l'addenda à rajouter au rapport AI du 05 en date du 24.11.3008.)

2. l'examen clinique SMR retrouve aussi des éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules ou calmées par le traitement anxiolytique de Tranxilium®, ainsi que des éléments en faveur de crises paniques (F 41.0) dont l'intensité s'avère légère et donc d'après la CIM-10, comme n'ayant pas de valeur incapacitante.
3. dans son rapport du 05.11.2008, le psychiatre traitant précise dans la page d'accompagnement: "*pas de signe de psychose floride, même s'il décrit des phénomènes étranges, quand il reste longtemps éveillé (il entend des gens bizarres qui menacent de le tuer s'il ne part d'ici?)*"

L'examen clinique SMR met en évidence ce genre de production, dans les mêmes conditions, et qui évoquent plutôt des images hypnagogiques que des véritables productions hallucinatoires. L'assuré déclare de plus une amélioration à la fin de l'année 2008, péjorée par un accident domestique dont aurait été victime son fils (hospitalisation de 3 semaines au CHUV de l'enfant pour brûlures, avec greffe de peau, retour à domicile la semaine dernière). L'assuré se dit soulagé de la bonne évolution des brûlures de son enfant. Nous ne retrouvons pas dans l'examen clinique les éléments constitutifs d'un tableau faisant évoquer une pathologie psychotique avec un affect inapproprié ou une attitude froide et distante, l'assuré est effectivement plutôt revendiquant, une pauvreté du contact, une méfiance, une pensée vague et circonstanciée, un contact bizarre.

4. enfin, certaines contradictions apparaissent dans l'anamnèse récente de l'assuré puisque le psychiatre traitant fait état d'une situation conjugale extrêmement tendue, l'épouse menaçant de retourner vivre en Libye avec les enfants, alors que l'assuré déclare une bonne entente conjugale avec un enfant à naître en avril 2009.
5. notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbations de l'environnement psychosocial et des limitations fonctionnelles psychiatriques.

Nous pouvons donc considérer que l'épisode dépressif moyen est actuellement en rémission, que les productions hypnagogiques anamnestiques ne participent pas d'une symptomatologie floride psychotique avec, de plus, amélioration de la symptomatologie d'après l'assuré, fin 2008.

Les limitations fonctionnelles : aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Le dossier fait état d'une incapacité de travail à 100% depuis le 17.09.2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Amélioration avec rémission fin 2008.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 100% dans l'activité habituelle sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée, elle est de 100% sur le plan psychiatrique.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100% SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE

DEPUIS: DÉCEMBRE 2008.

[...]"

Dans un avis SMR du 12 mars 2009, le Dr G. _____ a retenu ce qui suit:

"[...]

L'examen psychiatrique au SMR du 23.02.2009, effectué dans le cadre de l'échec de MOP, démontre que l'épisode dépressif ayant motivé l'interruption de la mesure est en rémission depuis décembre 2008 et ne justifie plus d'incapacité de travail.

Il y a donc eu une incapacité de travail totale pour un épisode dépressif de septembre à novembre 2008. Dès décembre 2008, la capacité de travail exigible est celle définie dans l'avis médical du 29.02.2008

[...]"

M. a) D'un projet de décision de l'OAI du 8 juin 2009, on retient ce qui suit:

"[...]

Résultat de nos constatations:

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de cuisinier jusqu'en 1993. Ensuite, vous avez bénéficié des prestations de l'assurance-chômage et êtes maintenant soutenu par le Service social.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Vous avez notamment été convoqué au Service médical régional le 4 février 2008 en vue d'une expertise rhumatologique ainsi que le 25 février 2009 pour une expertise psychiatrique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants.

- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail entière dans votre activité habituelle de cuisinier. Toutefois, vous présentez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les 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 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc; membres inférieurs: pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de position debout de plus de 15 minutes, pas de marche supérieure à 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier.

- Notre service de réadaptation vous a rencontré en date du 4 mai 2009 en vue d'une éventuelle reprise de la mesure professionnelle interrompue à la mi-septembre 2008. Lors de cet entretien, vous avez clairement démontré que des mesures professionnelles n'étaient pas souhaitées.

- Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2000 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'437.00 par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau 69.2), ce montant doit être porté à CHF 4'636.67 (CHF 4'437.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 55'639.98.

[..]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 20% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 44'511.98.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 49'400.00

avec invalidité CHF 44'512.00

La perte de gain s'élève à CHF 4'888.00 = un degré d'invalidité de 9.89%

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

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée.

[...]"

b) Le 8 juillet 2009, l'assuré a formé opposition contre le projet de décision. En substance, il a fait valoir qu'il ne pouvait plus exercer la profession pour laquelle il avait suivi une formation, savoir la profession de cuisinier, en raison des atteintes à sa santé (ch. 1 de l'opposition), et a allégué avoir "joué le jeu" et fait tous les efforts nécessaires pour trouver un nouvel emploi, que d'autres activités pouvaient éventuellement être envisagées, mais que dans le marché actuel du travail, il paraissait aléatoire de trouver une activité adaptée (ch. 2, 4 et 5 de l'opposition). Se prévalant de divers certificats médicaux figurant au dossier, il s'opposait à l'avis du SMR, selon lequel il ne présenterait aucune atteinte invalidante (ch. 6 et 7 de l'opposition). Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) réalisé par des médecins "neutres" et conclu à l'octroi d'une rente entière.

D'un avis SMR du 30 juillet 2009, on retient ce qui suit:

"[...]

Rappelons que nous traitons actuellement une troisième demande déposée le 24.04.2006, après deux recours rejetés par le TCA (05.02.2002 et 18.07.2005).

Les points 1 à 5 du mémoire de Me Saviaux concernent une chose jugée, sur laquelle je n'ai pas à revenir.

Les points 6 a) à c) reprennent l'argument des médecins traitants, qui justifient une incapacité de travail dans toute activité en tenant compte de "la composante psycho-sociale". Or dans le cadre légal régissant l'AI, seuls les facteurs bio-médicaux, à l'exclusion des facteurs psycho-sociaux, sont pris en compte pour définir la capacité de travail médicalement exigible. C'est la raison pour laquelle, après avoir examiné l'assuré au SMR (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 04.02.2008) nous nous sommes écartés des conclusions des médecins traitants de l'assuré en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée.

Au point 6 d), est cité l'avis du psychiatre traitant, qui amalgame également les facteurs psycho-sociaux et les facteurs bio-médicaux pour motiver l'octroi d'une rente. Par ailleurs je relève que son avis médical date de novembre 2006, époque à laquelle le psychiatre du SMR reconnaît une incapacité de travail de 100%. Les appréciations de ces deux psychiatres sont donc concordantes pour cette période.

Enfin au point 7, Me Saviaux estime, sans faire état d'aucun argument médical, que le rapport d'examen psychiatrique du SMR "n'est pas crédible ni plausible". C'est pour le moins court.

Ce rapport présente l'histoire médicale complète de l'assuré, fait état d'un examen psychiatrique approfondi, tenant compte des dires de l'assuré et aboutit à des conclusions argumentées et convaincantes. L'examineur a pris contact avec le psychiatre

traitant et tenu compte de son avis puisqu'il a validé l'épisode dépressif attesté par ce dernier et reconnu l'incapacité de travail de septembre à décembre 2008, date à laquelle le psychiatre traitant situe lui-même l'amélioration de la symptomatologie. Le rapport d'examen psychiatrique du SMR a pleine valeur probante.

Me Saviaux demande la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire qui ne serait justifiée que par la mise en doute de la neutralité du SMR, pourtant reconnue par les Tribunaux.

En conclusion, le projet de décision de l'OAI du 06.06.2009, reposant sur des rapports médicaux probants, auxquels le conseil de l'assuré n'oppose aucune objection recevable, doit être confirmé. L'expertise pluridisciplinaire demandée ne se justifie pas.

[...]"

c) Par décision du 21 août 2009, l'OAI, reprenant les motifs indiqués dans le projet de décision du 8 juillet 2009, a refusé d'allouer une rente à l'assuré, celui-ci présentant un degré d'invalidité (9,89%) insuffisant à cette fin.

N. Par acte du 22 septembre 2009, l'assuré a recouru contre la décision du 21 août 2009, reprenant le texte de son opposition du 8 juillet 2009. Il a en outre soutenu que la décision entreprise ne prenait pas en considération les griefs invoqués dans cette opposition et que l'OAI aurait dû mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire. Il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il a droit à l'allocation d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision de l'OAI (cf. art. 56 ss LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1], par renvoi de

l'art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]; 2 al. 1 let. c et 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des autres exigences en matière de recevabilité. Il est dès lors recevable en la forme.

2. Est litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé.

Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une nouvelle demande de prestation (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71). Pour le surplus, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées, et que le motif de suppression ou de diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. La révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

En l'espèce, la décision entreprise a été rendue le 21 août 2009 et la précédente décision ayant procédé à une constatation des faits pertinents, à une appréciation des preuves et à une comparaison des revenus a été rendue le 8 février 2001, confirmée par arrêt du 5 février 2002. Il y a donc lieu de définir si, entre la décision du 8 février 2001 et celle du 21 août 2009, l'état de santé du recourant s'est aggravé dans un

mesure telle que son degré d'invalidité s'en est retrouvé modifié et qu'un droit à des prestations AI doit lui être ouvert.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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.

Conformément à l'art. 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195, consid. 2; 122 V 158, consid. 1a, et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de

prestations, 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 pertinents (cf. ATF 133 V 108, consid. 4.2; 130 V 64, consid. 5.2.3, 117 V 198, consid. 4b; 109 V 108, consid. 2a; TFA I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (TFA I 597/05 du 8 janvier 2007; TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.1; TFA I 600/05 du 29 novembre 2006, consid. 4; ATF 109 V 108, consid. 2b).

b) Le juge des assurances sociales 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. Lorsque 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. 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27

janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR), au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). S'agissant des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence la cour de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA, I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence, les difficultés psychosociales ou socio-culturelles n'ont pas à être prises en considération pour déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée (ATF 127 V 294, consid. 5).

4. En l'espèce, il convient de retenir d'emblée que le recourant invoque les mêmes griefs que dans son opposition et qu'à la différence de ce qu'il soutient, ses griefs ont été examinés par l'OAI (cf. avis du SMR du 30 juillet 2009). Le recourant ne se prévaut d'aucun moyen à l'encontre de l'appréciation, en tant que telle, du SMR. Il ne fait notamment valoir aucun élément qui tendrait à remettre en cause le bien-fondé de cette appréciation.

Cela étant, il est constant que le recourant présente plusieurs atteintes à sa santé. Il a notamment présenté une fracture du calcanéum et du 5^e tarse du pied gauche en mai 1993. Il ressort des pièces établies par les médecins traitant, savoir les Drs K._____, Y._____, Q._____ et J._____, qu'il a bien récupéré et que son état est stationnaire. Dans une activité adaptée, l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail est nulle. Il ressort encore des rapports des Drs K._____ et Y._____, médecins qui ont suivi le recourant alors qu'il souffrait de l'atteinte précitée, qu'à partir du 20 juin 1995, celui-ci n'avait plus présenté d'incapacité de travail de plus d'un mois. Le recourant a en outre présenté une déchirure subtotale du LCA associée à une contusion osseuse du plateau tibial du genou gauche en janvier 1999. Selon le Dr Q._____, qui a soigné le recourant pour cette atteinte, ce dernier présentait une capacité de travail totale dès le 26 janvier 1999. La guérison a été compliquée, de sorte que le Dr Q._____ a décidé, en juillet 1999, de procéder à une plastie du LCA. Selon un rapport du 5 juillet 2000, ce médecin a retenu que la capacité de travail du recourant, dans une activité adaptée, était entière depuis le 1^{er} mai 2000. Il ressort encore d'une lettre du 20 février 2003 que le recourant n'avait plus besoin de traitement pour son genou gauche.

Ces deux atteintes ont été examinées dans le cadre de la demande déposée le 29 octobre 1996 et ont fait l'objet d'une décision de refus, retenant que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée (degré d'invalidité de 6%), rendue le 8 février 2001, confirmée par arrêt du 5 février 2002.

Dans une troisième demande déposée le 3 mai 2003, le recourant a fait valoir une aggravation de l'état de son genou gauche. Le médecin traitant, le Dr D._____ a indiqué qu'il avait présenté un épanchement du genou gauche, traité depuis lors, et qu'au contrôle tout était en ordre. Il a précisé qu'il n'avait plus eu de nouvelles du recourant, celui-ci ne s'étant notamment pas présenté à un rendez-vous agendé en août 2003. Compte tenu de ces circonstances, on ne saurait retenir que l'état du genou gauche se serait aggravé. En effet, le médecin traitant lui-même a constaté que l'épanchement avait été bien traité et le recourant a apparemment jugé inutile de retourner le voir pour un autre traitement. Il apparaît dès lors que l'"aggravation" dont a fait état le recourant n'était que passagère et qu'il y a, depuis, été remédié. En tout état de cause, aucun autre médecin ni aucune pièce ne démontrerait une aggravation, qui serait, de surcroît, suffisante pour influencer la capacité de travail du recourant. Certes, le Dr J._____ a indiqué dans son rapport du 27 octobre 2004 que le traitement du genou gauche a été long et complexe. Néanmoins, il y a également précisé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière. Le Dr W._____ reproche à l'OAI de s'être focalisé sur cette dernière appréciation du Dr J._____, sans tenir compte de l'ensemble de son rapport. Toutefois, il ressort de l'ensemble de ce rapport que l'étendue de l'handicap doit, selon le Dr J._____, être définie compte tenu des troubles dégénératifs des deux genoux, des minimes séquelles fonctionnelles de l'arrière pied gauche, des rachialgies et "surtout de la composante psychosociale résultant de la période d'inactivité professionnelle d'une durée de cinq ans". A lire le Dr J._____, celui-ci semble fonder une invalidité principalement sur des difficultés psychosociales. Or, le Tribunal fédéral a clairement indiqué que de telles difficultés n'entrent pas dans la détermination de l'incapacité de l'assuré. Dans ces circonstances, l'étendue vaste de l'handicap évoquée par le Dr J._____ apparaît beaucoup plus réduite et se définit compte tenu uniquement des troubles dégénératifs des deux genoux, des minimes séquelles fonctionnelles de l'arrière pied gauche et des rachialgies. S'agissant des deux genoux et de l'arrière pied gauche, le recourant n'a pas pu démontrer l'existence d'une aggravation, de sorte que la capacité de travail dans une activité adaptée

à ces atteintes demeure entière. S'agissant des rachialgies, seul le rapport d'expertise établi par le SMR répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de force probante. Cette expertise a conduit au complètement de la liste des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Il a néanmoins été retenu que, dans une activité adaptée à l'ensemble de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était de 100%. Cette appréciation concorde avec celle du médecin traitant J._____, faite dans son rapport du 27 octobre 2004. Partant et au vu de ce qui précède, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée demeure entière; aucune aggravation n'est rendue plausible, encore moins démontrée.

Le recourant fait encore valoir une atteinte psychiatrique. Il se prévaut à ce sujet d'un rapport médical du Dr Z._____ et d'un addenda à ce sujet, tous deux établis en novembre 2008. L'OAI a alors mis en œuvre une expertise psychiatrique, qui a été réalisée le 23 février 2009. Selon l'expert psychiatre, le recourant était en rémission au jour de l'expertise. Cette appréciation concorde avec les dires du psychiatre traitant Z._____, qui a indiqué au SMR une amélioration de l'état dépressif et un arrêt du traitement anti-dépresseur. A l'instar de ce dernier, l'expert psychiatre a retenu que le recourant présentait une incapacité totale passagère (de septembre à novembre 2008). Il a considéré que, depuis le mois de décembre 2008, le recourant présentait, sur le plan psychiatrique, une capacité totale de travail dans toute activité. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir une quelconque incapacité de travail due à une atteinte psychique, encore moins une aggravation sur ce plan.

Le recourant a toutefois contesté l'appréciation de l'expert psychiatre. Néanmoins, il n'a fait valoir aucun argument pertinent ni offert de preuve qui permettrait de mettre en doute la partialité ou le bien-fondé de l'appréciation des experts du SMR. Or, les rapports d'expertise de ces derniers répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de force probante et permettent notamment de dresser une image claire de l'état psychiatrique et physique du recourant. Dans ces circonstances, il n'y a

lieu pas de s'en écarter, d'autant plus que le principe veut que leur appréciation prévaut sur celle des médecins traitants.

La situation médicale étant claire, du moins aucun élément au dossier ni invoqué par le recourant ne laisserait en douter, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire. En l'état, la Cour de céans est à même de statuer. Au demeurant, le principe inquisitoire dont le recourant se prévaut ne s'applique pas dans le présent cas d'espèce.

Au vu de ce qui précède, il ressort des différents avis médicaux produits au dossier, dont aucun n'est clairement en opposition avec un autre, que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est entière, tant sur le plan physique que psychique. Au demeurant, le recourant n'a fait que reprendre la quasi-totalité des griefs invoqués dans sa réponse, lesquels ont d'ores et déjà été discutés de manière circonstanciée et appréciés de manière convaincante par l'OAI. Le recourant échouant à rendre une aggravation de son état de santé plausible, c'est à bon droit que l'OAI a refusé de lui allouer une rente au recourant, conformément à l'art. 87 RAI.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure est onéreuse, si bien qu'en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées doit supporter les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), étant souligné que la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.

18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. Ils sont provisoirement mis à la charge du canton attendu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

Le conseil du recourant a renoncé, par courrier du 12 mai 2011, à déposer une liste des opérations. Compte tenu des opérations réalisées dans le cadre de la présente procédure, l'indemnité d'office doit être arrêtée à 2'210 francs.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 450 fr. (quatre cents cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Nicolas Saviaux, conseil du recourant, est arrêtée à 2'210 fr. (deux mille deux cent dix francs).
- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Saviaux (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :