

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mme Thalmann et Di Ferro Demierre

Greffière : Mme Blanc

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Frank Tièche, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 8 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), originaire de la R. _____, né en 1966, marié et père d'un enfant né d'un premier lit, est arrivé en Suisse en 1992. Cuisiner de formation, il a exercé cette activité jusqu'en 2007, puis a travaillé une année en tant que déménageur indépendant. Depuis 2010, l'assuré n'a plus exercé d'activité.

Le 12 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant souffrir des atteintes à la santé suivantes depuis l'âge de 12 ans : « diabète, hernie, pressions, mauvaise circulation du sang, obésité, dépression ».

Selon un extrait de compte individuel, l'assuré a travaillé auprès de la M. _____ de 1999 à 2007, puis en qualité d'indépendant d'avril _____ 2008 à janvier 2009.

Dans un rapport du 10 juillet 2013 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr T. _____, médecin praticien, a posé les diagnostics suivants : trouble de conduite, trouble mixte de la personnalité, diabète Mellitus type II obésité morbide et lombalgies existant depuis plusieurs années. Le Dr T. _____ a précisé sous la rubrique anamnèse : « Je connais très peu ce patient qui se présente spontanément sans RDV à ma consultation avec une attitude euphorique, revendicateur ». Le Dr T. _____ a répondu par la négative aux questions de savoir si d'un point de vue médical l'activité exercée était encore exigible, et si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il a proposé une expertise psychiatrique.

L'assuré a été invité à se rendre à un entretien de détection précoce le 28 août 2013 à l'OAI. A cette occasion, il a déclaré qu'il

souffrait d'une dépression et qu'il pensait souvent à la guerre depuis 2006. S'agissant des problèmes physiques, il a fait état d'un diabète, de problèmes de pression et d'un manque de sensations depuis 2006 ainsi que d'une hernie et d'un déplacement de vertèbre (sic) existant depuis 1992, avec comme précision « guerre ». Sous la rubrique « autres limitations », il était indiqué « très nerveux, dépression, pense qu'il ne peut rien faire, dort très peu, n'arrive pas ».

Le 11 septembre 2013, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible au motif que l'assuré avait lui-même indiqué ne pas souhaiter aborder les mesures lui ayant été proposées.

Le 20 novembre 2013, le Dr T. _____ a retourné au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) un questionnaire du 7 novembre 2013 concernant l'assuré. Il a premièrement indiqué avoir lui-même posé les diagnostics psychiatriques de trouble de conduite et trouble mixte de la personnalité au vu du comportement de l'assuré. Il a ensuite répondu par la négative à la question de savoir si l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique, puis fait état des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique de l'assuré : « Désorienté. Attitude irresponsable. Tendance à blâmer autrui. Indifférence froide envers les sentiments d'autrui. ». Il a renouvelé sa recommandation de faire une expertise psychiatrique.

Par avis du 9 décembre 2013, le Dr F. _____, médecin au SMR, a demandé une expertise psychiatrique afin de déterminer le diagnostic psychiatrique incapacitant, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles psychiatriques de l'assuré le cas échéant.

L'OAI a convoqué l'assuré pour une expertise psychiatrique auprès du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 28 juin 2014, le Dr Q. _____ a transmis à l'OAI son rapport d'expertise. L'expert a réalisé une anamnèse complète de l'assuré

(personnelle, socioprofessionnelle et affective) et a pris acte des plaintes de l'assuré en relevant notamment qu'il était très fortement ancré dans une conviction personnelle d'être physiquement malade et psychologiquement atteint dans les sens de stress, nervosité, tension et déprime.

L'expert a ensuite relevé ce qui suit sous la rubrique « discussion »:

« La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme de maintenant 48 ans qui est aidé par les services sociaux depuis 2010 et demandeur de prestations AI depuis 2013.

M. B._____ est issu de R._____, il est venu suite aux événements de la guerre en 1992 en Suisse. Comme tout le reste de sa famille (parents et deux frères), il a été reconnu réfugié (sic), il a été aidé par la Fareas et a fait des cours de français et d'intégration.

Pour sa biographie précoce, il n'y a aucune particularité mais plutôt des événements de normalité. L'assuré a grandi au sein de sa famille, sans maltraitance, carence ou traumatisme. Il a fait normalement l'école obligatoire et ensuite une formation de cuisinier terminée avec diplôme. Il a travaillé dans sa profession jusqu'à la guerre civile. Il était encore deux mois à l'armée avant de quitter définitivement son pays. Il y a eu un événement traumatisant au moment où, sur une place, une grenade a explosé et a fait des morts et des blessés. À côté de lui, il y avait son cousin qui est décédé. Il s'agit d'une scène traumatisante qui a marqué l'esprit et les souvenirs, mais qui n'a pas laissé des traces graves ou gravissimes. Lorsque M. B._____ nous a parlé des événements, il était affectivement neutre et n'a pas évoqué des réactions particulières encore maintenant. Il s'agit de scènes qu'on n'oublie jamais, mais qui n'ont pas empêché une reprise de vie normale par la suite.

L'assuré est donc venu en Suisse en 1992, âgé de [...] ans. Il s'est relativement bien intégré, il a appris correctement le français, il a pu reprendre son activité de cuisinier, ceci pendant plusieurs années et dans le restaurant de ses frères. Pendant une période de deux ans, il était à son compte pour faire des déménagements, période qu'il a assumé, où il y a eu aussi de nombreux contacts sociaux, mais qui s'est soldée avec un bilan commercial mitigé et l'apparition de nombreux problèmes surtout somatiques. Il a terminé cette expérience avec dettes et poursuite et la situation sociale a basculé vers la précarité. Depuis 2010, il est tributaire de l'aide sociale.

Du côté affectif, l'assuré a eu un premier mariage dont est issu un fils qui est reparti avec sa mère en R._____ au moment du divorce en 1996. Il n'existe pour cette relation aucune notion de dérapage majeur, violence, comportement ou problème de personnalité. M. B._____ maintient un lien avec son fils, maintenant surtout téléphonique, mais il est « embêté » car son fils en R._____, maintenant 20 ans, lui réclame constamment de l'argent, croyant que son père a les moyens en Suisse.

L'assuré est entré dans une deuxième relation conjugale depuis 2008, ceci avec une femme qui travaille en tant qu'ouvrière et qui, de son côté, est mère d'un garçon de 11 ans. L'assuré l'a accepté comme son propre fils, il l'accompagne régulièrement à l'école et à ses activités de football. Tout ce qu'il nous a décrit dans ce contexte familial est plutôt normal.

L'anamnèse systématique a montré aussi d'autres éléments de normalité, comme par exemple :

- pratique de la conduite de véhicule,
- utilisation des transports publics,
- entretien d'un cercle d'amis et de connaissances,
- visite régulière de son père qui ne va pas très bien,
- passion pour un club de football au Mont sur Lausanne,
- ouverture pour les informations extérieures et sociales.

Ce qui pose par contre problème, et ceci depuis plusieurs années, c'est un ensemble de manifestations somatiques. Dans les plaintes spontanées, celles-ci prenaient une place absolument prépondérante.

Il y a ici des atteintes principales et secondaires. Tout d'abord, l'assuré décrit l'augmentation de son poids progressive depuis 2006 et ceci dans un sens absolument inhabituel et morbide. Il est maintenant arrivé à un poids de 167 kg et il y a des séquelles secondaires, apparemment déjà présentes. Nous ne disposons ici d'aucune documentation spécifique ni de recherche.

L'assuré est traité pour un diabète où il ne suit apparemment le traitement que d'une manière aléatoire. Là aussi, il y a des séquelles, des symptômes associés qui nécessitent éclaircissement. Les problèmes de dos ont été évoqués, événement relativement important car il est argumenté dans le sens d'un empêchement de son activité de déménageur.

En parallèle, l'assuré a évoqué beaucoup d'autres symptômes, problème des yeux, diurèse très accentuée, pression, vertiges, maux de tête, apnée, acouphènes, et. Au stade actuel, il est absolument impossible à dire quel symptôme appartient à quoi. Le cas échéant, une analyse approfondie de l'état physique devrait être effectuée.

En ce qui concerne la partie psychique-psychiatrique, l'assuré a évoqué essentiellement des notions de nervosité, énervement rapide, moral tiré en bas, agressivité momentanée et sensibilité au stress. Il peut être irrité par la conduite de quelqu'un d'autre, par un téléphone de son fils qui réclame de l'argent, par ses maladies et symptômes et les problèmes financiers. Tout ceci est relaté de sa part, mais il n'y a pas de trace d'un dysfonctionnement majeur dans la réalité, pas de problème de circulation majeur, pas de délinquance, pas de perturbation d'ordre public ou autres éléments qu'on pourrait attendre dans un tel contexte. En finalité, l'assuré est toujours assez adapté. Extérieurement, il frappe par son immensité, mais qui est relativisée par le fait qu'il est grand et se tient très droit.

En observation directe, nous étions en face d'un homme moyennement soigné sur lui-même, mais dans une attitude ouverte,

joviale et souriante. Il avait une bonne tonicité et l'énergie vitale était bien présente. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur significatif (cf. aussi échelle de ralentissement). Il était assez tendu et stressé dans un premier temps, ensuite ceci était dégressif. Il pouvait amener ses nombreuses plaintes, essentiellement somatiques, ceci d'une manière spontanée, un peu discordante mais sans trouble cognitif ou de la pensée proprement dit. Il était dans une expression langagière très directe, apprise sur le terrain, avec de nombreuses expressions «populaires », un vocabulaire un peu réduit, mais toujours très spontané. Tout ceci a souligné un côté primaire-primitif de sa personnalité. Il s'agit d'un homme peu différencié mais qui dispose de ce qu'on appelle « débrouillardise », à savoir une capacité d'adaptation sur le terrain. Toute sa biographie en est témoin et il n'est de loin pas si démuné qu'il en ressort des descriptions de son médecin traitant.

Du côté des affects, il était en majeure partie euthymique. Il y avait des passages dysphoriques, mais de l'autre côté aussi beaucoup de bonne humeur. Il n'était pas anxieux en situation d'examen et nous n'avons pas retenu d'autres indices pour une quelconque psychopathologie. En somme, l'essentiel de cette situation se résume donc dans les multiples atteintes somatiques qui sont au stade actuel non éclaircies et non traitées, de l'autre côté des éléments issus de sa situation sociale. »

L'expert a retenu ce qui suit « sur le plan diagnostique et psychiatrique » :

1. fluctuations dysthymiques- dysphoriques (F34.1) ;
2. accentuation de certains traits de personnalité, ici personnalité primaire-caractérielle (Z73.1.) ;
3. difficultés liées aux conditions économiques (Z59).

Sur le plan psychique-psychiatrique, l'expert a qualifié l'atteinte de mineure. Dans ce cadre, il a relevé que l'état dépressif, au stade actuel, était relativement bien compensé et que, pour les particularités de sa personnalité et de son fonctionnement, le seuil clinique pour une pathologie n'était pas dépassé. Sur cette base, l'expert a retenu que, sur le plan psychique et mental, l'assuré ne souffrait pas de limitations majeures et significatives ni pour le passé, ni pour le stade actuel et qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle. L'expert a en outre relevé que de nombreux problèmes somatiques nécessitaient un éclaircissement approfondi et une prise en charge conséquente. Selon son appréciation, cette partie dominait au stade actuel de la santé de l'assuré.

Interpellé sur l'expertise du Dr Q._____, le Dr F._____ du SMR a relevé, dans son avis du 9 juillet 2014, que cette expertise répondait aux critères de qualité exigible pour ce type d'examen et qu'on pouvait en déduire que l'assuré avait, sur le plan psychique, une capacité de travail entière dans toute activité. Sur le plan somatique, le Dr F._____ a relevé que les renseignements objectifs à disposition étaient limités et a sollicité que le médecin traitant soit à nouveau interrogé.

Le 14 juillet 2014, le SMR a transmis au Dr T._____ une liste de questions. Dans une réponse du 11 août suivant, le Dr T._____ a fait état d'une capacité de travail de l'assuré réduite d'au moins 50% dès mars 2013 en raison d'une obésité morbide, de lombalgies, d'un diabète type II et de trouble de vision.

A réception de ces réponses, le Dr F._____ a sollicité, dans un avis du 28 août 2014, qu'une expertise de médecine interne soit diligentée _____ auprès _____ du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale.

Dans un rapport du 9 décembre 2014 à l'OAI le Dr X._____ a premièrement réalisé une anamnèse complète de l'assuré et indiqué les plaintes signalées par celui-ci (troubles du sommeil, céphalées, difficultés à uriner, troubles sensitifs des pieds, « sensation de jambes froides », gingivopathie avec perte des dents). S'agissant des antécédents personnels de l'expertisé, il a notamment relevé qu'en 1992, celui-ci avait présenté un épisode de lombalgies, pour lequel aucun examen radiologique n'avait été effectué. L'expert a ensuite effectué un résumé des activités quotidiennes de l'assuré et un descriptif détaillé du status général, dont il ressort notamment, sous la catégorie ostéo-articulaire : « Il se plaint parfois de cervicalgies et de lombalgies. De temps en temps lorsqu'il se lève d'une position assise, il est bloqué quelques minutes. Il n'y a jamais eu de prise en charge particulière hormis un traitement de physiothérapie il y a très longtemps. Pas de sciatalgies. Les autres articulations ne sont pas douloureuses. Pas de notion de psoriasis ou

d'uvéite ». L'expert a relevé à cet égard - sous la rubrique 4.3 Dossier radiologie - que celui-ci ne lui avait pas été mis à disposition.

Dans le cadre de son appréciation du dossier, sous le chapitre « 6.2 situation actuelle », l'expert a relevé ce qui suit :

« M. B. _____ se plaint essentiellement d'une incapacité à pouvoir travailler sans pouvoir l'expliquer clairement. Il fait état d'une baisse de l'état général, d'une dyspnée qui ne lui permet plus de monter un étage sans devoir s'arrêter et parfois de céphalées, environ une fois/mois, irradiant en cape depuis la nuque jusqu'en région temporale. Il se plaint de troubles du sommeil, parfois de vertiges et d'une polyurie avec mictions impérieuses. Enfin, il signale un sentiment d'hypoesthésie des deux faces plantaires des pieds.

L'examen clinique reconnaît une obésité morbide avec BMI à 44.6 kg/m²

(149 kg 500 pour 183 cm). Il est hypertendu à 163/106 mmHg, sans signe d'insuffisance cardiaque, sans insuffisance veineuse malgré une dermite de stase et une hyperkératose plantaire. Malgré cette importante obésité, le score d'Epworth est dans la norme. Cela étant, un syndrome des apnées du sommeil n'est pas exclu chez ce patient qui se plaint d'une ronchopathie. Un syndrome d'hypoventilation alvéolaire de l'obèse est suspecté du fait de la cyanose périphérique et de la polyglobulie.

L'examen de l'appareil locomoteur permet de reconnaître une discrète épicondylite droite. Il n'y a pas de syndrome lombovertébral malgré une tendance à l'hyperlordose. La mobilité est conservée tant au niveau cervical que lombaire. L'obésité et l'importance du tablier graisseux peuvent parfaitement expliquer des lombalgies intermittentes.

Sur le plan neurologique, on observe des signes compatibles avec une polyneuropathie longueur dépendante débutante avec abolition des achilléens et hypoesthésie plantaire. La pallesthésie est conservée et il n'y a pas d'ataxie.

Les examens de laboratoire mettent en évidence un diabète décompensé, non traité ou alors de manière totalement insuffisante. Le Dr T. _____ nous a précisé qu'un traitement d'insuline lui a été prescrit par le passé, interrompu par l'expertisé. Ce diabète nécessite une prise en charge énergique et une insulinothérapie. Le traitement n'est pas souhaité par l'expertisé qui se plaint pourtant de fatigabilité, de polyurie et polydipsie, aisément correctible par un traitement adapté. Un tel traitement est exigible et permettrait d'améliorer en quelques jours la qualité de vie de l'assuré.

Enfin, on constate un important déconditionnement qui justifie les mesures de stretching et d'activités sous le contrôle d'un physiothérapeute telles qu'effectuées actuellement. »

L'expert a estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, il a

mentionné que l'obésité même morbide ne pouvait pas être considérée comme limitatrice dans les activités d'aide-cuisinier ou cuisinier de l'assuré, que le diabète était assorti probablement d'une polyneuropathie débutante mais non invalidante et que l'hypertension artérielle nécessitait un traitement plus soutenu mais ne représentait pas un obstacle à une activité professionnelle complète. Le Dr X. _____ a ainsi conclu que, depuis tout temps, l'assuré avait une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-cuisinier ou cuisinier, mais qu'en revanche l'activité de déménageur n'était pas appropriée.

Dans un rapport du 13 janvier 2015, le Dr F. _____ a conclu, en se basant sur les deux expertises réalisées et en l'absence de limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours dans l'activité habituelle d'aide cuisinier, comme dans toute activité adaptées à ses compétences, en précisant que celle de déménageur n'était pas adaptée.

Par décision du 24 février 2015, confirmant un projet de décision _____ du 15 janvier 2015, resté sans objections, l'OAI a rejeté la demande de reclassement et de rente d'invalidité considérant que l'assuré ne présentait pas d'atteintes incapacitantes au sens de la LAI et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

B. Le 8 avril 2015, B. _____ a recouru devant l'OAI contre la décision du 24 février 2015 en faisant part de son désaccord avec la décision.

Par courrier du 13 mai 2015, l'intimé a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le courrier de l'assuré susmentionné comme « objet de votre compétence » en laissant le soin à la Cour d'examiner la question de sa recevabilité.

Par courrier recommandé du 1^{er} juin 2015, la juge instructeur a invité l'assuré à compléter son acte dans un délai au 11 juin 2015 en indiquant les motifs de son recours ainsi que ses conclusions.

Le 3 juin 2015, le Dr T._____ a répondu à la Juge instructeur que l'assuré n'était en aucun cas d'accord avec le résultat de l'expertise médicale psychiatrique.

Le 26 juin 2015, le conseil du recourant, Me Frank Tièche, a requis une prolongation du délai imparti pour produire des observations et a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par prononcé du 30 juin 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 juin 2015, Me Frank Tièche ayant été désigné avocat d'office.

Par réponse du 20 août 2015, l'intimé a relevé que l'avis du Dr T._____ n'était nullement motivé et qu'en l'état aucun élément apporté ne modifiait sa position. Il concluait ainsi au rejet du recours.

Par courrier du 23 octobre 2015, Me Tièche a produit un certificat médical du Dr T._____ du 13 juillet 2015 attestant que le recourant souffre de diverses atteintes (troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques ; troubles de la personnalité ; lombalgie sévère avec troubles statiques ; cervicalgie ; diabète mellitus type II ; HTA [hypertension artérielle] ; Obésité morbide ; insomnie) ainsi qu'un questionnaire rempli par le Dr T._____ le 30 août 2015 dans lequel il qualifie notamment l'expertise du Dr Q._____ de « catastrophique ». Le conseil du recourant a également informé le tribunal qu'il avait demandé à son mandant d'effectuer des radiographies, voire un scanner afin d'éclaircir la situation sur une éventuelle hernie discale et des lombalgies, en contactant à cet effet son médecin traitant.

Puis, par courrier du 7 décembre 2015, Me Tièche a fait part à la Juge instructeur que ni son mandant ni le Dr T. _____ ne donnaient suite à ses réquisitions. Il relève que le Dr X. _____ s'est prononcé dans son expertise somatique en l'absence de tout dossier radiologique. Me Tièche remet dès lors en question la valeur probante de l'expertise - qu'il qualifie de lacunaire - et requiert à cet effet la mise en œuvre d'une expertise analysant la capacité de travail et de gain du recourant compte tenu des problèmes de dos et sur la base d'un dossier radiologique complet.

Le 6 janvier 2016, l'intimé a confirmé conclure au rejet du recours. Il a produit un avis du 5 janvier 2016 Dr F. _____ auquel il renvoie. Dans cet avis, le Dr F. _____ se prononce notamment sur la valeur de l'expertise du Dr X. _____ en ces termes :

« (...).

Dans son dernier courrier du 08.12.2015 la partie recourante reproche à l'expert somaticien de s'être prononcé en l'absence de clichés radiologiques du dos. Nous constatons que le dossier radiologique n'a effectivement pas été fourni par l'assuré lors de son expertise en décembre 2014. Ce dossier radiologique fait d'ailleurs toujours défaut malgré plusieurs demandes au médecin traitant faites par la partie recourante. Cependant, dans son expertise l'expert a procédé à un examen clinique du rachis complet, aussi bien au niveau cervical que dorso-lombaire. Celui-ci s'est avéré dans les normes et n'a pas permis de retenir une pathologie rachidienne incapacitante ou des limitations fonctionnelles, hormis quelques douleurs provoquées par les manipulations exploratoires. L'expert a donc pu se déterminer sur le plan du rachis suite à son examen clinique, sans juger nécessaire le recours à des images radiologiques. Il est certain qu'en présence de signes cliniques anormaux l'expert aurait demandé de procéder à des investigations complémentaires, notamment radiologiques, ce qu'il n'a pas fait. L'expert n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles au niveau du rachis au cours de son examen clinique. Seules des lombalgies, banales à l'âge de l'assuré, sont signalées par le médecin traitant sans autre diagnostic spécifique. Si l'imagerie avait retenu une pathologie spécifique il est plus que probable que le médecin traitant l'aurait signalé dans son dossier pour l'Al. Or il n'existe pas au dossier d'éléments probants en faveur d'une atteinte rachidienne objectivée par une consultation spécialisée ou un consilium. Ce fait est confirmé par l'expertise et l'examen clinique.

Au vu de ces différents éléments nous considérons que l'expert a légitimement pu se prononcer sans avoir à recourir à l'imagerie et

que ses conclusions expertales ne peuvent être remises en cause sur la seule absence de consultation des radios du dos de l'assuré dont nous ne connaissons toujours pas le compte rendu. »

Le 2 février 2016, par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a qualifié l'avis du Dr F._____ du 5 janvier 2016 de « purement subjectif et [...] absolument pas scientifique ».

Le 22 février 2016, l'intimé s'est prononcé comme suit sur les critiques émises par le recourant dans ses déterminations du 2 février 2016 :

« A l'instar du SMR, nous considérons que le défaut dont il s'agit n'a pas d'influence sur les résultats de l'expertise. En effet, l'expert avait à sa disposition les rapports médicaux de la cause. Il s'est par ailleurs entretenu avec le médecin traitant, lequel n'a signalé que des lombalgies, banales à l'âge de l'assuré, sans autre diagnostic spécifique. Dans l'éventualité où une pathologie particulière aurait été relevée par l'imagerie, elle aurait été mise en avant dans le dossier de l'assuré. »

Le 15 mars 2016, le recourant a relevé que « le SMR n'a jamais eu en sa possession de clichés radiographiques. Il ne peut dès lors pas se prononcer sur le contenu de ce dont il ignore ». Il critique également la position de l'intimé selon lequel « le défaut » n'a pas d'influence sur le résultat de l'expertise et rappelle que le Dr T._____ avait expressément mentionné que le recourant souffrait de « lombalgie sévère avec troubles statiques ». Il fait valoir qu'il a tenté à plusieurs reprises d'obtenir de la part de son mandant des radiographies, mais que celui-ci n'a trouvé ni les ressources physiques, ni financières à cette fin. Il a finalement sollicité un réexamen du cas par l'expert sur la problématique des lombalgies en présence d'un dossier radiologique.

Le 25 avril 2016, Me Frank Tièche a produit sa liste d'opérations.

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'AI (cf. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, conformément à l'art. 30 LPGA, l'OAI a transmis le 13 mai 2015 le courrier de l'assuré du 8 avril 2015 à la Cour de céans en tant qu'organe compétent. Formé en temps utile compte tenu notamment des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) le recours est recevable *ratione temporis*. Bien que le recours initial soit sommairement motivé, il l'a été lors des échanges d'écritures ultérieurs et dans les délais prescrits, si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesures d'ordre professionnel), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

4. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail du recourant, celle-ci a fait l'objet de plusieurs investigations médicales approfondies renseignant sur l'évolution de sa situation, tant sous l'angle somatique que psychique. Tant l'expert psychiatrique (Dr Q._____) que l'expert somatique (Dr X._____) sont d'avis que l'assuré présente une

capacité de travail entière dans son activité habituelle de cuisinier, comme dans une autre activité adaptée.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise somatique - au motif qu'elle a été réalisée en l'absence d'un dossier radiologique - ainsi que le rapport du Dr F._____ du 5 janvier 2016.

Il s'agit de déterminer si les rapports médicaux et les expertises permettent à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail dont dispose effectivement l'assuré.

a) Sur le plan psychique, il est constant que le recourant n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique.

Le médecin traitant du recourant a diagnostiqué un trouble de conduite ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité et fait état des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique suivantes : « désorienté, attitude irresponsable, tendance à blâmer autrui. Indifférence froide envers les sentiments d'autrui ». A l'occasion de l'entretien de détection précoce du 28 août 2013, le recourant a défini ses plaintes sur le plan psychique comme suit : « très nerveux, dépression, pense qu'il ne peut rien faire, dort très peu, n'arrive pas ». Le médecin traitant, ainsi que le Dr F._____ ont tous deux recommandé qu'une expertise psychiatrique soit diligentée.

Il ressort de l'expertise menée par le Dr Q._____ que le recourant est « très fortement ancré dans une conviction personnelle d'être physiquement malade et psychiquement atteint dans les sens de stress, nervosité tension et déprime ». Cela étant, le Dr Q._____ a relevé que le recourant avait une vie sociale et affective stable. Il a également établi que les événements liés à la guerre que le recourant avait vécue dans son pays natal n'avaient pas empêché une reprise de vie normale par la suite et que ces souvenirs n'avaient pas laissé de traces graves ou gravissimes. Il le décrit comme une personne joviale et souriante dont l'énergie vitale est bien présente. Il souligne que bien que le recourant se décrive comme stressé, il ne le considère pas anxieux en situation d'examen et n'a pas retenu d'autres indices pour une quelconque

psychopathologie. L'expert a considéré que l'état dépressif était « relativement bien compensé » et que le seuil clinique pour les particularités de la personnalité et du fonctionnement du recourant n'était pas dépassé. Par conséquent l'expert a retenu que le recourant ne souffrait pas de limitations majeures et significatives ni pour le passé ni pour le stade actuel et a considéré qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle. L'expert a principalement mis en avant les nombreux problèmes somatiques du recourant qui, selon son appréciation, ont une plus grande importance que les problèmes psychiques dans la santé de ce dernier.

Le Dr F._____ s'est rallié à la position du Dr Q._____ en arguant que cette expertise répondait aux critères de qualité exigible pour ce type d'examen.

Le médecin traitant du recourant a quant à lui déclaré, par courrier _____ du 3 juin 2015, que l'assuré n'était en aucun cas d'accord avec le résultat de l'expertise psychiatrique, sans toutefois étayer davantage sa critique. Puis, dans un questionnaire du 30 août 2015, il a qualifié l'expertise du Dr Q._____ de « catastrophique », à nouveau sans donner de critiques objectives. Dans un certificat médical du 13 juillet 2015, le Dr T._____ a confirmé son diagnostic attestant que le recourant souffrait de troubles dépressifs récurrents et que l'épisode actuel était sévère avec symptômes psychotiques et de troubles de la personnalité.

Au vu de ce qui précède, le Dr T._____ est le seul médecin à émettre un avis divergent. Il critique les résultats de l'expertise psychiatrique, alors qu'il n'est pas spécialiste puisqu'il est médecin praticien.

Le Dr T._____ ne décrit au demeurant pas les raisons qui le conduisent à retenir les diagnostics qu'il pose et ne les motive pas. Il n'a pas non plus jugé utile d'adresser son patient à un spécialiste en psychiatrie. Or, le rapport d'expertise du 28 juin 2014 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du

recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions motivées à satisfaction. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

Par conséquent, le seul avis et diagnostic du Dr T._____ ne remettent pas en question la valeur probante de cette expertise. Ainsi, aucun élément ne permet de retenir que le recourant souffre d'un trouble psychiatrique invalidant.

b) Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un « diabète décompensé non traité » et que, s'il suivait le traitement indiqué, son état serait rapidement amélioré. Il est également constant que le recourant est à un stade important d'obésité, mais que ce cela n'a pas de conséquence en tant que tel sur sa capacité de travail. Le recourant critique essentiellement l'expertise du Dr X._____ ainsi que l'avis du Dr X._____ lesquels n'ont pas retenu de diagnostic invalidant compte tenu de ses problèmes de dos. L'analyse sur le plan somatique sera par conséquent concentrée sur cet aspect.

Le demandeur a fait état, lors du dépôt de la demande de prestations AI ainsi que lors de l'entretien précoce, d'une hernie ainsi que d'un déplacement de vertèbre existant depuis 1992. Dans le cadre de l'expertise psychiatrique, le recourant a évoqué ses problèmes de dos qui l'avaient empêché de continuer à exercer son activité de déménageur. Lors de l'expertise somatique, il a également relevé qu'il avait souffert en 1992 de lombalgies.

Dans son rapport du 10 juillet 2013, le médecin traitant du recourant a diagnostiqué des lombalgies existant depuis plusieurs années. Il a confirmé ce diagnostic dans son avis du 11 août 2014.

Le Dr X._____ a réalisé une anamnèse du recourant complète et a décrit sa vie quotidienne. Il a pris acte des plaintes de l'assuré, en relevant notamment qu'il se plaignait de « cervicalgies et de

lombalgies », mais qu'il n'y avait jamais eu de prise en charge particulière hormis un traitement de physiothérapie il y a très longtemps. L'expert a relevé qu'aucun dossier radiologique ne lui avait été mis à disposition et que lorsqu'en 1992, le recourant avait présenté un épisode de lombalgies aucun examen radiologique n'avait été effectué. L'expert a établi de façon détaillée le status du recourant. Il a signalé que la mobilité de celui-ci était conservée tant au niveau cervical que lombaire et qu'il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral. A la suite de ses examens, il a posé un diagnostic et s'est livré à une appréciation claire du cas exempte de contradiction. Le Dr X. _____ a ainsi conclu qu'il n'y avait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé que ni l'obésité même morbide ni le diabète de l'assuré ne représentaient un obstacle à une activité professionnelle complète. La seule réserve de l'expert concernait la capacité de travail de l'assuré dans une activité de déménageur qui n'était, selon lui, pas appropriée. L'expert n'a fait part d'aucune limitation concernant les problèmes de dos du recourant et il n'a pas relevé que l'absence d'un dossier radiologique l'avait empêché de poser son diagnostic.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de relever que le seul médecin qui émet un avis divergent de celui des experts est le médecin traitant, le Dr T. _____.

Le recourant fait pour l'essentiel grief à l'OAI de n'avoir pas fait en sorte que son dossier radiologique soit mis à disposition du Dr X. _____.

Sur ce point, le Dr F. _____ a premièrement fait valoir qu'un tel dossier radiologique n'avait pas été fourni par l'assuré ni au moment du dépôt de sa demande en 2014, ni au cours de la présente instruction. Il a ensuite retenu que le Dr X. _____ avait fait un examen complet du status du recourant l'ayant amené à conclure à l'absence d'une pathologie rachidienne incapacitante ou des limitations fonctionnelles. Le Dr F. _____ a ainsi relevé que l'expert avait pu se déterminer sans que le recours à des images radiologique soit nécessaire et qu'il était certain

qu'en présence de signes cliniques anormaux l'expert aurait demandé à procéder à des investigations complémentaires, notamment radiologiques. Le Dr F._____ a au surplus soulevé que si l'imagerie avait retenu une pathologie spécifique, le médecin traitant du recourant aurait signalé cet élément dans son dossier AI, ce qui n'a pas été le cas. Le Dr F._____ a dès lors confirmé que l'expert s'était prononcé de manière probante même sans recourir à un dossier radiologique et a finalement relevé qu'à ce jour il n'avait toujours pas connaissance du compte rendu d'un éventuel dossier radiologique.

L'avis du Dr F._____ doit être suivi. Aucun des éléments au dossier lors de la réalisation de l'expertise du Dr. X._____ ne permettait de penser que des examens radiologiques avaient été effectués. Compte tenu des diagnostics posés par le médecin traitant, le Dr X._____ n'avait pas à faire réaliser de tels examens dans le cadre de son expertise. L'avocat du recourant explique au demeurant avoir demandé à son client et au Dr T._____ de réaliser des radiographies du dos. Or de telles pièces n'ont, malgré les relances alléguées par l'avocat, pas été produites.

Dans ce contexte, le recourant se prévaut de l'arrêt 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 3.2, estimant que cette jurisprudence démontre que l'expert ne peut faire abstraction de données importantes pour pouvoir se prononcer, comme dans le cas présent d'un dossier radiologique. Il s'agissait d'un assuré souffrant de lombalgies et d'une hernie discale qui, dans le cadre de l'examen de l'AI, avait été soumis à une expertise bidisciplinaire réalisée par un rhumatologue et un psychiatre. Le recourant avait remis en question la valeur probante de cette expertise notamment car les experts avaient statué sans dossier radiologique. Cela étant, le Tribunal fédéral a considéré - s'agissant de la valeur probante de l'expertise - que le fait de réaliser une expertise sans que le dossier radiologique ne soit étudié pouvait effectivement apparaître comme une lacune, mais que cela devait être relativisé si les experts étaient en possession de rapports établis par des spécialistes en radiologie dont l'une des tâches essentielles consistait à interpréter les données recueillies.

Toutefois, la présente espèce diffère de l'arrêt ci-dessus dans la mesure où il n'y a en l'espèce aucun document radiologique : l'expert ne pouvait dès lors y avoir accès (s'agissant en particulier de l'épisode de lombalgies de 1992, l'expert a relevé en p. 6 de son rapport que l'assuré n'avait pas effectué d'examen radiologique). La seule mention d'une hernie « par le passé », qui n'a au demeurant pas empêché l'assuré d'œuvrer en qualité de déménageur, ne permet pas de remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr X._____, très bien étayé et fondé sur un examen complet de l'assuré. Le Dr T._____ diagnostique certes des « lombalgies sévères avec troubles statiques », mais ne motive pas là non plus les raisons le conduisant à retenir un tel diagnostic. L'absence de dossier radiologique inexistant ne peut conduire à considérer l'expertise du Dr X._____ comme lacunaire ; il n'y a pas lieu dans ces conditions de mettre en œuvre une nouvelle expertise « compte tenu du problème de dos » (cf. appréciation anticipée des preuves, consid. 4d ci-dessus).

L'instruction menée par l'intimé ne prête dès lors pas le flanc à la critique et se révèle suffisante pour permettre à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause.

A la lecture de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a une capacité de travail totale dans l'activité usuelle d'aide-cuisinier ou cuisinier ou dans une autre activité adaptée.

5. Le recourant n'a pas pris de conclusions formelle tendant à un reclassement. On relèvera pour autant que de besoin que dans la mesure où il ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle de cuisinier, il n'a pas droit à une telle mesure, pas plus qu'à une aide au placement.

6. a) En conséquence, la décision attaquée, conforme au droit, doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Frank Tièche (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), Me Tièche a produit une liste d'opérations le 25 avril 2016 d'un montant de 2'705 fr. débours et TVA compris. Vu l'étendue des opérations nécessaires à la conduite du procès (cf. art. 2 al. 1 et art. 3 al. 2 RAJ), il y a lieu de lui allouer le montant réclamé par 2'705 fr, TVA comprise (soit 2'475 fr. de prestations d'avocat [13.75 heures x 180 fr.] + 198 fr. de TVA), auquel il convient d'ajouter 32 fr. pour les débours, TVA incluse (cf. art. 3 al. 3 RAJ). Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif

au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé par B. _____ le 8 avril 2015 est rejeté
- II.** La décision rendue le 24 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Frank Tièche, conseil du recourant, est arrêtée à 2'705 fr. (deux mille sept cent cinq francs), débours et TVA compris.
- 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 provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas 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 Frank Tièche, avocat à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), à Berne

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :