

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 37 al. 4 LPGA; 118 al. 1 let. c CPC

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, mère d'une fille née en [...], a travaillé en qualité de gérante-vendeuse auprès de [...] à plein temps du 1^{er} février 2006 au 31 mai 2007 (date à laquelle elle a été licenciée en raison de la faillite de la société). A ce titre, elle touchait un salaire mensuel de 3'800 francs. Elle a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, puis du revenu d'insertion. Le 1^{er} février 2010, elle a déposé une demande de prestations de l'AI, en faisant état d'une luxation de la hanche existant depuis la naissance générant des douleurs aiguës et des difficultés à la marche.

Interpellée sur la question de savoir à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé, l'assurée a indiqué 100%, comme vendeuse, par nécessité financière (formulaire de détermination du statut du 18 février 2010).

Dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 22 février 2010, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose sur dysplasie congénitale de la hanche gauche. Il a fait état d'une évolution progressivement défavorable des douleurs de la hanche gauche, avec un périmètre de marche actuellement raccourci malgré un traitement conservateur bien suivi. La patiente était incapable de monter les escaliers avec la hanche gauche ni de se couper les ongles des pieds. Pour le Dr L._____, le pronostic était défavorable jusqu'à l'implantation d'une prothèse totale de la hanche, intervention que l'assurée refusait actuellement au vu de son jeune âge, préférant poursuivre un traitement conservateur malgré les douleurs, ses activités de vendeuse devenant impossibles. De l'avis du Dr L._____, une implantation de prothèse de la hanche pourrait avoir comme effet une reprise partielle de ses activités professionnelles 3 à 6 mois post-

opératoires. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de vendeuse depuis le 31 août 2009, date du dernier contrôle. L'assurée pouvait exercer une activité uniquement en position assise à raison de 4 heures par jour, au taux de 80%, également à compter du 31 août 2009.

Dans son rapport du 9 avril 2010, le Dr M. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a relevé que l'opération de la hanche refusée par l'assurée était exigible. Il a par ailleurs noté que l'incapacité de travail durable avait débuté en août 2009, que le capacité de travail était nulle dans l'activité de vendeuse, et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, savoir : pas de marche ni de position debout, pas d'escaliers, pas de position assise de plus de 4 heures.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 14 avril 2010 avec une collaboratrice de l'OAI, le Dr M. _____ du SMR lui a confirmé que la capacité de travail serait entière avec une prothèse totale de la hanche. La collaboratrice a alors contacté l'assurée par téléphone pour l'en informer. Cette dernière a répété qu'elle ne pouvait pas travailler du tout et qu'elle ne souhaitait pas subir l'opération en question.

L'OAI a alors réinterpellé le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en charge du suivi orthopédique de l'assurée. Ce spécialiste a fait savoir à l'OAI le 23 octobre 2010 que l'assurée n'avait plus été revue dans le service depuis le 31 août 2009 et qu'il ne pouvait dès lors répondre aux questions posées.

A la demande de l'OAI, l'assurée a répondu le 16 décembre 2010 par la négative à la question de savoir si, mis à part le Dr F. _____, elle avait actuellement un médecin traitant.

Le 28 février 2011, l'OAI s'est adressé à l'assurée afin de l'informer que d'après son SMR, l'opération proposée par le Dr F. _____ consistant en la pose d'une prothèse totale de la hanche lui permettrait

d'améliorer sa capacité de travail. L'OAI relevait qu'actuellement, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, alors qu'après cette opération, elle atteindrait 80% selon le SMR, ce qui réduirait son préjudice économique et n'ouvrirait plus le droit à la rente. L'assurée était donc rendue attentive à la teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA, et priée de prendre position d'ici au 30 mars 2011 sur l'opération que l'OAI lui demandait de subir.

L'assurée a consulté Me Olivier Carré, qui a annoncé son mandat le 26 mars 2011 à l'OAI et demandé une prolongation du délai accordé à sa mandante pour prendre position sur l'opération.

Le 6 mai 2011, l'assurée, par son conseil, a indiqué qu'un chirurgien lui avait déconseillé, dans la situation d'une femme de son âge, de procéder à la pose d'une prothèse totale de la hanche, la longévité de la prothèse n'étant pas garantie et la prothèse pas toujours aisée à remplacer.

Le 17 mai 2011, le conseil de l'assurée a fait savoir à l'OAI que sa cliente avait été victime d'un accident de voiture en [...], par choc arrière, et décrivait des symptômes s'apparentant à ceux d'un « whiplash syndrom », indiquant souffrir également d'un tassement de trois vertèbres cervicales.

Le 27 mai 2011, l'avocat de l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 25 mai 2011 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et a requis des investigations complémentaires. Dans son rapport, le Dr W._____ a diagnostiqué une luxation de la hanche d'origine congénitale avec malformation de l'extrémité supérieure du fémur et du bassin (cotyle) avec une usure de la hanche chez une jeune femme. Il a déploré l'absence de donnée clinique et d'examen d'imagerie depuis le 31 août 2009, estimant le dossier lacunaire. Il a en outre relevé que tant que la question de la lésion rachidienne n'était pas étudiée, la question d'un accord à une intervention orthopédique de la hanche ne pouvait pas se poser. Pour le Dr

W._____, il n'y avait aucune urgence à opérer le type de maladie présenté par l'assurée, ce médecin mettant en avant plusieurs risques et effets secondaires du traitement, savoir la luxation de la prothèse implantée, l'infection de la prothèse, son descellement, son usure, la fracture du matériel, les fractures des os autour de la prothèse, des lésions nerveuses et vasculaires, des complications musculaires, des douleurs résiduelles, des ossifications péri-prothétiques, le risque anesthésique, l'utilisation raisonnable de la prothèse, l'aspect esthétique, la rééducation, la limitation des amplitudes articulaires et le coût de l'intervention. Pour le Dr W._____, la patiente ne pouvait donner son consentement éclairé à l'intervention, estimant qu'il n'était pas envisageable pour un chirurgien d'opérer un patient qui se soumettrait à une intervention sous l'effet d'une pression extérieure, de quelque nature que ce soit.

Le 21 juin 2011, l'OAI a imparti à l'assurée, par son conseil, un délai au 19 août 2011 pour lui fournir des rapports médicaux relatifs à l'accident [du 17 avril 2011] et au suivi médical mis en place. Il a en outre relevé qu'à défaut de pièces fournies dans le délai, et si le caractère exigible de l'opération était confirmé par le SMR, il rendrait un projet de décision de rente limitée dans le temps comme annoncé le 28 février 2011.

Par avis du 30 juin 2011, le Dr T._____ du SMR a relevé que la mise en place d'une prothèse de hanche était une mesure exigible si elle était médicalement indiquée. En l'occurrence, l'indication à la mise en place avait été posée par le Dr L._____ sur la base des constatations faites en août 2009. L'évolution naturelle de la maladie allant dans le sens d'une péjoration progressive, il ne faisait aucun doute que l'indication opératoire persistait.

Le 18 août 2011, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI des rapports en [...] relatifs à l'événement d'avril 2011. Il a également joint un rapport du 5 juin 2011 du Dr W._____, qui déplorait que le médecin du SMR puisse exiger de la patiente qu'elle se soumette à une intervention

chirurgicale sans l'avoir rencontrée. Le Dr W._____ doutait en outre que la capacité de travail post-opératoire puisse être fixée.

Par avis du 5 octobre 2011, le Dr T._____ du SMR a relevé qu'il était admis que la pose d'une prothèse de hanche était une mesure exigible. Il a ajouté avoir reconnu une incapacité de travail totale comme vendeuse et une exigibilité de 50% dans une activité adaptée. La mise en place d'une prothèse de hanche était de nature à soulager les douleurs de l'assurée et améliorer sa capacité de travail à moyen terme. Les risques infectieux étaient inférieurs à 0,5% pour ce type d'opération et les résultats jugés satisfaisants dans plus de 85% des cas pendant 10-15 ans. On pouvait raisonnablement s'attendre à une capacité de travail de l'ordre de 80-100% six mois après l'intervention, dans une activité légère, essentiellement assise mais permettant l'alternance des positions et de courtes déambulations, sans montée/descente répétée d'escaliers, escabeau, échelle, échafaudage, ni marche en terrain inégal. Quant aux documents en [...] relatifs à l'accident du 17 avril 2011, ils faisaient état d'une entorse cervicale sans lésion osseuse; en l'absence d'autre information quant au suivi, le Dr T._____ suggérait que le médecin traitant de l'assurée en Suisse soit interrogé à ce sujet.

Le 21 novembre 2011, l'avocat de l'assurée a indiqué qu'elle était de retour en Suisse depuis le 15 novembre 2011, étant d'abord resté en [...] à la suite de son accident. Elle était suivie en Suisse par le Dr W._____. A la suite de l'accident d'avril 2011, elle avait dû porter une minerve durant plusieurs semaines. Au plan professionnel, elle attendait le début de la scolarité de sa fille, en 2012, pour reprendre une activité à temps partiel dans l'entreprise de son compagnon.

Sur requête de l'OAI, le Dr W._____ lui a adressé un rapport le 7 décembre 2011, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose gauche sur luxation congénitale de la hanche existant depuis la naissance et de traumatisme du rachis cervical depuis le 17 avril 2011.

L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère au domicile de l'assurée, qui a eu lieu le 18 janvier 2012. Dans son rapport du 24 janvier 2012, l'enquêtrice a relevé que l'assurée affirmait avoir toujours travaillé à 100%. Elle a estimé le statut de 100% active justifié chez cette assurée pas mariée qui vivait avec un compagnon qui rencontrait des difficultés financières comme indépendant. L'enquêtrice a relevé que les empêchements ménagers étaient de 32,4%, principalement en raison des difficultés rencontrées dans l'entretien du logement en raison de l'atteinte à la hanche.

Le Dr W._____ ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail dans son rapport à l'OAI du 7 décembre 2011, l'OAI lui a adressé un nouveau questionnaire. Le 10 mai 2012, le Dr W._____ a à nouveau retenu le diagnostic de coxarthrose gauche sur dysplasie congénitale de la hanche, ainsi que ceux posés dans le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 24 novembre 2011 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, existant depuis le 17 avril 2011 (hernie discale postéromédiane légèrement luxée inférieurement modérément sténosante et remaniements spondylarthrosiques en C5-C6, hernie discale postéromédiane légèrement luxée inférieurement légèrement sténosante en C6-C7, protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en C7-D1, sténose foraminale étagée en C3-C4 et de C5-C6 à C6-C7 particulièrement marquée en C5-C6 des deux côtés). Il a en outre fait état d'un pronostic défavorable. S'agissant des incapacités de travail, il a indiqué qu'elles étaient données par le médecin de famille de l'assurée.

Par avis du 11 juin 2012, le Dr T._____ du SMR a relevé que selon les derniers documents, l'accident du 17 avril 2011 n'avait pas entraîné de lésion osseuse. Le Dr W._____ n'avait été consulté qu'à une reprise, sans qu'un traitement n'ait été prescrit en lien avec les diagnostics attribués à l'accident du 17 avril 2011. Pour le Dr T._____, l'assurée avait souffert d'une entorse bénigne de la colonne cervicale, traitée par simple minerve souple et antalgiques mineurs, d'évolution favorable selon l'enquête à domicile du 18 janvier 2012 lors de laquelle l'assurée ne signalait aucune raideur de nuque résiduelle. Le Dr T._____

proposait dès lors un examen orthopédique au SMR pour définir les limitations fonctionnelles liées à la pathologie de la hanche et aux suites de l'entorse cervicale.

L'assurée a été examinée le 20 août 2012 par le Dr N. _____ du SMR, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 28 septembre 2012, ce médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose gauche secondaire à une dysplasie congénitale de la hanche (M16.3) et de cervicodorsalgies chroniques, discopathies pluri-étagées, status après entorse cervicale (M50.8), un tabagisme chronique étant sans effet sur la capacité de travail. Sous la rubrique « appréciation du cas » de son rapport, il a retenu ce qui suit :

« Assurée âgée de 42 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé en Suisse depuis 2003. Elle a travaillé comme vendeuse quelques mois, puis comme secrétaire-téléphoniste durant 2 ans et comme gérante-vendeuse d'un magasin d'habits de février 2006 à mai 2007. Elle a été traitée de façon conservatrice en [...] durant son enfance pour une luxation congénitale de la hanche G [gauche]. Des douleurs sont apparues durant sa grossesse en 2006. Une dysplasie sévère du cotyle associée à une subluxation de la hanche et une coxarthrose secondaire a été mise en évidence. Une arthroplastie totale de la hanche G lui a été proposée mais l'assurée refuse l'intervention se considérant trop jeune.

En avril 2011, l'assurée a été victime d'un accident de voiture. Elle a eu probablement un mouvement d'entorse cervicale, traité par une collerette durant 1 mois. Depuis elle a des cervicalgies basses associées à une raideur cervicale. Il n'y a pas eu de traitement spécifique. Une IRM, effectuée en novembre 2011, a montré la présence de troubles dégénératifs sous forme de discopathies pluri-étagées avec des hernies discales C5-C6 et C6-C7 et des troubles arthrosiques.

En ce qui concerne la capacité de travail, le métier de gérante-vendeuse d'un magasin d'habits n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles. L'assurée ne peut pas rester debout plus de 5-10 minutes ni marcher plus de 10 mètres.

À mon avis, sa capacité de travail en tant que vendeuse est pratiquement nulle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée n'est pas complète. Depuis décembre 2006 (date de la première consultation chez le Dr. F. _____) une diminution de 30% est admissible en raison des difficultés pour les déplacements, les douleurs et la nécessité de changer de position, comme pour les personnes paraplégiques. Le

Dr. L. _____ médecin assistant à l'hôpital de [...] estimait dans son rapport AI de 2010 que une activité uniquement assise était exigible seulement 4 heures par jour, avec un rendement à 80% sans donner d'autres arguments. Dans le même document il écrit que « Ces douleurs se manifestent dès que la patiente doit travailler debout ». Cette logique m'échappe totalement. Une enquête familiale réalisée en janvier 2012 a révélé des empêchements, en tant que ménagère évalués à 32.5%. La capacité de travail en tant que ménagère ne peut pas être supérieure à celle dans un métier bien adapté aux limitations fonctionnelles.

Une arthroplastie totale de la hanche G est la seule solution efficace à se problème de hanche. Dans le cas de Mme B. _____, l'arthroplastie de la hanche est techniquement difficile, mais bien codifiée. Une reconstruction chirurgicale du cotyle osseux sera nécessaire. Le taux de succès de ce type d'intervention est supérieur à 90%. En cas de succès de cette intervention, il n'y a pas d'argument pour dire que la capacité de travail de Mme B. _____ ne sera pas complète dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire. Doit éviter le port de charges. Doit éviter de se mettre à genoux ou accroupi, doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Doit éviter les positions statiques prolongées de la nuque. Doit éviter d'utiliser les escaliers. Des courts déplacements à plat sont possibles.

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

Elle ne travaille plus depuis le 31.05.07.

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

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0%

En tant que ménagère : 66%

Dans une activité adaptée avant intervention chirurgicale : 70% (depuis déc. 2006)

Dans une activité adaptée après intervention chirurgicale : 100% ».

Par avis du 8 octobre 2012, le Dr T. _____ du SMR a relevé, sur la base de l'examen du SMR, que l'activité de vendeuse n'était plus possible depuis décembre 2006 du fait des restrictions en station debout et à la marche. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était estimée à 70%, la mise en place d'une prothèse de hanche représentant la seule solution efficace en terme de douleurs et de mobilité, avec un taux de succès de l'intervention supérieur à 90%. Dans ce cas, la capacité de travail pourrait être totale après un délai de quelques mois.

Le 13 novembre 2012, l'OAI a communiqué au conseil de l'assurée une copie du rapport d'examen du SMR du 28 septembre 2012 en lui impartissant un délai pour faire d'éventuels commentaires, en précisant que sans nouvelles dans ce délai, un projet de décision serait notifié.

Le 7 décembre 2012, le conseil de l'assurée a fait savoir à l'OAI que sa cliente n'était pas d'accord avec l'appréciation du SMR, en se référant à un avis du Dr W._____ du 5 décembre 2012. L'assurée a rappelé que ce médecin avait exposé qu'une prothèse de hanche n'était pas aussi banale lorsqu'il s'agissait de rectifier tardivement une dysplasie congénitale que lorsqu'il s'agissait d'une simple prothèse par suite de l'usure de l'articulation. Elle déplorait par ailleurs que l'appréciation du SMR ne tienne pas compte de ses douleurs très vives, ni de la prise d'anti-inflammatoires qui n'étaient pas sans effets secondaires. Elle se disait en outre jeune pour une prothèse, le Dr W._____ préconisant une rééducation prolongée avant de statuer sur la capacité de travail. Elle demandait dès lors la mise en place d'une expertise neutre. Selon le rapport du Dr W._____ du 5 décembre 2012 joint à l'envoi de l'assurée, celui-ci a expliqué que l'évaluation en tant que ménagère lui semblait correcte, mais pas celle arrêtée dans une activité adaptée. Pour le Dr W._____, il était contradictoire que l'assurée, qui ne sortait pratiquement pas de chez elle, puisse devoir se déplacer pour aller travailler, en utilisant une dose d'anti-inflammatoire élevée pour baisser les douleurs de la hanche. Elle ne devait en outre pas bénéficier d'un fauteuil roulant, au risque d'aggraver la fonte musculaire, ce qui serait préjudiciable à sa pathologie. Le Dr W._____ était par ailleurs d'avis qu'il serait plus prudent d'attendre le résultat de l'intervention après rééducation prolongée avant d'émettre un avis sur la capacité de travail.

Par avis du 31 janvier 2013, le Dr T._____ du SMR a observé que le Dr N._____ n'avait jamais écrit qu'il était exigible que l'assurée se déplace en chaise roulante. Quant au périmètre de marche limité à 10 mètres ou à des courts trajets, il appartenait aux spécialistes en

réadaptation de dire si une activité répondant aux limitations fonctionnelles existait dans l'économie normale.

Le 12 mars 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée lui refusant le droit aux prestations (reclassement et rente), son degré d'invalidité s'élevant respectivement à 30%, sans la pose d'une prothèse, et à 0,6% avec la pose d'une prothèse. Un courrier faisant partie intégrante du projet de décision était joint, dans lequel l'OAI traitait les griefs soulevés par l'assurée.

Le 26 avril 2013, l'assurée, par son conseil, a déclaré qu'elle n'était pas d'accord avec l'appréciation faite de son dossier, se référant derechef à l'avis du Dr W. _____ du 5 décembre 2012 et reprenant les éléments soulevés dans son courrier du 7 décembre 2012. Elle a renouvelé sa requête d'expertise, en proposant la désignation du Prof. [...], respectivement du Prof. [...] en qualité d'experts.

Par avis du 13 mai 2013, le Dr T. _____ du SMR a maintenu sa position.

Par décision du 15 mai 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en relevant ce qui suit :

« Le 2 février 2010 vous avez déposé une demande de prestations AI.

Après étude de votre dossier et suite à son analyse médicale et économique, il ressort que vous présentez une incapacité de travail entière dans l'activité de vendeuse depuis août 2009.

Toutefois, dans des activités adaptées à votre état de santé qui respectent les limitations fonctionnelles suivantes :

- Pas de longues marches
- Pas de position debout
- Pas d'escaliers
- Pas de position assise plus de 4 heures

vos capacités de travail est de 50% avant la pose d'une prothèse de hanche dès août 2009 et de 80% au moins après la pose d'une prothèse de hanche.

Or, vous avez contesté notre position estimant qu'une opération de la hanche n'était pas exigible dans votre cas.

Dès lors, pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. La tâche de l'expert 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.

Le 20 août 2012 vous avez été examinée par un chirurgien orthopédique FMH [Fédération des médecins suisses] auprès de notre Service médical régional. Le rôle de l'expert consiste à se prononcer sur la capacité de travail exigible en fonction de l'état de santé effectif mais également en fonction de l'état de santé qu'il présenterait après une opération exigible au regard de l'obligation de réduire le dommage. L'examen clinique auprès du Service médical est récent, il est probant et une autre expertise ne se justifie pas.

Après nouvelle analyse médicale et économique de votre situation, nous retenons que vous présentez toujours une incapacité de travail entière dans votre activité de vendeuse.

Par contre, nous retenons une exigibilité de 70% dans une activité adaptée avant la pose d'une prothèse et de 100% après la pose d'une prothèse.

Il convient maintenant d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte à la santé.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.-- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4116.-- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 1.35%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 36'442.98 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'798.51.

Sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut à plein temps serait de Fr. 47'139.90.

Comparaison des revenus SANS la pose d'une prothèse :

sans invalidité	CHF	47'139.90			
avec invalidité	CHF	32'798.50			
La perte de gain s'élève à	CHF	14'341.40	=	un	degré
d'invalidité de 30%					

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.-- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.-- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 1.35%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'855.--.

Sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut à plein temps serait de Fr. 47'139.90.

Comparaison des revenus AVEC la pose d'une prothèse :

sans invalidité	CHF	47'139.90		
avec invalidité	CHF	46'855.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	284.90	=	un degré
d'invalidité de 0.6%				

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

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel ».

Par courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a relevé que la contestation du 26 avril 2013 n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier sa position.

Le 25 mai 2013, l'avocat de l'assurée s'est adressé à l'OAI en sollicitant une prise en charge de ses frais d'intervention au titre de l'assistance judiciaire administrative selon l'art. 37 al. 4 LPGA, faisant valoir que sa cliente était sans capacité de travail et sans emploi, tributaire de l'assistance sociale, qu'elle s'était séparée de son compagnon et avait la charge d'une jeune enfant. Me Carré soutenait en outre que l'affaire paraissait suffisamment épineuse, notamment du fait des divergences sur la nature et les conséquences de l'opération envisagée et sur son exigibilité. Il y avait en outre des troubles cervicaux et neurologiques à la suite d'un accident de circulation, « circonstances qui, systématiquement, donnent lieu à des conflits juridiques ».

Par projet de décision du 11 juin 2013, l'OAI a refusé de désigner un avocat d'office, en l'absence de complexité des points litigieux (savoir le caractère exigible de l'opération et la capacité de travail dans une activité adaptée), estimant que l'aide d'une autre personne qu'un avocat était suffisante.

Par acte du 19 juin 2013, B._____, toujours représentée par Me Carré, a recouru contre la décision de l'OAI du 15 mai 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens qu'il soit constaté qu'elle a droit à des prestations de l'AI, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que la présence d'une luxation congénitale de la hanche créait un tableau beaucoup plus complexe qu'une simple usure de l'articulation par l'effet de l'âge. A ses yeux, un risque d'échec de l'intervention de 10% était de nature à rendre compréhensible qu'elle hésite à se soumettre à l'intervention, estimant que l'opération n'était pas raisonnablement exigible. Dans ce contexte, elle s'est référée à l'appréciation du 5 décembre 2012 du Dr W._____, pour qui il conviendrait d'évaluer la capacité de travail après l'intervention, en attendant le résultat de celle-ci et de la rééducation. Elle a en outre relevé que dans son rapport du 10 mai 2012, le Dr W._____ avait fait état d'un pronostic défavorable. Ce médecin insistait également sur la prise en considération des douleurs, ainsi que sur l'importante médication, pas dénuée d'effets secondaires. Le Dr W._____ ajoutait qu'une chaise roulante aurait pour effet une perte de la masse musculaire, ce qui serait totalement contre-indiqué. La recourante a fait ensuite grief au Dr N._____ d'être « un auxiliaire » de l'intimé. Elle a déploré à cet égard que la convocation n'ait pas fait mention que l'examen serait confié à ce praticien, sans quoi elle s'y serait opposée, le Dr N._____ étant connu pour ses appréciations « restrictives » et la « cote » dont il jouissait de ce fait auprès des assureurs privés et sociaux. Elle a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise, en raison de la complexité du cas, de l'affection dont elle souffre et de sa rareté, ainsi que du concours avec les conséquences aux niveaux vertébral et cervical de son accident de la circulation, renouvelant

les propositions d'experts faites en procédure administrative. Dans son recours, l'assurée a indiqué en page 9 ce qui suit :

« La recourante a tenté d'obtenir une prise en charge de ses frais de conseil au titre d'une assistance judiciaire selon l'art. 37 al. 4 LPGA.

Elle a essuyé un refus, contre lequel elle a décidé de ne pas exercer un recours séparé, n'en ayant pas les moyens et ne pouvant pas éparpiller toute son énergie en procédures multiples.

Cette renonciation est sans préjudice de l'assistance judiciaire requise aux fins des présentes ».

L'assistance judiciaire a été accordée à l'assurée dans le cadre de la cause AI 162/13.

Le 22 août 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 juin 2013, en précisant avoir examiné les conditions de l'assistance juridique gratuite pour la période allant du 12 mars 2013, date de son projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, au 15 mai 2013, date de sa décision de refus de rente et de mesures professionnelles.

Le 20 septembre 2013, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI que sa cliente ne pensait initialement pas recourir contre le refus d'assistance judiciaire administrative, mais se réservait finalement le droit de le faire « au vu des réactions de la partie adverse observées dans le cadre de la présente procédure ». Avec son courrier, l'assurée a produit les rapports du Dr W. _____ des 10 mai 2012, 25 mai 2011, 5 juin 2011, et 5 décembre 2012 déjà produits, ainsi qu'un rapport de ce médecin du 5 septembre 2013. Dans ce dernier rapport, le Dr W. _____ a relevé que le diagnostic précis n'avait pas été posé, alors qu'il s'agissait selon lui d'une luxation congénitale de la hanche. Il est revenu sur le consentement libre et éclairé du patient avant un geste chirurgical, et a relevé ignorer de quelle opération il était question (une prothèse de resurfaçage, une prothèse totale). Il a déploré que le Dr F. _____ ait posé l'indication à la technique chirurgicale le 31 août 2009, soit 4 ans auparavant, estimant que ce qui était valable à l'époque devait être réévalué. Il était par ailleurs d'avis que seul le médecin opérateur posait l'indication. Il a ensuite noté

qu'il souhaiterait obtenir les références des études mentionnées par le Dr N._____. Il déplorait l'absence de référence de la littérature internationale quant au fait que les résultats seraient satisfaisants « à 85% des cas pendant 10 à 15 ans ». Il ajoutait ne pas voir de calcul du risque relatif, notamment du risque d'infection. Il déplorait en outre que le risque de lésion nerveuse ne soit pas évoqué. Pour lui, se posait la question de savoir si une intervention techniquement difficile était exigible.

B. Par acte du 25 septembre 2013, B._____, représentée par l'avocat Olivier Carré, a recouru contre la décision de refus d'assistance judiciaire rendue par l'OAI le 22 août 2013, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi de l'assistance judiciaire dans le cadre du dossier AI avec effet dès sa demande, le 25 mai 2013. Elle fait valoir que l'assistance judiciaire est indiquée avant un recours au fond, car c'est à ce stade précoce que « tout se met en place », alors que le juge ne statue en principe que sur un dossier « figé » à la date de la décision attaquée. Elle se réfère pour le surplus à une affaire de la Casso (cause AI 287/12 - 105/2013 du 13 mai 2013), qui selon elle a trait à une situation similaire. Elle ajoute avoir de bonnes connaissances du français, mais être de langue maternelle [...] et ne pas avoir fait de longues études, alors que les questions débattues sont complexes et exigent un sens des nuances et l'accès à un langage médical dont les connaissances lui font défaut. Elle estime ne pas être en mesure de s'orienter dans la procédure, et ne pas avoir compris les enjeux du dossier au départ, que son conseil lui a fait découvrir, ce dernier ayant lui-même dû se faire instruire les difficultés du cas, auprès de médecins spécialistes, qui l'ont rendu attentif à la rareté du traitement de la dysplasie de la hanche par prothèse. Elle est par ailleurs d'avis que le critère selon lequel le sort fait à la requête d'assistance judiciaire est susceptible d'affecter de manière particulièrement grave sa situation juridique est rempli, dans la mesure où elle estime que si elle se soumet « aux pressions des conseillers médicaux internes » de l'intimé, et que l'opération tourne mal ou n'a pas le succès escompté, sa santé et ses capacités peuvent être gravement et durablement atteintes. Elle ajoute que l'enjeu du dossier est accru du fait qu'elle est dans une situation matérielle et sociale difficile, étant séparée du père de son enfant et en

assumant la charge prépondérante voire exclusive. Elle allègue qu'il n'est pas exclu qu'elle retourne un jour vivre en [...]. Toutefois, elle estime qu'en ménageant ses possibilités de rentes AI et complémentaire AI, elle défend une situation juridique cruciale pour sa vie et celle de son enfant. Elle ajoute que l'évaluation de son état de santé et de sa capacité économique sont rendues d'autant plus complexes qu'elle a été victime en plus d'une atteinte congénitale d'un accident de voiture qui a touché ses vertèbres cervicales, aspect qui à ses yeux n'a pas été suffisamment instruit.

Dans sa réponse du 28 octobre 2013, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 20 novembre 2013, la recourante, par son conseil, a produit encore un rapport du Dr W. _____ du 13 novembre 2013, qui reflète à ses yeux la complexité de l'affaire. Dans son rapport du 13 novembre 2013, le Dr W. _____ a notamment relevé que le terme diagnostique de « coxarthrose » ne prêtait pas à discussion, mais que le terme « dysplasie congénitale de hanche » n'était pas précis, s'agissant d'une famille de lésions. Pour lui, il n'était pas possible de conserver une indication opératoire posée sur une imagerie de 2009.

C. Les causes AI 162/13 et AI 247/13 ont fait l'objet d'une instruction simultanée.

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 (AI) (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]) sous réserve de dérogations expresses.

b) La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 131 V 153 consid. 1). Elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA).

Le recours contre une telle décision incidente est formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, conformément à l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD (loi 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 judiciaire 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/Wurzbürger/Ferrari/Frésard/Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2009, n° 17 ad art. 93 et les références citées).

c) 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]).

d) Le présent recours est intervenu en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Il s'agit d'examiner en l'espèce si l'intimé a rejeté à juste titre, par sa décision du 22 août 2013, la demande d'assistance juridique gratuite déposée par le conseil de la recourante le 25 mai 2013, à la suite de la décision au fond de l'OAI du 15 mai 2013.

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, sur la base de l'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 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e 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 – à savoir que la partie soit dans le besoin, les conclusions non dépourvues de toute chance de succès et l'assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1; 125 V 32 consid. 2 et les références; TFA I 676/04 précité consid. 6.2 et les références) – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 précité consid. 3.1; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.1 et I 386/04 du 12 octobre 2004 consid. 2.1; FF 1999 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné à l'aune 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, mentionne l'octroi de 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 676/04 précité consid. 6.2 et les références; Ueli Kieser, op. cit., n° 22 ad art. 37).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il y a lieu de recourir aux services d'un tel mandataire 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 précité 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. Sans cela, elle ne le sera 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 182 consid. 2.2 et les références; 125 V 32 précité consid. 4; TF I 676/04 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 précité 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 œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire, ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1; TFA I 557/04 précité consid. 2.2 et I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1).

3. L'intimé a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite déposée par la recourante, en l'absence de complexité des points litigieux - savoir le caractère exigible de l'opération et la capacité de travail dans une activité adaptée, le litige au fond portant sur le droit éventuel à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, singulièrement sur l'appréciation médicale de la situation de la recourante.

a) Selon la jurisprudence, un tel litige 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 127/07 du 7

janvier 2008 consid. 5.2.1; 9C_105/2007 précité consid. 3.1; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. supra consid. 2).

b) A titre d'exemple, dans l'affaire qui a donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral I 127/07 du 7 janvier 2008, l'OAI avait refusé l'assistance juridique gratuite à une assurée, motif pris que le degré de complexité du cas ne justifiait pas l'assistance d'un avocat. Le Tribunal cantonal des assurances avait confirmé la décision de l'OAI, au motif que la complexité du cas n'était pas telle que d'autres personnes, comme un assistant social, ou un spécialiste œuvrant au sein d'une institution sociale, n'auraient pas pu être valablement consultées. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a admis le fait que l'intéressée n'était pas en mesure d'agir seule, ceci n'étant pas contesté par les parties. Il a cependant examiné la nécessité ou non de l'assistance par un avocat. L'assurée souffrait de syndrome cervico-lombo-vertébral chronique et de fibromyalgie et demandait une rente d'invalidité de ce fait. Les éléments du dossier démontraient qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a estimé que l'état de fait n'était pas problématique et qu'il n'y avait pas de questions de droit spécifiques. Sur cette base, il a retenu que l'assistance d'un avocat ne se justifiait pas, alors qu'un assistant social ou toute autre personne qualifiée œuvrant au sein d'une institution sociale aurait pu à satisfaction représenter l'assurée. Le recours interjeté par cette dernière a ainsi été rejeté.

Dans l'arrêt susmentionné 9C_105/2007 du 13 novembre 2007, le Tribunal fédéral a considéré que le fait pour un assuré de ne pas avoir un niveau de formation et des connaissances en français suffisants pour contester seul une décision de refus de prestations suffisait à considérer qu'une assistance était nécessaire, mais ne permettait pas de justifier en soi l'assistance par un avocat (consid. 3.2).

c) En l'espèce, il convient en premier lieu de se demander si le présent recours a un objet : la demande d'assistance juridique administrative a en effet été formée après que l'OAI a notifié à l'assurée sa décision de refus de prestations du 15 mai 2013. C'est dire que lorsque le conseil de la recourante a formé sa demande d'assistance juridique devant l'autorité administrative, le 25 mai 2013, il n'avait plus d'autres choix que de contester par la voie du recours la décision rendue le 15 mai 2013. Or conformément à l'art. 118 al. 1 let. c in fine CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, l'assistance d'un conseil juridique peut déjà être accordée pour la préparation du procès. Dans la mesure où la recourante a sollicité - et obtenu - le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la cause AI 162/13, et que les opérations en lien avec la préparation du recours sont prises en charge dans ce cadre, on voit mal pour quelles opérations l'OAI aurait dû reconnaître à la recourante le droit à l'assistance juridique administrative après la notification de la décision au fond. La recourante elle-même conclut dans la présente affaire à la reconnaissance du droit à l'assistance juridique au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA dans le cadre de son dossier AI « avec effet dès la demande de son conseil du 25 mai 2013 ». Or dès cette date, la recourante, respectivement son conseil, n'avaient plus lieu de faire la moindre opération devant l'autorité administrative. Dans ce contexte, l'argument de la recourante selon lequel l'octroi de l'assistance juridique en procédure administrative serait justifié au motif que ce serait à ce stade que « tout se met[trait] en place » tombe à faux, au même titre que celui selon lequel elle n'aurait pas la capacité de s'orienter dans la procédure.

La question de l'objet du litige souffre toutefois de demeurer ouverte, le recours devant quoi qu'il en soit être rejeté.

On relèvera en premier lieu que la cause Casso AI 287/12 à laquelle se réfère la recourante n'est pas similaire à la présente espèce : il s'agissait en effet d'une affaire d'un degré de complexité sensiblement plus élevé, notamment car il était question d'un complément d'instruction dans le cadre d'une procédure de révision intervenant à la suite d'un

renvoi de la cause à l'autorité administrative par la Cour des assurances sociales.

L'argument de la recourante selon lequel elle aurait certes de bonnes connaissances de français, mais serait de langue maternelle [...] et n'aurait pas fait de longues études, si bien que les questions débattues ne lui seraient pas accessibles, ne peut non plus être suivi : la recourante a en effet des connaissances de français suffisamment bonnes pour avoir été secrétaire-téléphoniste bilingue, puis gérante-vendeuse.

Indépendamment de ces éléments, il convient de considérer, à l'instar de l'intimé, que l'affaire ne présentait de toute façon pas un caractère exceptionnel au niveau de la phase d'instruction administrative. Le mandataire de la recourante s'est limité à mettre en exergue l'avis du Dr W._____, et à soutenir qu'un complément d'instruction devait être mis en place. Or contrairement à ce qu'il soutient, la problématique médicale n'était pas en soi complexe, puisqu'elle comportait un unique volet orthopédique.

Cette affaire ne soulevait pas davantage de particularité procédurale ou juridique, puisqu'il s'agissait uniquement d'apprécier la valeur probante du rapport d'examen du Dr N._____, au regard des avis successifs du Dr W._____ sollicités par la recourante.

Par ailleurs, l'argument tiré d'une instruction éventuellement lacunaire de l'autorité administrative ne saurait motiver l'octroi de l'assistance juridique, pas plus que le fait que la recourante se soit séparée du père de son enfant ou envisagerait de retourner vivre un jour en [...].

Dès lors, d'un point de vue tant factuel ou médical que juridique, force est de déduire que la situation de la recourante ne présentait aucune problématique spécifique qu'une association, un assistant social ou un représentant d'une institution sociale n'aurait pas été à même de traiter à satisfaction.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire à la recourante pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée.

d) Il s'ensuit que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique gratuite déposée par la recourante, les griefs formulés par cette dernière devant être écartés.

Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

4. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances est en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). L'art. 69 al. 1bis LAI prévoit toutefois une dérogation en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité.

Le Tribunal fédéral a jugé que cette dernière disposition, en tant qu'exception au principe de la gratuité de la procédure, devait être interprétée de manière restrictive (TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.4, in : SVR 2013 IV n° 2).

Ainsi, le Tribunal fédéral a-t-il, certes, considéré que le litige portant sur une demande de remboursement de prestations de l'assurance-invalidité tombait dans le champ d'application de l'art. 69 al. 1bis LAI. Ce n'était en revanche pas le cas pour des litiges relatifs à la remise d'une obligation de restituer des prestations (ATF 122 V 221 consid. 2; TF 9C_639/2011 précité consid. 3.2), ni pour des litiges portant sur la question de savoir si une rente de l'assurance-invalidité devait être versée à un tiers (ATF 121 V 17 consid. 2), de même que pour ceux ayant trait à des dépens à la charge de l'OAI dans la procédure administrative (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.3 avec renvoi à l'ATF 130 V 570 consid. 3). Le Tribunal fédéral n'a pas davantage considéré que le litige sur le montant de l'indemnité de l'avocat désigné d'office, dans le cadre d'une procédure sur l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, était

assimilable à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité; dès lors, l'instance cantonale n'était pas habilitée à prélever des frais judiciaires pour le litige relatif au montant de l'indemnité de l'avocat (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.2 et 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs expliqué que des frais de justice ne pouvaient être prélevés en application de l'art. 69 al. 1bis LAI du fait qu'une affaire portait sur un litige accessoire à un litige principal afférent à l'octroi ou au refus de prestations AI (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.4).

Compte tenu de la jurisprudence précitée, il y a lieu de considérer que le présent litige - portant uniquement sur le refus d'octroyer l'assistance juridique administrative - est exclu du champ d'application de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. au surplus : Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, Bâle 2012, n° 3 ad art. 50 LPA-VD avec renvois; ATF 138 V 122; art. 50 LPA-VD).

De ce fait, aucun frais judiciaire ne sera perçu à l'issue de la présente procédure.

b) La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

S'agissant du montant de l'indemnité, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur

du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

Le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour un total de 10 heures 66 d'activité, qu'il estime avoir réalisées à raison de deux tiers pour la cause AI 162/13, et d'un tiers pour la présente cause. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr. /heure) (soit $10.66 \times 180 \text{ fr.} = 1'918 \text{ fr. } 80$), et d'y ajouter les débours, par 200 fr. (ce qui donne un montant de $1'918 \text{ fr. } 80 + 200 \text{ fr.} = 2'118 \text{ fr. } 80$), ainsi que la TVA au taux de 8% (par 169 fr. 50), ce qui représente un montant total de 2'288 fr. 30 pour l'ensemble des opérations effectuées dans les deux dossiers (causes AI 162/13 et AI 247/13), respectivement de 762 fr. 80 pour les opérations effectuées pour la présente espèce (et de 1'525 fr. 50 pour la cause AI 162/13).

c) Enfin, vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de refus de l'assistance juridique gratuite, rendue le 22 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 762 fr. 80 (sept cent soixante-deux francs et quatre-vingts centimes), débours et TVA compris.

VI. La 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, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, mise provisoirement à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour B. _____),
- 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 :