

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 août 2013

---

Présidence de       Mme     THALMANN  
Juges     :       Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard  
Greffière     :       Mme     Mestre Carvalho

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Natasa Djurdjevac Heinzer, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 1 Cst.; art. 61 let. a LPGA.**

## **E n f a i t :**

**A.** Par décision rendue le 7 mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé à A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1956, au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002, une augmentation de la rente d'invalidité.

Cette décision a été annulée par arrêt du 15 juin 2011 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et la cause renvoyée à l'office pour nouvelle décision après complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire en particulier sur les plans neurologique et psychiatrique (AI 94/11 - 295/11). L'arrêt a été notifié le 24 juin 2011.

Par lettre du 30 juin 2011, l'assuré, représenté par l'avocate Natasa Djurdjevac Heinzer, a requis notamment que l'expertise soit effectuée par la Policlinique [...] (ci-après : la Policlinique B.\_\_\_\_\_). Selon un avis juriste de l'OAI du 27 juillet 2011, il a été décidé de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire en particulier sur les plans neurologique et psychiatrique. Par lettres des 28 juillet, 30 août et 16 septembre 2011, l'assuré a formulé la même réquisition que précédemment et demandé le versement des dépens. Par courrier du 22 septembre 2011, l'OAI a invité la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS à verser les dépens. Puis, le 28 septembre 2011, l'office a mandaté le Service médical régional de l'AI (ci-après le SMR) pour qu'il indique des noms d'experts.

Il résulte d'un compte rendu d'entretien téléphonique entre le conseil de l'assuré et l'OAI le 20 octobre 2011 que ce conseil estimait que l'avis du SMR était superflu dès lors qu'il proposait d'effectuer une expertise auprès de la Policlinique B.\_\_\_\_\_, et qu'il exigeait notamment d'avoir une réponse à ses courriers dans les plus brefs délais ainsi qu'une confirmation écrite expliquant que l'OAI était dans l'attente du nom d'un expert.

Par lettre du même jour, l'OAI a écrit à l'assuré notamment qu'en raison d'un sous-effectif dû à plusieurs absences de longue durée au sein du team responsable de son dossier, il n'avait malheureusement pas été possible de donner une suite immédiate à celui-ci après son retour du service juridique, étant précisé que le dossier se trouvait actuellement auprès du SMR pour désignation d'un expert neutre.

Par lettre du 25 octobre 2011, l'assuré a demandé à ce que l'expertise soit mise en oeuvre au plus tard d'ici à la fin de l'année. En date du 27 octobre 2011, l'OAI a accusé réception de ce courrier. Le 7 novembre 2011, le SMR a établi un avis médical proposant de confier le mandat d'expertise à la Policlinique B.\_\_\_\_\_ à [...].

Le 23 novembre 2011, l'OAI a écrit à l'assuré en l'informant de la mise en oeuvre d'un examen médical complémentaire auprès de la Policlinique B.\_\_\_\_\_ et, le 7 décembre suivant, l'intéressé a reçu une convocation émanant de cet établissement.

Dans le cadre de cette expertise, l'assuré a fait l'objet d'un examen de médecine interne le 11 janvier 2012, d'un consilium psychiatrique le 24 janvier 2012 (Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute) et d'un consilium neurologique le 26 janvier 2012 (Dr J.\_\_\_\_\_, neurologue). Dans leur rapport d'expertise daté du 6 mars 2012, les Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, médecins internistes, et le Dr D.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics incapacitants de cluster headaches/céphalées en grappe/maladie de Bing-Horton/érythroprosopalgie, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de trouble somatisation. Sur le plan psychique, il était indiqué que la capacité de travail était toujours de l'ordre de 50%. S'agissant de la capacité de travail en relation avec la pathologie des algies faciales, les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ étaient les suivantes :

"[...] Actuellement, il semble que sous le traitement en cours, la fréquence des troubles soit de 1 à 4 épisodes par semaine.

Théoriquement, une telle fréquence des troubles devrait autoriser une activité professionnelle à 50% sous forme d'un plein temps avec un absentéisme correspondant à une perte de rendement de 50%. Il est clair que cette appréciation ne vaut que pour la situation actuelle et que l'évolution des troubles peut aller soit vers l'amélioration (ce qui paraît néanmoins peu probable à moyen et long terme), soit vers une ré-aggravation de la fréquence des épisodes. Peut-être, une façon de tenir compte de l'ensemble des éléments et des opinions divergentes quant à la capacité de travail résiduelle du sujet serait d'admettre une incapacité de travail de 60% ouvrant le droit à 3/4 de rente plutôt qu'à une demi- rente. Cette appréciation ne tient bien entendu compte que des éléments neurologiques."

Lors de la discussion, les experts ont relevé en outre ce qui suit :

"L'appréciation de la capacité de travail en ce qui concerne la pathologie des algies faciales n'est pas aisée. Il n'est pas exceptionnel que l'on soit amené à retenir une incapacité de travail complète chez les patients présentant de nombreuses crises par jour. Il s'agit d'une pathologie sans substrat organique, sur la base des connaissances actuelles, donc non mesurable, et l'appréciation de sa gravité se base essentiellement sur l'anamnèse. Les manifestations cliniques se produisent de manière variable, autant en ce qui concerne la fréquence et l'intensité des crises qui sont de plus peu prévisibles. Structurer un organigramme d'une place de travail dans pareil contexte n'est pas une entreprise commode (absentéisme important potentiel).

L'assuré se trouvant depuis 2010 dans une situation sans emploi, sa capacité de travail doit, dès lors, être appréciée dans une activité raisonnablement exigible, c'est à dire adaptée à l'état de santé.

Le neurologue traitant avait mentionné 2 injections d'Imigran/semaine en 2001. En 2010 il signale 2 à 3 crises d'algies faciales par semaine, chacune d'une durée de 3 h à 3 h 30, en mentionnant leur variabilité. En 2011 une diminution des crises est signalée à l'AI Sur base de ces indications il paraît plausible de considérer une légère augmentation des crises depuis 2001.

Dans un tel contexte vu le nombre de crises (1-4/semaine) et leur durée (3-4 heures) il serait possible, sur le plan neurologique, de considérer théoriquement une capacité de travail de 50%; cependant, vu une augmentation légère des crises depuis 2001 la capacité de travail actuelle est à estimer plus basse et un taux de 40% paraît réaliste.

En dehors des crises d'algies, il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique. Les exigences quant à la place de travail sont d'une certaine importance: l'assuré doit pouvoir interrompre son activité lors d'une crise; il doit pouvoir pratiquer une injection déjà sur la place de travail et l'idéal serait d'avoir à disposition un local de repos.

[...]

En conclusion, en tenant compte des aspects psychiatriques et neurologiques, la capacité de travail est évaluée à 40 % dans une activité adaptée.

Vu les variabilités des manifestations cliniques et les exigences de la place de travail, il pourrait s'avérer opportun de tester la réalisation concrète d'un programme de travail dans un atelier d'observation, par exemple."

Dans un avis médical du 22 mars 2012, les Drs R. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ du SMR ont retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité avec la recommandation de tester la réalisation concrète d'un programme de travail dans un atelier d'observation.

Par lettre du 19 avril 2012, l'assuré a demandé à l'OAI de rendre une décision «*dans les meilleurs délais*». Le 23 avril 2012, l'intéressé a adressé à l'office une lettre rédigée le 20 avril précédent par le Dr V. \_\_\_\_\_, neurologue, s'étonnant qu'une capacité de travail de 50% ait finalement été retenue.

Par lettre du 24 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré que son dossier se trouvait auprès de la division de réadaptation professionnelle.

Le 26 avril 2012, l'assuré a produit diverses lettres émanant du Dr F. \_\_\_\_\_, anesthésiste, dont un courrier du 24 avril 2012 mentionnant une hospitalisation en urgence à deux reprises, du 30 mars au 2 avril 2012 et du 6 au 11 avril 2012, pour des crises de cluster headache cette fois-ci du côté droit. Le 14 mai 2012, il a versé au dossier un écrit rédigé le 7 mai 2012 par le Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre, contestant le rapport d'expertise du 6 mars 2012. Par courrier du 7 juin 2012, il a en outre produit une écriture du 29 mai 2012 du Dr X. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, se déterminant sur le rapport d'expertise précité et sur l'avis SMR du 22 mars 2012; à l'occasion de ce dernier courrier, l'assuré a demandé à l'OAI de lui indiquer les dates prévues pour l'atelier d'observation «*dans les plus brefs délais*».

Le 11 juin 2011, l'OAI a répondu à l'intéressé que suite aux dernières pièces médicales produites, le dossier se trouvait au SMR et que

de ce fait aucune date n'avait été fixée en vue d'une mesure d'observation professionnelle.

Le 18 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assuré une communication l'informant que les conditions d'une orientation professionnelle était remplies.

Dans un avis médical du 20 août 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué que le choix de l'une ou de l'autre des capacités de travail (40 ou 50%) était d'ordre administratif et qu'il renonçait à l'influencer.

Le 19 octobre 2012, le conseil de l'assuré a écrit ce qui suit à l'OAI :

"Voilà maintenant plus d'une année que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vous a renvoyé le dossier pour nouvelle décision.

Aussi, je vous remercie de m'informer des démarches entreprises depuis lors. En effet, il apparaît que cette affaire traîne maintenant depuis des mois et que vous n'avez encore rendu aucune nouvelle décision.

Par courriers des 11 et 18 juin 2012, vous aviez mentionné la mise en place de mesures d'observation professionnelle et d'orientation pour déterminer les possibilités de réinsertion de mon client. A ce jour, aucun entretien n'a été fixé à ma connaissance.

Au vu de ce qui précède, je vous remercie de me répondre à bref délai.

Sans nouvelle rapide de votre part, je ne manquerai pas de déposer un recours pour déni de justice."

Le 24 octobre 2012 l'OAI a transmis au conseil de l'assuré les dernières pièces pertinentes du dossier et l'a informé qu'il relançait la division de réadaptation. Par lettre du 25 octobre 2012, l'OAI a convoqué l'intéressé pour le 8 novembre suivant. Le 26 octobre 2012, le conseil de l'assuré a demandé communication de toutes les pièces versées au dossier à la suite de l'arrêt cantonal du 15 juin 2011, requête à laquelle l'OAI a donné suite par envoi du 31 octobre 2012.

Le 12 novembre 2012, la psychologue L.\_\_\_\_\_, de l'OAI, a établi une proposition dont il résultait qu'au vu de la complexité de l'atteinte à la santé (psychiatrique et neurologique), ainsi que de la difficulté à déterminer la capacité de travail résiduelle (40% ou 50%), il convenait de mettre en place un stage d'observation professionnelle au sens de l'art. 69 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

Le même jour l'assuré a été convoqué au centre O.\_\_\_\_\_ pour le mardi 27 novembre 2012.

Par communication du 26 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'afin de pouvoir évaluer son droit à des prestations, il y avait lieu d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, l'évaluation devant être effectué par le Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : le COPAI) et la mesure devant débuter le 21 janvier 2013 pour se terminer le 15 février 2013.

Le 27 novembre 2012, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI copie d'une lettre du 9 novembre 2012 du doyen de l'Ecole E.\_\_\_\_\_ de [...] concernant T.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

"Les relations qui vous liaient à votre employeur ont été rompues le 17 août 2012.

Comme vous n'avez pas trouvé un nouveau maître d'apprentissage dans le délai légal imparti, nous avons le regret de vous informer que nous sommes dans l'obligation d'annuler votre inscription en tant qu'élève au sein de l'Ecole E.\_\_\_\_\_ dès le 15 novembre 2012."

Le 7 février 2013, le conseil de l'assuré a adressé un fax à l'OAI, faisant état de ce qui suit :

"Vous me savez en charge de la défense des intérêts de M. A.\_\_\_\_\_, dans le [...] cadre du dossier en marge.

J'ai reçu ce jour copie du certificat médical établi par le Dr X.\_\_\_\_\_ le 4 février dernier attestant que mon client est inapte à suivre le stage professionnel à un taux supérieur à 50%. Je vous remercie de verser cette pièce au dossier, laquelle est jointe à la présente.

Par ailleurs, le stage professionnel devant prendre fin le 15 février 2013, je vous saurais gré de rendre un projet de décision d'ici au 15 mars 2013. A défaut, je déposerai un recours pour déni de justice. En effet, la cause vous ayant été renvoyée pour nouvelle décision après instruction complémentaire depuis plus d'un an et demi, il est inacceptable d'attendre plus longtemps."

Répondant par lettre du 26 février 2013, l'OAI a indiqué être en attente du rapport du COPAI pour pouvoir établir le rapport final de réadaptation et a précisé que ce n'était que sur la base de ce rapport qu'il pourrait se prononcer sur la mise en place d'autres mesures AI ou sur un éventuel droit à la rente. Ce rapport a été établi le 27 février 2013 et mentionne notamment que même en travaillant à 50%, les rendements de l'assuré sont inférieurs.

Après avoir établi une fiche du salaire exigible le 4 mars 2013, la division de réadaptation de l'OAI a rédigé son rapport final le 7 mars 2013 et une fiche d'examen du dossier le lendemain, précisant qu'un avis juriste était attendu. Cet avis a été rédigé le 15 avril 2013 et un mandat donné au SMR, notamment pour qu'il fasse part de son appréciation quant à la baisse de rendement observée au COPAI.

Le 26 avril 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

**B.** Par acte du 12 avril 2013, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Natasa Djurdjevac Heinzer, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, prenant les conclusions suivantes :

"1. Le recours pour déni de justice est admis.

2. La cause est renvoyée à l'Office Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud pour qu'[il] rende une décision d'ici au 1<sup>er</sup> mai 2013, faute de quoi le droit à l'octroi d'une rente AI entière devra être reconnu à A.\_\_\_\_\_ avec effet rétroactif au 7 mars 2011."

L'OAI a conclu au rejet du recours par réponse du 6 mai 2013.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures des 29 mai et 21 juin 2013.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.3), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Dans le cas présent, A. \_\_\_\_\_ recourt pour déni de justice. Il ne saurait dès lors prendre de conclusion au fond. Sa conclusion en tant qu'elle porte sur l'octroi d'une rente est en conséquence irrecevable.

**3. a)** Le recourant soutient en substance que malgré ses nombreuses demandes à l'autorité intimée de mener l'instruction ordonnée par l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal le 15 juin 2011, de faire diligence et de statuer par voie de décision, ce n'est que cinq mois plus tard, soit en novembre 2011, que l'autorité intimée a mandaté un expert. Du propre aveu de l'office, ce retard dans le traitement du dossier était dû à un manque d'effectif. Or, cela ne justifie en rien «*la lenteur excessive de la procédure*». L'assuré ajoute qu'après que le rapport

d'expertise a été rendu en mars 2012, il a également demandé à de nombreuses reprises à l'OAI de rendre une décision, la dernière fois par courrier du 7 février 2013 lui fixant un délai au 15 mars 2013, mais que tel n'a pas été le cas. Il prétend qu'*«aucun élément ne justifie un pareil retard dans le traitement du dossier du recourant. En effet, la présente affaire ne présente aucune complexité particulière et le dossier est assez fourni pour que l'autorité intimée ait été en mesure de statuer depuis plusieurs mois déjà. En particulier, le rapport d'expertise a été rendu en mars 2012 et les avis médicaux produits par le recourant lui-même sont parfaitement clairs et ne nécessitent aucune investigation complémentaire»*. Il soutient en outre qu'aucune "réelle" mesure d'instruction n'a eu lieu avant le stage d'observation professionnelle au mois de janvier 2013 et que suite à l'établissement du rapport de stage le 28 février 2013, aucune décision n'a été rendue.

Le recourant en conclut que rien ne justifie qu'il doive encore attendre, d'autant qu'il est dans une situation pécuniaire particulièrement précaire et qu'il a perdu son emploi à mi-temps à cause de son absentéisme depuis de nombreux mois. Il considère que l'intimé a violé le principe de célérité de la procédure et n'a pas respecté son droit à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

**b)** En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 la 116 consid. 3a, 107 Ib 160 consid. 3b et les références citées).

Selon la jurisprudence, il y a retard injustifié à statuer, au sens de l'art. 29 al. 1 Cst., lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1; TF 9C\_433/2009 du 19 août 2009 consid. 2.1). Le caractère

raisonnable ou approprié du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, une évaluation globale s'imposant généralement (TF 9C\_441/2010 du 6 avril 2011 consid. 2).

Entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2; 125 V 188 consid. 2a; TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.2). A cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si l'on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2; TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.2 et 9C\_433/2009 du 19 août 2009 consid. 2.1).

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a admis, au vu des circonstances, un retard inadmissible à statuer dans un cas où il s'était écoulé 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le prononcé du jugement cantonal, tout en relevant qu'un tel délai représentait une situation limite (TF 9C\_831/2008 du 12 décembre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_613/2009 du 22 février 2010). En revanche, dans deux autres affaires sans acte d'instruction médicale, le Tribunal fédéral a jugé qu'un intervalle d'un peu plus de 18 mois se situait dans les limites admissibles (TF 9C\_433/2009 du 19 août 2009; TF 8C\_615/2009 du 28 septembre 2009).

**c)** En l'espèce, l'OAI n'a reçu l'arrêt de la Cour des assurances sociales qu'à fin juin 2011, l'avis juriste a été établi le 27 juillet 2011 et le SMR mandaté le 28 septembre 2011 afin qu'il donne des noms d'experts, ce service ayant répondu le 7 novembre suivant. L'OAI a informé l'assuré de la désignation de l'expert le 23 novembre 2011 et l'intéressé a reçu une convocation le 7 décembre 2011. Il aurait certes été préférable que l'OAI réponde plus rapidement aux divers courriers de l'assuré, ne serait-ce que pour lui expliquer la procédure au sein de l'office dont, bien que pourvu d'un conseil, il n'avait manifestement pas connaissance. Il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait reprocher à l'OAI un retard injustifié, ce même sans tenir compte du fait que l'arrêt a été notifié à la veille des vacances scolaires, période au cours de laquelle un plus grand nombre de personnes sont momentanément absentes.

Par la suite, le dossier a été suivi de manière constante. En effet, le rapport d'expertise a été établi le 6 mars 2012. Dans ce rapport, les experts préconisaient de tester la réalisation concrète d'un programme de travail dans un atelier d'observation, proposition confirmée par les Drs R.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ dans leur avis médical du 22 mars 2012. Il est manifeste que l'OAI ne pouvait dès lors rendre une décision sans instruction complémentaire comme le demandait le recourant, qui avait pourtant connaissance de l'expertise. En outre, entre le 23 avril et le 7 juin 2012, le recourant a produit plusieurs rapports de médecins dont certains ont contesté les conclusions de l'expertise. L'OAI a dès lors dû les soumettre au SMR pour avis ce dont il a informé le recourant le 11 juin 2012. Il l'a également informé le 18 juin suivant que les conditions d'une orientation professionnelle étaient remplies. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait part de son avis le 20 août 2012 et le recourant a été convoqué à l'office le 8 novembre, la psychologue L.\_\_\_\_\_ ayant établi quelques jours plus tard un rapport proposant la mise en place d'un stage d'observation, lequel a eu lieu du 21 janvier au 15 février 2013. Il apparaît évident que l'OAI devait attendre le rapport consécutif au stage qui devait être établi, puis à la lecture de celui-ci, examiner si des mesures d'instruction complémentaires devaient être prises, conformément à son devoir d'instruction d'office. C'est ainsi qu'à la suite de ce rapport établi le 27

février 2013, la division de réadaptation a rédigé son rapport final et demandé un avis juriste, lequel a donné mandat au SMR le 15 avril 2013 compte tenu de la divergence entre les conclusions des experts et celles du COPAI. Enjoindre à l'OAI, comme l'a fait le recourant, de rendre un projet de décision au plus tard le 15 mars 2013 est dès lors sans fondement aucun.

On relèvera enfin que contrairement à ce que soutient le recourant, la cause est complexe compte tenu des divergences d'appréciation des divers intervenants.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'OAI un retard à statuer, loin s'en faut.

**4. a)** Le recours, manifestement mal fondé, est à la limite de la témérité. Il ne peut être que rejeté dans la mesure où il est recevable.

**b)** Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à l'octroi de dépens (cf. art. 61 al. 1 let. g LPGA; cf. art 55, art. 91 et 99 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (cf. art. 91 et 99 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté pour autant qu'il est recevable.

**II.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Natasa Djurdjevac Heinzer (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :