

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Gillard,
avocat à Bex,

et

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

Art. 29 al. 3 Cst. ; 37 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] en Tunisie, est entré en Suisse en 1989 et y a notamment travaillé en tant que cuisinier de 1990 à 1992.

Le 5 mai 1994, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel et de moyens auxiliaires. Il a indiqué souffrir d'une fracture du calcanéum et du cinquième tarse du pied gauche depuis le 29 mai 1993.

Le 27 juillet 1994, la Caisse cantonale vaudoise de compensation a adressé à l'assuré un projet de décision précisant 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 de l'assurance-invalidité.

B. Le 29 octobre 1996, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes.

Dans un formulaire annexe à la demande de prestations, établi le 18 novembre 2006, l'assuré a expliqué que, le 29 mai 1993, il avait subi un accident de voiture et se souvenait s'être réveillé dans un hôpital. Selon une lettre de sortie de l'Hôpital [...] du 1^{er} juillet 1993, l'assuré avait subi une intervention le 23 juin 1993, à savoir une reconstruction-arthrodèse du calcanéum gauche.

Dans un rapport du 23 mai 1997 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que l'assuré avait 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 avait 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 était entière. Il a posé les diagnostics de fracture comminutive du calcanéum gauche et de fracture du cinquième métatarsien gauche. 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.

Selon un rapport du Dr I._____, médecin praticien, du 11 juin 1997 à l'OAI, l'assuré avait présenté une incapacité de travail 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 de fracture comminutive du calcanéum ostéosynthésée (1993) et d'incontinence urinaire sur hyperesthésie vésicale (1993).

Le 27 juillet 1999, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit ce qui suit à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) :

« [...]

Monsieur 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 Monsieur 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 effectuée 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 asymptotique. 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 antérieure 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.

Selon une note interne de l'OAI du 26 juin 2000, l'assuré a suivi un traitement à la Clinique V. _____ (V. _____) à partir du 29 mai 2000 et pour une durée de quatre semaines. Durant ce traitement, une algoneurodystrophie (maladie de Südeck) a été diagnostiquée.

Le 5 juillet 2000, le Dr D. _____ a indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail théorique dans un travail adapté sédentaire ou semi-sédentaire à 100% dès le 1^{er} mai 2000.

Dans un rapport du Centre U. _____ du 17 novembre 2000, il est mentionné que l'assuré était 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. Le taux d'occupation était estimé à 100% d'un temps de journée avec un rendement pouvant aller jusqu'à 100%.

Le 8 février 2001, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet du 8 janvier 2001, niant le droit à l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Cette décision a été confirmée par jugement du 5 février 2002 du Tribunal des assurances (AI 99/01 -

120/2002), les avis médicaux au dossier confirmant une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée.

C. a) Le 3 mai 2002, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. Il a mentionné être divorcé et a renvoyé à ses dossiers AI et SUVA en ce qui concernait l'atteinte dont il souffrait.

Le 27 mai 2003, l'OAI a demandé à l'assuré de lui adresser un certificat médical attestant une aggravation de son état de santé, sous peine de prononcer une décision non-entrée en matière sur la demande.

Le 3 juillet 2003, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un courrier à l'OAI mentionnant que l'affection au genou gauche était restée sans changement significatif. Il ajoutait qu'il était en traitement pour une arthrite aiguë à son genou droit dont l'origine n'était pas déterminée. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré pouvait être remise en question à long terme.

Dans un avis du 25 février 2004 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), il ressortait notamment ce qui suit :

« [...]

Renseignements pris par téléphone ce jour : Le Dr S._____ l'a soigné pour un épanchement aigu du genou G, avec ponction et injection de Diprophos. Au contrôle la situation s'était améliorée, 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. »

Le 1^{er} avril 2004, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations, aucune aggravation de son état de santé n'ayant été démontrée.

Le 3 juin 2004, l'assuré a produit un certificat médical du Dr S. _____ attestant une incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} avril 2003.

Le 18 novembre 2004, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical établi le 27 octobre 2004 par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont est extrait ce qui suit :

« [...]

Appréciation:

Vu exclusivement sous l'angle de son appareil locomoteur, ce travailleur tunisien âgé de 46 [ans] 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 M. D. _____ 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 [...].

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 de 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 minimes 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 œuvre par l'OAI d'un examen médical pluridisciplinaire mettant en œuvre conjointement des rhumatologues, des orthopédistes et des psychiatres.

[...] »

Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, 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 M._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, libellé en ces termes :

« [...]

N._____ me présente ses radiographies, à 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 T._____. J'ai également ce rapport sous les yeux.

Sur un plan strictement médical, Monsieur N._____ m'a précisé avoir eu, par le passé et sur demande du Dr [...], 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 asséculo-logique et des conséquences de celui-ci sur la condition physique de Monsieur N._____, il me paraît légitime de compléter actuellement les examens par des radiographies face/profil de la région lombaire ainsi que par une IRM [imagerie par résonance magnétique] de cette même région. J'ai donc remis à Monsieur N._____ des bons pour effectuer ces examens au [...] dans un avenir aussi proche que possible.

Sur le plan asséculo-logique, par contre, je relève que l'interprétation faite par l'office AI du canton de Vaud du dossier de Monsieur 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 T._____ 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 T._____ 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 T._____ 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 T._____ 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 concerne la phrase de l'AI disant que les limitations sont valables en cas de problème du dos, cette affirmation est tout simplement fautive. En effet, l'activité sédentaire légère préconisée par le Dr T._____ 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 fautive.

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.

b) Le 19 février 2008, le Dr L._____, médecin auprès du SMR, a établi un rapport faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 4 février 2008, dont la teneur était notamment la suivante :

« [...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- GONARTHROSE BILATÉRALE AVEC FOYER OSTÉOCHONDRITIQUE 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 8kg, 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 lors?

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 cuisinier 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 F._____, médecin du SMR, a repris les limitations fonctionnelles du rapport ci-dessus et confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%.

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'[...], section [...].

Dans un rapport du 7 octobre 2008, l'[...], section [...], 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 C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 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 ».

Le Dr C._____ a établi un rapport médical le 5 novembre 2008, dont il est ressorti ce qui suit :

« [...]

Discussion : la situation de Monsieur 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 M._____ du 25 septembre 2008 du service de rhumatologie du [...]. Indépendamment des problèmes physiques et douloureux M. 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, M. 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 [...], 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 M. 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.

M. 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 C._____ 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 C._____ 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.

Le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du SMR, a établi le 25 février 2009 un rapport faisant suite à un examen clinique psychiatrique du 23 février 2009. Les éléments suivants ont été relevés :

« [...] »

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 [...] 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 [...] 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 F._____ 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.

[...] »

Le 8 juin 2009, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le
droit à des prestations, le degré d'invalidité étant insuffisant pour ouvrir le
droit à une rente de l'assurance-invalidité.

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. 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. 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.

Dans un avis SMR du 30 juillet 2009, le Dr F._____ a relevé
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 [...] 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 [...] 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 [...] demande la mise en œuvre 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.

[...] »

Par décision du 21 août 2009, l'OAI a refusé d'allouer une rente à l'assuré, celui-ci présentant un degré d'invalidité (9,89%) insuffisant à cette fin.

Le 22 septembre 2009, l'assuré a recouru contre la décision du 21 août 2009.

Le 6 avril 2011, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé la décision du 21 août 2009 (AI 450/09 - 168/2011), le recourant n'ayant pas démontré l'existence d'une aggravation de son état de santé. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral le 26 mars 2012 (TF 9C_500/2011).

D. Le 17 février 2014, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations AI pour adultes, faisant valoir un canal lombaire étroit depuis 2009.

Par courrier du 1^{er} avril 2014, Me François Gillard a informé l'OAI qu'il avait été consulté par l'assuré et a transmis une demande d'assistance juridique, requérant être désigné avocat d'office pour la procédure de révision AI. Il a transmis à cet effet différents documents sur la situation financière de l'assuré.

Le 9 avril 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a transmis trois rapports médicaux, à savoir :

- un rapport du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de W._____, psychologue, du 11 mars 2014, lesquels ont posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique et de troubles de la personnalité sans précision. Ils ont estimé l'incapacité de travail à 100% et envisagé un pronostic défavorable ;

- un rapport du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, du 26 mars 2014. Il a retenu les diagnostics de lombosciatalgie violente réfractaire au traitement habituel et d'état anxio-dépressif nécessitant un traitement psychiatrique, conduisant à une entière incapacité de travail ;

- un rapport du Dr [...] du 22 août 2012.

Dans un rapport transmis le 10 avril 2014 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé, à la suite de la consultation de l'assuré du 14 mars 2014, les diagnostics de status post-reconstruction et arthrodèse pour fracture du calcanéum gauche, de status post-plastie ligament croisé antérieur du genou gauche, de gonarthrose tricompartmentale, de lombalgies chroniques sur spondylarthrose, de dépression sévère, de diabète type II, d'adénome de la prostate, de hernie ombilicale et de status post-entorse du genou droit. Selon ce médecin, ces pathologies n'étaient plus compatibles avec son activité professionnelle de cuisinier. L'assuré devait bénéficier d'une reconversion professionnelle ou d'une retraite anticipée vu son âge et le manque de formations particulières.

Ont également été transmis à l'OAI le 10 avril 2014, des documents de la Clinique [...], indiquant que l'assuré y avait subi une cure de hernie épigastrique le 22 octobre 2013.

Le 30 juin 2014, le conseil de l'assuré a demandé à l'OAI d'instruire la situation médicale de son client. Il a en outre questionné l'OAI pour savoir s'il allait être désigné prochainement en qualité d'avocat d'office.

Dans un avis du 7 juillet 2014, le Dr R._____, médecin auprès du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec monitoring compte tenu des déclarations du Dr X._____ et de la conflictualité du dossier, ainsi que l'obtention des deux IRM avec les indications de mensurations du canal lombaire.

Le 27 décembre 2014, le conseil de l'assuré a demandé des nouvelles sur la demande d'assistance juridique, ainsi que sur l'instruction en cours s'agissant de la révision des prestations AI.

Le 16 janvier 2015, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de l'assistance gratuite d'un conseil juridique, au motif que l'instruction de la demande de révision des prestations AI suivait son cours, à savoir

notamment qu'une expertise psychiatrique allait être mise en œuvre. Il n'y avait dès lors aucun point litigieux, donc aucune question de fait ou de droit problématique. D'autre part, la procédure devant l'administration ne comportait pas d'exigences formelles particulièrement complexes au point d'exiger l'assistance d'un avocat.

Le 14 février 2015, l'assuré a contesté, par l'intermédiaire de son conseil, le projet de décision faisant valoir qu'il s'agissait d'une demande de révision ce qui soulevait des questions difficiles tant en fait qu'en droit. Il a également fait valoir ses difficultés en français et sa méconnaissance des procédures administratives.

Par décision du 7 avril 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 janvier 2015.

Le 30 avril 2015, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait été mandaté pour réaliser l'expertise psychiatrique. Une copie des questions posées à l'attention de l'expert était jointe au courrier. Des objections fondées sur le genre d'expertise, la spécialité prévue, de même que sur le nom de l'expert pouvaient être formulées dans un délai de dix jours. L'assuré pouvait également transmettre ces remarques ou questions complémentaires au plus tard deux semaines avant la date de l'expertise.

Le 12 mai 2015, le conseil de l'assuré a sollicité une prolongation du délai de dix jours précité.

Dans un courrier du 13 mai 2015, l'assuré, par son conseil, a contesté le choix d'un psychiatre à [...], le déplacement en train suscitant de vives angoisses.

E. Par acte du 12 mai 2015, N._____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision du 7 avril 2015 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi de l'assistance juridique en procédure

administrative et à la nomination de Me François Gillard en qualité d'avocat d'office. Il fait essentiellement valoir que les conditions à cet octroi sont réunies, notamment que la situation présente des questions de fait et de droit complexes étant donné qu'il s'agit d'une procédure de révision.

Dans sa réponse du 22 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les art. 34 ss LPGA qui concernent la procédure administrative devant les autorités d'assurances sociales, s'appliquent ainsi à la procédure menée par l'OAI, lorsque cet office traite une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cas d'espèce, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 37 al. 4 LPGA, qui prévoit que, lorsque les circonstances l'exigent, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur.

b) Lorsque l'OAI refuse d'octroyer l'assistance gratuite d'un conseil juridique, il rend une décision incidente qui peut être attaquée directement devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en vertu de l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, car le refus de l'assistance juridique est de nature à causer un « *préjudice irréparable* » au sens de cette disposition (cf. en droit fédéral, le régime analogue de l'art. 93 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] et, à ce propos : CORBOZ/WURZBURGER/FERRARI/FRESARD/AUBRY GIRARDIN, Commentaire de la LTF, 2009, n°17 ad art. 93 et les références citées). La Cour statue à trois juges sur les recours contre des décisions incidentes notifiées

séparément, dans les cas prévus à l'article 74 al. 4 LPA-VD (art. 37 al. 4 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1]).

c) Le présent recours, interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans le cadre de l'instruction de sa demande de révision des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Le recourant soutient en substance que le cas présente une complexité certaine liée notamment au fait qu'il s'agit d'une procédure de révision, justifiant qu'un conseil lui soit désigné. Il ajoute qu'il remplit les conditions d'indigence et que le litige en cause représente un enjeu considérable pour lui.

L'OAI soutient pour sa part que l'affaire n'est pas complexe au point de justifier l'assistance d'un avocat.

b) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1 ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA I 676/2004 du 30 mars 2006 consid. 6.1 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n°22 ad. art. 37). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition – soit la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toutes chances de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances

concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1, 125 V 32 consid. 2 et les références ; TFA I 676/2004 précité consid. 6.2 et les références) – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA I 557/2004 du 29 novembre 2004 consid. 2.1 et I 386/2004 du 12 octobre 2004 consid. 2.1 ; FF 1999 p. 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, prévoit d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « *justifient* », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « *l'exigent* » (TFA I 676/2004 précité consid 6.2 et les références).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Tel n'est pas le cas du droit éventuel à une rente d'invalidité, lequel n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF I 127/2007 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1, 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). A été jugé comme affectant sensiblement la situation juridique d'un assuré, le refus de prise en charge des frais liés à une formation professionnelle dans

la mesure où un médecin a attesté que ce projet d'insertion avait une importance décisive pour cet assuré (TFA I 676/2004 précité consid. 7.2). Si la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance juridique ne sera accordée que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références, 125 V 32 consid. 4 ; TFA I 676/2004 précité consid. 6.2). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance oeuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TFA I 557/2004 du 29 novembre 2004 consid. 2.2 ; TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

c) Le recourant fait essentiellement valoir que la situation présente des questions de fait et de droit complexes étant donné qu'il s'agit d'une procédure de révision et qu'il doit dès lors amener la preuve de l'aggravation de son état de santé. Il soutient également qu'il ne peut se déterminer sans l'assistance d'un avocat sur des questions difficiles, à savoir notamment sur le choix d'un expert, ainsi que sur le mandat d'expertise.

Ces arguments ne sont toutefois pas de nature à démontrer que les circonstances du cas d'espèce rendaient la présence d'un avocat indispensable à compter du moment où le recourant a déposé sa quatrième demande de prestations AI. En effet, le recourant énonce essentiellement des considérations d'ordre général qui peuvent s'appliquer à la plupart des procédures concernant l'instruction de demandes de prestations, notamment quant aux difficultés que l'on peut y rencontrer lors de l'administration et de l'appréciation des preuves. Il s'agit principalement de comprendre la portée de rapports médicaux ce

qui ne rend pas l'assistance d'un avocat objectivement nécessaire. Certes, le dossier présentait une particularité vu qu'il s'agissait de la quatrième demande de prestations du recourant, sans que ce seul élément consacre des difficultés particulières, que ce soit lors de l'établissement des faits ou de l'application du droit.

Par ailleurs, les atteintes à la santé du recourant ne l'empêchaient pas d'orienter la procédure. Il a en effet réussi à exécuter, sans l'assistance d'un avocat, les démarches auprès de l'OAI pour le dépôt de sa nouvelle demande de prestations le 17 février 2014. Il aurait en outre été en mesure de saisir la portée du courrier de l'OAI du 18 février 2014 lui demandant de transmettre des rapports médicaux détaillés (diagnostic, description de l'aggravation de l'état de santé, nouveau degré d'incapacité de travail et pronostic) ou tout autre élément propre à constituer un élément de révision (modification de la situation professionnelle et/ou familiale). On peut en outre supposer que comme il s'agissait de sa quatrième demande de prestations, il disposait des connaissances suffisantes pour comprendre le déroulement de la procédure, qui consistait en l'occurrence à se rendre chez le médecin et à lui demander de transmettre un rapport médical à l'OAI. A cela s'ajoute que la procédure administrative n'est en l'état pas litigieuse puisque l'instruction était toujours en cours. A cet égard, il ne ressort pas du dossier que l'intervention de l'avocat ait été conséquente, celui-ci n'ayant par exemple pas participé à l'élaboration de l'expertise en soumettant un questionnaire complémentaire aux experts. Il s'est limité à s'opposer au choix de l'expert, mentionnant que son client était angoissé à l'idée d'un long voyage en train jusqu'au cabinet de l'expert à [...]. Cette intervention, que le recourant aurait pu faire seul, n'a pas eu d'impact conséquent, vu l'absence de remise en cause sérieuse de l'indépendance de l'expert.

Pour terminer, on notera que le recourant est suivi auprès du [...] de Lausanne puisqu'il est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} janvier 2006, de sorte qu'il aurait pu facilement solliciter l'aide d'un assistant social.

En définitive, l'OAI n'a pas procédé à une mauvaise appréciation de la situation, en considérant que la complexité de l'affaire n'était pas telle que l'assistance gratuite d'un conseil juridique fût nécessaire. L'office intimé n'a donc pas violé l'art. 37 al. 4 LPGA en refusant de désigner un avocat d'office au recourant. Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner les autres conditions plus avant.

4. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

a) L'art. 69 al. 1^{bis} LAI ne s'applique pas à la présente procédure, dès lors que celle-ci ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité. Il n'y a donc pas lieu de percevoir de frais de justice (cf. également l'art. 61 let. a LPGA et l'arrêt TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3, publié in : SVR 2013 IV n° 2, p. 3).

b) Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à des dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 7 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour N. _____),
- 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 :