

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2015

Composition : M. NEU, président
Mme Thalmann et M. Merz, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 53 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant marocain né en 1967, est entré en Suisse en 1984 pour y exercer une activité lucrative. Après avoir obtenu une attestation de formation professionnelle en qualité de soudeur, il a déployé des activités de magasinier, d'auxiliaire d'imprimerie et d'hôte à l'accueil de la clientèle.

B. Atteint de nanisme depuis la naissance et de lombalgies chroniques, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 19 novembre 2004.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité un rapport médical auprès du Dr D._____, médecin généraliste auprès du Centre médical C._____, qui l'a complété le 20 décembre 2004. Ce praticien a mentionné les diagnostics de « nanisme avec déformation des mains et des pieds » restreignant l'embauche potentielle de son patient et de « lombalgies chroniques » limitant les travaux de force. Il a envisagé une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Le rapport de l'employeur, établi le 20 janvier 2005 par la société de travail temporaire F._____SA, a fait état de l'activité d'auxiliaire d'imprimerie déployée par l'assuré de janvier 2001 à juin 2003 au taux de 50%, soit à hauteur de 4,5 heures par jour, pour un salaire horaire de 20 francs. Quant à la société Q._____SA, elle a indiqué, dans un rapport du 18 mars 2005, que l'assuré exerçait l'activité d'hôte d'accueil dans une discothèque depuis le 2 décembre 2004, ce environ 28 heures par semaine pour un salaire horaire se montant également à 20 francs.

Dans l'intervalle, par communication du 16 février 2005, l'OAI a mandaté le Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier G. _____ aux fins d'expertise de l'assuré.

Le Prof. H. _____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à son examen clinique le 17 octobre 2005 et communiqué le rapport d'expertise corrélatif le 31 octobre 2005, retenant au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail ceux de « lombalgies chroniques », de « légère surcharge fonctionnelle » et de « nanisme constitutionnel, harmonieux en ce qui concerne le tronc et les membres, mais avec un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains ». Il a en outre fait part de ses constats, libellés en ces termes :

« Ce patient en bon état général pèse 56 kg pour une taille de 148 cm. La tension est à 119/68 mmHg. Le pouls est régulier à 84/minutes. Les artères périphériques sont bien palpées. Les téguments sont normaux. On constate une brachyphalangie de tous les doigts. Néanmoins, tous les segments des phalanges paraissent présents. Aux pieds, il y a également un raccourcissement des orteils. La petite taille est harmonieuse. La musculature est bien développée. Le périmètre des quadriceps est symétrique mesurant 42 cm. L'empan est de 17 cm à droite, 16 cm à gauche. La flexion des doigts peut se faire en totalité. La force de préhension oscille entre 20 et 70 mmHg des deux côtés (norme + 120). Pas de signe pour un canal carpien. Les coudes sont normalement mobiles de même que les épaules. La distance pouce-C7 est de 17 cm des deux côtés. La mobilité des hanches est totale. La distance inter-malléolaire maximum est de 97 cm. Il n'y a pas de déformation des genoux, pas d'épanchement, mais on note des crépitations rétro-patellaires à la mobilisation des rotules des deux côtés. Les chevilles sont normales. La mise sur les pointes et sur les talons s'effectue normalement. L'accroupissement peut se faire en totalité.

Au niveau lombaire, on note une légère hyperlordose. Le Schober est de 10-15 cm. La distance doigts-sol est de 23 cm. Il n'y a pas de contracture palpée. La région lombosacrée est douloureuse ainsi que le haut des fesses des deux côtés et la partie postérieure des deux cuisses aussi. Le signe de Lasègue direct et inverse est négatif éveillant une exacerbation des lombalgies en fin de course seulement. Pas de scoliose. Le rachis dorsal est normal. Le rachis cervical ne présente pas de limitation pour les rotations ni les inflexions latérales. La distance menton-sternum est de 15 cm au maximum, 0 cm au minimum. L'ampliation thoracique maximum est de 10 cm. Les réflexes sont normaux et symétriques. La rotation combinée du bassin et du tronc augmente les lombalgies. [...] »

L'expert a fait part de son appréciation, considérant que l'assuré était essentiellement « gêné par un nanisme avec raccourcissement notable des phalanges des mains », ainsi que « pour les travaux en hauteur en raison de sa petite taille ». Sur le plan des lombalgies, le pronostic était qualifié de « bon » de même sur le plan de « travaux manuels adaptés » en évitant la préhension d'objets lourds. Au titre de limitations, étaient indiquées une « limitation de la préhension des objets en raison du raccourcissement des doigts » et une « baisse de la force de préhension ». S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé depuis 2002 une capacité de 40% dans la profession de soudeur et de 80% dans un métier manuel adapté, précisant que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à hauteur de sept à huit heures par jour sans baisse de rendement prévisible. Des mesures professionnelles étaient envisageables immédiatement. Il a souligné qu'une activité adaptée, telle que des « travaux de surveillance ou de manutention légère, en positions assise et debout alternativement, ou même un travail en position assise de façon prolongée », pouvait être déployée à raison de huit heures par jour sans baisse de rendement.

Sur questions de la Dresse J._____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), le Prof. H._____ a complété son rapport en date du 25 avril 2006. Il a signalé qu'une « activité manuelle adaptée ne [pouvait], à son avis, être exigible à 100% [...], mais à 90% seulement », mais que « l'activité exercée depuis le 02.12.2004 comme hôte d'accueil dans une discothèque [était] parfaitement adaptée [et] pourrait être exercée à 100% sans restriction ».

La Dresse J._____ s'est ralliée à l'opinion du Prof. H._____ par avis du 10 mai 2006, retenant en définitive une capacité de travail de 40% dans la profession apprise et de 90-100% dans une activité adaptée, telle que l'activité actuelle, en dépit du « léger flou sur l'exigibilité » induit par l'expert.

L'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré sur ces bases médicales, en opérant une comparaison des revenus hypothétiques

avec et sans invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il s'est fondé sur les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), valable en 2002, dans le secteur de la métallurgie, pour mettre à jour un montant déterminant de 59'797 fr. indexé à 2003. Quant au revenu d'invalidité, l'OAI a pris en considération le salaire réalisable par un homme tous secteurs confondus selon l'ESS, soit un salaire annuel exigible de 57'806 fr. à plein temps en 2003, aboutissant après abattement de 15% à un revenu d'invalidité de 49'135 francs.

C. Compte tenu du degré d'invalidité de 17,83% arrondi à 18% résultant de la comparaison de ces revenus, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles en date du 7 juin 2006.

L'assuré, avec l'assistance d'un avocat, a formé opposition contre cette décision par écriture du 10 juillet 2006, contestant la capacité de travail prise en compte par l'OAI dans le cadre de la fixation du revenu d'invalidité. Il a souligné que le Prof. H. _____ avait estimé une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité respectant son état de santé, tandis que concrètement dans l'activité d'hôte d'accueil à 50%, à savoir l'unique emploi qu'il était à son avis en mesure d'exercer, il ne dégagait qu'un salaire mensuel de 1'923 francs. Au demeurant, même à 100%, il ne serait pas en mesure de réaliser un revenu supérieur à 30'000 fr. par année. Il a conclu à l'annulation de la décision du 7 juin 2006 sous suite de réévaluation de son invalidité.

Le 6 juin 2007, l'OAI a réceptionné deux certificats médicaux établis par le Dr D. _____ attestant d'une incapacité totale de travail de l'assuré du 1^{er} juillet 2002 au 5 mars 2007, tandis qu'une reprise d'activité à plein temps était mentionnée dès cette dernière date.

L'OAI a établi sa décision sur opposition le 13 juin 2008 rejetant l'opposition de l'assuré et maintenant les fondements de la décision litigieuse.

D. Par acte de recours du 18 août 2008, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 13 juin 2008 à l'ancien Tribunal cantonal des assurances, dont les compétences ont été reprises au 1^{er} janvier 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à titre principal à la reconnaissance de son droit à des mesures professionnelles, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a rappelé les différentes atteintes à la santé l'affectant dont les conséquences n'avaient de son point de vue pas été prises en compte par le Prof. H._____ pour solliciter préalablement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. Il a au surplus repris les griefs formulés au stade de la procédure d'opposition à l'encontre de l'évaluation de son invalidité, en mettant en exergue le revenu concrètement réalisé auprès de la société Q._____SA. Il s'est enfin appuyé sur les différents avis médicaux versés à son dossier pour réclamer la mise en place de mesures professionnelles, produisant un rapport médical établi le 11 juin 2008 par le Dr D._____, lequel a indiqué notamment ce qui suit :

« [...] Il faut donc faire opposition à la décision de l'AI en précisant que [les] problèmes médicaux [de l'assuré] tels que lombalgies chroniques et légère surcharge fonctionnelle autorisent une activité professionnelle à 80% environ mais que son nanisme constitutionnel, avec raccourcissement notable des phalanges aux deux mains, le limite considérablement dans sa recherche d'une activité professionnelle. Il est donc évident que si on considère globalement la situation de [l'assuré], une rente de 50% au minimum me semble être une décision que je qualifierais de juste. Il faut, d'autre part, exiger que l'AI s'engage également à une reconversion professionnelle de ce patient dont la sincérité ne fait pas de doute. [...] »

Par réponse du 7 octobre 2008, l'OAI a proposé le rejet du recours, notant que les conclusions du recourant s'avéraient contradictoires, puisqu'il requérait à la fois une rente entière d'invalidité et des mesures professionnelles, ce qui permettait de douter de leur indication subjective. Il a cela étant relevé que le degré d'invalidité de 18%, fixé compte tenu des conclusions probantes de l'expertise du Prof. H._____, n'ouvrait pas le droit à un reclassement professionnel, et s'est référé aux termes de sa décision sur opposition.

Les parties ont maintenu leur position, par écritures respectives des 11 décembre 2008 et 16 janvier 2009, le recourant sollicitant à ce stade la tenue d'une audience d'instruction et l'OAI rappelant le droit de l'assuré à bénéficier d'une mesure d'aide au placement.

Le juge instructeur a appointé une audience d'instruction de la cause, laquelle s'est déroulée le 25 mars 2009. Dans le contexte d'une conciliation entre les parties, l'intimé s'est déclaré disposé à octroyer des mesures professionnelles à l'assuré, après avoir revu à la hausse son taux d'invalidité, porté à 26%, vu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 90%. Le recourant a pour sa part admis cette exigibilité et le nouveau calcul opéré par l'OAI, tout en déclarant retirer son recours. L'intimé a dès lors précisé que les mesures professionnelles débuteraient par un stage d'observation destiné à fixer les compétences de l'assuré, ensuite de quoi une formation en vue de l'obtention d'un certificat fédéral de capacité (CFC) ou une formation pratique en entreprise serait envisagée. A la signature du procès-verbal d'audience, le juge instructeur a pris acte du retrait du recours et rayé la cause du rôle, celle-ci étant devenue sans objet.

E. Après deux visites au sein d'établissements d'orientation et de formation professionnelles, l'assuré a fait part de ses doutes quant à la pertinence des mesures proposées au vu de son état de santé (cf. procès-verbal d'entretien du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 15 octobre 2009). Un stage d'observation professionnelle a cependant été organisé pour la période du 1^{er} mars 2010 au 30 mai 2010 au sein du Centre K. _____ à [...], selon communication de l'OAI du 12 novembre 2009.

A la demande dudit centre, le stage a été prolongé jusqu'au 30 septembre 2010 dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle par communication de l'OAI du 4 juin 2010.

Dans un rapport intermédiaire du 9 septembre 2010, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a effectué un bilan de la situation en collaboration avec le Centre K._____, relevant qu'une formation pratique devait être privilégiée en l'occurrence, l'assuré ne disposant pas de connaissances et compétences suffisantes pour permettre une formation certifiée. En outre, divers stages pratiques ne s'étaient pas révélés concluants pour des raisons de santé, à savoir :

- un stage en intendance interrompu après une journée en raison de la position debout fréquente, de la crainte de l'assuré d'utiliser des produits de nettoyage dangereux et de difficultés à certains nettoyages en raison d'une position en porte-à-faux ;
- un stage de conditionnement durant lequel l'assuré avait rencontré trois jours d'absence en raison de douleurs ;
- un stage en reliure en raison d'une position debout trop fréquente et des difficultés de concentration ;
- un stage de saisie sur ordinateur en raison des douleurs ressenties par l'assuré ;
- un essai en qualité de préparateur de pizzas en raison de la cadence exigée et d'une position de travail en hauteur.

Par ailleurs, divers certificats médicaux avaient été présentés attestant d'absences du 16 au 23 juin 2010, du 9 août au 1^{er} septembre 2010, ainsi que dès le 3 septembre 2010 pour une durée de dix jours. L'assuré s'était au surplus rendu au Maroc où il avait connu des difficultés à revenir en Suisse pour des raisons administratives dans le courant du mois d'août 2010.

Le Centre K._____ a déduit de son observation qu'un placement de l'assuré dans l'économie n'était pas envisageable en l'état pour des raisons de santé, soit du fait du nanisme, de limitations fonctionnelles trop importantes, de faibles aptitudes intellectuelles, de connaissances scolaires trop basiques et de rendements inexploitable (cf.

rapport ultérieur dudit centre, daté du 12 novembre 2010, où il est signalé que « visiblement la santé de [l']assuré ne lui permet pas actuellement de se projeter dans un quelconque projet concret »).

Compte tenu de l'ensemble des éléments ci-dessus, un rapport médical intermédiaire a été sollicité auprès du Dr D._____, qui l'a complété le 4 octobre 2010 en reprenant les diagnostics précédemment évoqués et les conclusions communiquées dans son rapport du 11 juin 2008.

Le Service de réinsertion professionnelle a pris acte du terme des mesures professionnelles dans un rapport final du 2 novembre 2010. Il a également déterminé une nouvelle fois les revenus avec et sans invalidité pouvant être pris en compte pour l'évaluation de l'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a pris en considération le salaire ressortant de l'ESS, montant total, tous secteurs d'activités confondus, soit 57'806 fr. réalisable en 2003 dans une activité à plein temps de niveau élémentaire. Quant au revenu d'invalidité, il a retenu un salaire annuel de 9'630 fr. dans une activité protégée.

Sollicité pour avis, le Service juridique de l'OAI a rappelé le 14 janvier 2011 que le taux d'invalidité de 26% avait été fixé en audience auprès de la Cour de céans le 25 mars 2009. Partant, la décision sur opposition du 13 juin 2008 était à son sens entrée en force. Une modification du taux d'invalidité sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA s'avérait exclue, de même que sous l'angle des art. 53 al. 1 LPGA ou 17 al. 1 LPGA en l'absence de faits nouveaux ou de moyens de preuve nouveaux, respectivement faute de modification substantielle de l'état de santé de l'assuré.

Par communication du 8 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une mesure d'aide au placement, débutée le 10 octobre 2011.

F. Assisté d'un nouveau mandataire professionnel, Me Jean-Michel Duc, l'assuré a formulé une requête en révision procédurale fondée sur l'art. 53 al. 1 LPGA en date du 11 septembre 2012, après avoir constaté que la décision sur opposition de l'OAI du 13 juin 2008 était entrée en force. Il s'est basé sur les conclusions du Centre K._____ selon lesquelles il ne serait pas en mesure d'être réintégré dans l'économie, pour conclure à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2005 et sollicité le bénéfice de l'assistance juridique dans le cadre de cette procédure administrative.

Le 17 octobre 2012, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis fin à l'aide au placement étant donné les recherches infructueuses d'un poste de magasinier, accompagnateur ou logisticien en faveur de l'assuré dans un délai raisonnable.

L'assuré a contesté le terme de cette mesure le 13 novembre 2012, estimant que l'OAI n'avait « rien entrepris pour permettre véritablement une réintégration dans le marché du travail ». Sur ce, l'OAI lui a suggéré, par courrier du 11 décembre 2012, de patienter jusqu'à l'émission d'une décision sur sa demande de révision procédurale avant le réexamen de l'opportunité de l'aide au placement, non sans rappeler que le désaccord sur la capacité résiduelle de travail vouait à l'échec une telle mesure.

Par projet de décision du 8 février 2013, l'OAI a envisagé de refuser la demande d'assistance juridique, estimant que les conditions cumulatives mises à son octroi ne seraient pas remplies, à savoir notamment le degré de complexité du litige et les probabilités d'obtenir gain de cause.

Dans un second projet de décision du même jour, l'OAI a signifié son intention de rejeter la demande de révision procédurale, motif pris que les éléments à l'origine de cette requête, soit les difficultés à réintégrer le marché du travail, constituaient des faits connus de l'assuré de longue date. Par ailleurs le rapport du Centre K._____ du 12

novembre 2010 ne pouvait être assimilé à un nouveau moyen de preuve qui viendrait objectivement exclure une capacité de travail résiduelle de 90%, telle que définie médicalement, mais relèverait bien plutôt d'une appréciation différente, essentiellement subjective, de ladite capacité.

L'assuré, par le biais de son conseil, a contesté ces deux projets à l'issue de deux correspondances séparées du 13 mars 2013. S'agissant de l'assistance juridique, il s'est prévalu de la particularité de son cas et de sa méconnaissance des conditions légales et jurisprudentielles relatives à l'entrée en matière sur une requête de révision, lesquelles justifiaient à son sens le concours d'un avocat spécialisé en assurances sociales. Eu égard à la requête de révision procédurale, l'assuré a réitéré que le rapport du Centre K._____ du 12 novembre 2010 constituait de son point de vue un nouveau moyen de preuve susceptible de conduire à une nouvelle évaluation de son invalidité étant donné les constats de ses difficultés à être placé dans l'économie. Il a derechef conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2005.

L'OAI a rendu une première décision le 9 septembre 2013, reprenant les termes de son projet de refus de l'assistance juridique du 8 février 2013.

Par une seconde décision rendue à la même date, il a repris la teneur de son projet de décision du 8 février 2013 pour prononcer le rejet de la requête de révision procédurale.

G. L'assuré a déféré les deux décisions du 9 septembre 2013 précitées à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de _____ recours _____ du 14 octobre 2013. Eu égard à sa demande de révision procédurale, l'assuré a réitéré que le rapport final du Centre K._____ du 12 novembre 2010, lequel avait retenu l'impossibilité de le placer dans l'économie, constituait à son sens un moyen de preuve nouveau ne pouvant être produit auparavant qui justifiait une appréciation différente de son droit à la rente.

Concernant l'assistance juridique en procédure administrative, il s'est derechef prévalu de la complexité de celle-ci et de sa méconnaissance des conditions légales afférentes à la révision de ses droits pour estimer que la portée considérable du litige justifiait l'assistance d'un avocat spécialisé. Il a conclu à l'annulation des décisions entreprises ainsi qu'à titre principal, à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2005 et à l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure d'instruction. A titre subsidiaire, il a requis la révision de la transaction judiciaire, valant jugement, passée le 25 mars 2009 auprès de la Cour de céans. Il a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre de la procédure de recours.

La cause portant numéro de référence AI 259/13 a ainsi été ouverte auprès de la Cour de céans.

Par décision du 31 octobre 2013, le juge instructeur a accordé au recourant l'assistance judiciaire avec effet dès le 14 octobre 2013, soit l'exonération d'avance de frais et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

L'intimé, par réponse du 26 novembre 2013, s'est référé à la teneur de ses décisions du 9 septembre 2013 et a proposé le rejet du recours.

Une audience s'est déroulée auprès du juge instructeur le 5 février 2014, à l'issue de laquelle l'instruction de la cause a été suspendue dans l'attente du dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI par l'assuré et de la décision ultérieure de l'intimé à cet égard.

Le 26 février 2014, l'OAI a fait parvenir à la Cour de céans le tirage d'un avis médical du 21 février 2014 établi par le Dr P._____, spécialiste en médecine physique, rééducation et rhumatologie au SMR, où ce dernier s'est prononcé sur la discordance entre les conclusions de l'expertise réalisée par le

Prof. H._____ le 17 octobre 2005 et celles du rapport du Centre
K._____ du
12 novembre 2010. Il a relevé notamment ce qui suit :

« [...] Depuis l'expertise du Professeur H._____, nous avons un document médical à disposition, le rapport médical du Dr D._____, médecin généraliste traitant, rapport datant du 04.10.2010. Les diagnostics retenus avec effets sur la capacité de travail sont les mêmes que ceux décrits par le Professeur H._____, à savoir un nanisme constitutionnel, des lombalgies chroniques, un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains. Le constat médical est de peu de gravité avec un examen des différents systèmes sans particularité en dehors du nanisme avec l'important raccourcissement des phalanges des deux mains. Il est mentionné que l'assuré ne travaille actuellement pas, n'ayant pas trouvé d'activité professionnelle en raison de son nanisme. Les problèmes lombaires apparaissent pour certaines activités et ne sont pas détaillés. Il s'agit donc toujours de lombalgies de type mécanique. Le Dr D._____ confirme qu'une reprise d'activité est possible dans une activité adaptée aux problèmes médicaux de l'assuré, notamment le nanisme. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Il y a lieu de conclure que sur le plan médical il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Professeur H._____ du 17.10.2005. Les conclusions de cette expertise restent d'actualité.

Les conclusions du rapport du Centre K._____ comme quoi il est impossible que [l'assuré] rejoigne l'économie de façon stable, s'appuient en grande partie sur des facteurs étrangers : difficulté de maîtrise de la langue française, maîtrise du calcul, durée du non-emploi. L'arthrose évoquée dans les conclusions du Centre K._____, n'est pas confirmée par les documents médicaux à disposition.

Par rapport aux différentes tâches exercées au Centre K._____, le descriptif des postes de travail, ne permet pas de s'assurer qu'il y ait eu la possibilité de varier la position : « menuiserie 80% en position debout, mécanique de base travaux d'établi 90% en position debout, cartonnage 90% en position assise, informatique 100% en position assise ». Le Professeur H._____, retenait à la page 9 de son expertise la nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout. »

Un échange de correspondances entre le recourant et l'OAI a également été remis en copie par ce dernier à la Cour de céans en date du 15 avril 2014, à savoir un courrier de l'assuré du 6 février 2014 et la réponse de l'intimé du 12 février 2014.

Le recourant a communiqué, dans le courrier précité, son intention de déposer formellement une nouvelle demande de prestations AI, relevant toutefois qu'à son sens l'on ne pouvait pas considérer que la

décision sur opposition du 13 juin 2008 était entrée en force vu la mise en place ultérieure de mesures professionnelles. La transaction judiciaire du 25 mars 2009 n'aurait porté que sur la question de ces mesures et aurait suspendu l'examen du droit à la rente jusqu'à droit connu sur leur issue. L'intention des parties à l'époque aurait été uniquement de statuer sur la possibilité de bénéficier de telles mesures, non pas d'admettre une décision de refus de rente.

L'intimé a pour sa part adressé à l'assuré une formule officielle de demande de prestations AI, l'invitant à rendre plausible une éventuelle modification de son taux d'invalidité. Il a au surplus rappelé qu'aux termes du procès-verbal de l'audience du 25 mars 2009, le recourant avait admis l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 90% et qu'une suspension de l'examen du droit à la rente n'avait pas été expressément prévue. Il en a déduit que la décision sur opposition du 13 juin 2008 était bel et bien entrée en force suite au retrait du recours de l'assuré, ce que ce dernier avait du reste de facto admis en sollicitant une révision procédurale de ladite décision sur opposition le 11 septembre 2012. Il s'est dès lors montré surpris du changement de position de l'assuré.

Par écriture à la Cour de céans du 16 avril 2014, le recourant a réitéré ses doutes quant à l'entrée en force de la décision sur opposition du 13 juin 2008 et s'est déterminé sur l'avis médical du Dr P._____. Il en a contesté la teneur, se prévalant d'une nouvelle appréciation du Dr D._____, datée du 19 mars 2014 et remise en annexe. Ce praticien s'y est notamment exprimé en ces termes :

« [...] 2) Concernant [la] capacité de travail [de l'assuré] et les possibilités de réinsertion professionnelle, je confirme effectivement les conclusions du rapport [réd. : du Centre K._____].
3) La capacité de travail de [l'assuré] dans une activité adaptée à ses limitations est difficile à déterminer au vu du bilan effectué [au Centre K._____], un 50% pourrait éventuellement être envisagé.
[...] Une expertise médicale à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne pourrait également être envisagée afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. [...] »

Le recourant a dès lors proposé de suivre l'avis de son médecin traitant, lequel corroborait les conclusions du Centre K._____, et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à démontrer le bien-fondé d'une révision de ses droits à des prestations AI.

Dans l'intervalle, par courrier du 8 avril 2014, l'assuré a sollicité directement l'OAI afin qu'il statuât sur l'entrée en force de la décision sur opposition du 13 juin 2008 et a ultérieurement formulé une nouvelle demande de prestations AI, par le dépôt du formulaire ad hoc le 17 avril 2014.

Le 29 avril 2014, l'OAI a refusé de rendre une décision sur l'entrée en force de sa décision sur opposition précitée, suggérant au recourant de faire valoir ses arguments dans ce contexte au stade de la procédure de recours intentée contre la décision de refus de révision procédurale du 9 septembre 2013.

A la même date, l'intimé a transmis copie de cet échange de correspondances à la Cour de céans.

H. L'OAI a soumis la nouvelle demande de prestations de l'assuré au SMR, laquelle reposait sur l'appréciation médicale du Dr D._____ du 19 mars 2014. Ce service, sous la plume du Dr L._____, médecin, a indiqué le 13 mai 2014, qu'une « aggravation de l'état de santé de l'assuré [n'était] pas rendue plausible » en l'absence de nouveau diagnostic avancé par le Dr D._____ et de motifs étayant son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Partant, l'OAI a établi un projet de décision le 3 juin 2014, envisageant de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assuré.

Ce dernier a fait part de ses objections audit projet par correspondance du 3 juillet 2014, concluant principalement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sous suite de décision sur son

droit à la rente et subsidiairement, à la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur l'issue du recours déposé contre la décision de refus de révision procédurale du 9 septembre 2013.

L'OAI a confirmé les termes de son projet de décision en expédiant une décision de même teneur en date du 8 septembre 2014.

I. Par acte du 10 octobre 2014, l'assuré a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée, lequel porte le numéro de cause AI 218/14 et fait l'objet d'une procédure séparée. Il a proposé préalablement la jonction de cette seconde cause à la première, ouverte sous numéro AI 259/13, considérant que l'objet du litige avait également trait à l'entrée en force de la décision sur opposition du 13 juin 2008, laquelle ne pouvait être retenue du fait que la transaction judiciaire passée le 25 mars 2009 ne revêtait pas la forme d'une décision sujette à recours. S'agissant plus particulièrement du refus d'entrer en matière, signifié par décision du 8 septembre 2014, il a remarqué que son état de santé s'était aggravé au point de restreindre sa capacité de travail à concurrence de 50% dans une activité adaptée. Cette modification constituait de son point de vue un changement substantiel des faits susceptible d'entraîner la révision de ses droits, puisque l'OAI s'était prononcé le 13 juin 2008 en prenant en compte une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité respectant son état de santé. Il a conclu à ce que fût constaté que la décision sur opposition du 13 juin 2008 n'était pas entrée en force et statué sur son droit à la rente, après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a également conclu à titre subsidiaire à l'annulation de la décision de refus de révision procédurale du 9 septembre 2013 et à l'entrée en matière sur la demande de révision introduite le 6 février 2014. Il a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre de cette seconde procédure de recours.

Par décision du 16 octobre 2014, le juge instructeur a accordé au recourant l'assistance judiciaire, soit l'exonération d'avances de frais et l'assistance d'un conseil en la personne de Me Jean-Michel Duc.

L'OAI a transmis sa réponse le 13 novembre 2014, rappelant que le recourant avait retiré son recours contre la décision sur opposition du 13 juin 2008, ce qui avait entraîné son entrée en force. Eu égard à la décision de refus d'entrer en matière du 8 septembre 2014, il a souligné que les éléments avancés par l'assuré n'avaient pas rendu plausible une modification substantielle de son état de santé, concluant en conséquence au rejet du recours. Il s'est au surplus opposé à la jonction des causes AI 259/13 et AI 218/14 vu que celles-ci portaient sur des objets différents, soit respectivement le refus de révision procédurale et le refus d'entrer en matière.

Le recourant a réitéré ses précédentes conclusions par réplique du 8 décembre 2014, l'OAI en ayant fait de même aux termes d'une duplique du 17 décembre 2014.

J. A la demande du juge instructeur, le mandataire du recourant a fait parvenir la liste détaillée de ses activités du 14 octobre 2013 au 17 février 2015, par correspondance du 18 février 2015.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 14 octobre 2013 contre les décisions de l'OAI du 9 septembre 2013 a été interjeté en temps utile et

dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En l'espèce, est premièrement litigieuse la révision procédurale du droit du recourant à une rente d'invalidité, sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA, que l'intimé a refusée par décision du 9 septembre 2013. L'assuré considère principalement que le rapport du Centre K. _____ du 12 novembre 2010, ainsi que les plus récentes appréciations de son médecin traitant, devraient être qualifiés de « faits nouveaux » ou de « nouveaux moyens de preuve » au sens entendu par cette disposition.

Cela étant, dans ce contexte, l'assuré se prévaut également de défauts formels affectant la transaction judiciaire du 25 mars 2009, lesquels impliqueraient que la décision sur opposition du 13 juin 2008 ne serait pas entrée en force, tout en requérant à titre subsidiaire la révision de cette transaction (cf. également recours déposé le 10 octobre 2014 en la cause AI 218/14).

Il conclut en définitive à l'annulation de la décision du 9 septembre 2013 et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité _____ dès _____ le 1^{er} novembre 2005, ce éventuellement après mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Dès lors, vu les arguments du recourant, il s'agira préliminairement de se prononcer sur la validité de la transaction judiciaire conclue le 25 mars 2009 et sur la possibilité de faire valoir ses éventuels défauts à ce stade de la procédure. Il conviendra également de déterminer dans quelle mesure la décision sur opposition susmentionnée serait effectivement entrée en force. Ce n'est qu'après résolution de ces questions qu'il y aura lieu de statuer sur la problématique de la révision procédurale de cette décision sur opposition ou de la révision de ladite transaction.

b) Deuxièmement, le recourant conteste le refus de l'assistance juridique en cours de procédure administrative, prononcé par l'OAI par une seconde décision du 9 septembre 2013. Il s'imposera de trancher spécifiquement cette question sous l'angle de l'art. 37 al. 4 LPGA et à l'aune de la jurisprudence fédérale rendue à cet égard.

3. En date du 25 mars 2009, dans le cadre d'une première procédure de recours, intentée contre la décision sur opposition du 13 juin 2008, une audience a été appointée par la Cour de céans, à l'issue de laquelle la conciliation entre les parties a abouti. Le procès-verbal corrélatif, signé tant par l'intimé que par l'assuré, est libellé notamment en ces termes :

« [...] I. L'office intimé se déclare disposé à l'octroi de mesures professionnelles compte tenu de ce que le degré d'invalidité fixé à 18% par la décision attaquée peut être revu à la hausse, en l'occurrence de l'ordre de 26%, dès lors que le revenu d'invalidé peut être fondé sur une exigibilité de 90%.
II. Le recourant, admettant une exigibilité de 90% dans une activité réputée adaptée, accède à la proposition en procédure et déclare retirer son recours. [...] »

Le juge instructeur a au surplus pris acte du retrait du recours et radié la cause du rôle, puisque devenue sans objet.

Cette transaction judiciaire n'a pas été formalisée par un arrêt subséquent, en dépit des exigences suivantes, consacrées par la LPGA et la jurisprudence fédérale.

a) Selon l'art. 50 LPGA, les litiges portant sur des prestations d'assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (al. 2). Les al. 1 et 2 s'appliquent par analogie à la procédure d'opposition et de recours (al. 3).

Le Tribunal fédéral a précisé et développé sa jurisprudence relative au contrôle par le juge appelé à se prononcer sur une transaction et la conformité de la convention avec l'état de fait et la loi (TFA [Tribunal

fédéral des assurances] H 105/99 du 2 décembre 1999, in : SVR 2000 AHV n° 23 p. 73). Il a ainsi jugé que la décision par laquelle le juge raye la cause du rôle à la suite d'une transaction judiciaire doit contenir à tout le moins une motivation sommaire qui explique en quoi la transaction est conforme à l'état de fait et de droit (ATF 135 V 65 consid. 2.1 à 2.6 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_671/2009 du 16 novembre 2009 consid. 2.1).

Ces exigences déduites du devoir de contrôle du juge et de son corrélat, le devoir de motivation de la décision tiré du droit d'être entendu (ATF 135 V 65 consid. 2.4), s'appliquent également mutatis mutandis lorsque le juge ne rend pas une décision de radiation du rôle, mais un jugement au fond qui a pour objet la ratification de la transaction et dont le dispositif reprend les termes de celle-ci afin de donner à la décision un caractère exécutoire (ATF 135 V 65 consid. 2.7 ; TF 9C_671/2009 du 16 novembre 2009 consid. 2.1)

b) Par ailleurs, il convient de mettre en exergue le principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230 ; TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1).

c) In casu, quoi qu'en dise le recourant, il ne fait pas de doute que les parties ont entendu mettre fin au litige les opposant consécutivement à la décision sur opposition du 13 juin 2008. Dans ce cadre, l'assuré a d'ailleurs clairement déclaré retirer son recours, la cause n'ayant nullement été suspendue s'agissant de l'examen de son droit à la rente, comme il le soutient désormais. Un taux d'invalidité de 26% a en effet été fixé par l'OAI, compte tenu d'une exigibilité de 90%, telle que déterminée médicalement, notamment selon les conclusions de l'expertise du Prof. H. _____, communiquées le 31 octobre 2005. Il y a donc lieu de

considérer que la décision sur opposition du 13 juin 2008 a été réformée pour tenir compte de ce nouveau degré d'invalidité, tout en étant confirmée pour le surplus. Son entrée en force ne fait au demeurant aucun doute étant donné le retrait inconditionnel du recours, expressément concédé par le recourant.

Cela étant, la transaction judiciaire du 25 mars 2009 n'a pas été ratifiée dans un arrêt subséquent. Ce constat pourrait justifier des doutes quant à la validité de la transaction judiciaire pour des motifs d'ordre formel. Néanmoins, sur le fond, force est de constater que cette transaction s'avère conforme au droit et aux dispositions en vigueur à la date de sa passation.

d) En effet, à la date de la décision sur opposition établie par l'intimé, était versé au dossier du recourant le rapport d'expertise du Prof. H._____, lequel avait retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'assuré au taux de 90%. Les diagnostics pris en compte par l'expert étaient ceux de « lombalgies chroniques », « légère surcharge fonctionnelle » et « nanisme constitutionnel avec raccourcissement notable des phalanges des deux mains ». Le SMR s'était rallié à ses conclusions, en admettant l'exigibilité restreinte à 90% du fait des limitations fonctionnelles engendrées par ces atteintes à la santé (cf. avis médical du 10 mai 2006).

Quant au médecin traitant du recourant, le Dr D._____, celui-ci avait estimé la capacité de travail de son patient à 50% dans une activité adaptée compte tenu de diagnostics superposables à ceux admis par l'expert (cf. rapports médicaux des 20 décembre 2004 et 11 juin 2008).

A cet égard, l'on rappelle que, de jurisprudence constante, un rapport médical peut se voir conférer pleine valeur probante pour autant 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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).

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).

Dès lors, la prépondérance accordée par l'intimé à l'appréciation du Prof. H._____, dont le rapport du 31 octobre 2005 remplit manifestement les critères jurisprudentiels énoncés supra, n'apparaissait pas critiquable, alors que l'opinion du Dr D._____, peu étayée et vraisemblablement influencée par la relation de confiance instaurée avec son patient, n'était pas susceptible d'ébranler les conclusions de l'expert.

En outre, la comparaison des revenus, opérée par l'OAI au stade de l'audience du 25 mars 2009, s'avérait conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA et de la jurisprudence corrélative (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1), de sorte qu'un arrêt rendu sur le fond du litige suite à la conciliation intervenue à la même date aurait manifestement confirmé le degré d'invalidité de 26%.

e) Indépendamment des remarques ci-dessus, singulièrement compte tenu du principe de la bonne foi en procédure, énoncé sous considérant 3.2 supra, le recourant apparaît particulièrement mal venu de se prévaloir à ce stade, soit après plusieurs années, d'éventuels défauts formels.

Non seulement ses griefs interviennent pour le moins tardivement, ce qui justifie de les écarter, mais encore ils s'avèrent en contradiction manifeste avec les requêtes formulées par l'assuré auprès de l'OAI. En effet, l'on peine à concilier des demandes de révision procédurale et de révision de ses droits, déposées au demeurant avec le concours d'un mandataire professionnel, alors que le recourant se prévaut en parallèle de l'absence de décision initiale dûment entrée en force.

Enfin, il convient de rappeler que le recourant bénéficiait d'ores et déjà de l'assistance d'un mandataire qualifié à l'occasion de l'audience du 25 mars 2009, ayant abouti à la transaction judiciaire désormais remise en question, lequel aurait dû manifester son désaccord éventuel avec la forme de ce document.

En définitive, l'on ne peut que rejeter les arguments afférents à la transaction judiciaire du 25 mars 2009 et confirmer, à l'instar de l'intimé, que la décision sur opposition du 13 juin 2008, réformée à l'issue de l'audience de conciliation, est effectivement entrée en force des suites du retrait du recours de l'assuré, intervenu après que l'intimé eût reconsidéré sa décision initiale.

4. Cela étant, il s'agit d'examiner si et dans quelle mesure les pièces postérieures à ladite décision sur opposition, à savoir le rapport du Centre K. _____ du 12 novembre 2010 et le rapport du Dr D. _____ du 4 octobre 2010, seraient susceptibles de justifier le réexamen des droits de l'assuré sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA.

a) Selon cette disposition, relative à la révision dite procédurale, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de fait étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; TF 9C_226/2014 du 19 mai

2014 consid. 4.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 9C_677/2014 et 9C_678/2014 du 4 février 2015 consid. 8.2).

Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciations émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 précité ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; TF 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; TF 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2).

c) Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 24 consid. 4b ; TFA I 263/03 du 7 juillet 2003 consid. 2.3)

d) En l'espèce, il faut tout d'abord relever sur le plan médical que la situation de l'assuré est demeurée strictement stationnaire depuis sa requête de prestations initiale du 19 novembre 2004. En particulier, les diagnostics retenus par le Prof. H. _____ à l'occasion de son expertise du 17 octobre 2005 ont été repris dans les rapports subséquents du Dr

D._____, ce dernier s'écartant des conclusions de l'expert uniquement eu égard à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant (cf. rapports de ce praticien des 20 décembre 2004, 11 juin 2008, 4 octobre 2010 et 19 mars 2014).

Dès lors, à l'évidence, les documents établis par le Dr D._____ postérieurement à la décision sur opposition du 13 juin 2008 ne sauraient faire état d'éléments factuels nouveaux au sens entendu par l'art. 53 al. 1 LPGA.

Ces rapports ne peuvent davantage être considérés comme de nouveaux moyens de preuve, ce que le recourant ne soutient d'ailleurs pas sérieusement, puisqu'ils font état d'une appréciation connue de l'intimé dès la phase d'instruction de la demande de prestations du 19 novembre 2004 et dont l'assuré a eu tout le loisir de se prévaloir au stade de la procédure administrative.

e) S'agissant ensuite du rapport du Centre K._____ du 12 novembre 2010, il faut rappeler qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2b).

Cela étant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ;

9C_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70 ; TFA I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références in : Plädoyer 2004/3 p. 64).

S'il est incontesté que les conclusions du Centre K. _____ divergent sensiblement de celles du Prof. H. _____, respectivement du SMR, ce dernier, sous la plume du Dr P. _____, s'est exprimé sur les motifs de cette dichotomie. Ce spécialiste a observé, dans son avis du 21 février 2014, que les maîtres d'observation professionnelle fondaient leur estimation quant à l'impossibilité du retour de l'assuré sur le marché ordinaire du travail pour l'essentiel sur des éléments étrangers à l'invalidité, en particulier un niveau de connaissances trop bas, des difficultés linguistiques et une longue période d'inactivité. Leur appréciation tient compte au surplus des préoccupations subjectives de l'assuré quant à son état de santé, lesquelles ont entravé l'élaboration d'un projet professionnel concret.

En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, l'appréciation des maîtres socio-professionnels ne justifie dès lors pas de douter du bien-fondé des conclusions du Prof. H. _____ et de procéder à une quelconque instruction complémentaire.

Il conviendra dans ce contexte de rejeter la requête de l'assuré tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, éventuellement pluridisciplinaire.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner que le rapport du Centre K. _____ ne relate pas d'élément nouveau, dont les parties n'avaient pas connaissance au stade de l'instruction de la requête de prestations du 19 novembre 2004, mais qu'il s'inscrit dans la continuité de l'examen de possibles mesures professionnelles, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 90%.

Des considérations qui précèdent, il résulte que le rapport du Centre K. _____ ne peut être qualifié de fait nouveau ou de moyen de

preuve nouveau, susceptible de répondre aux réquisits de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI du 9 septembre 2013 afférente à la question de la révision procédurale, mal fondé, ne peut donc qu'être rejeté.

f) On ajoutera qu'aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004).

In casu, on peut relever que l'OAI n'a - à bon droit - pas envisagé de reconsidérer la situation de l'assuré sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA, les conditions imposées par cette disposition n'étant à l'évidence pas remplies. Ainsi qu'il a été exposé supra sous considérant 4c, la décision sur opposition du 13 juin 2008 dans sa teneur consécutive à la transaction du 25 mars 2009 s'avère conforme au droit. Les problèmes de réinsertion rencontrés ultérieurement par le recourant ne relèvent pas d'une interprétation erronée de ses possibilités professionnelles sur le plan médical, mais ressortent clairement de facteurs psychosociaux, tels que des problèmes de langue et de niveau de formation, sans rapport avec son état de santé et n'ayant pas lieu d'être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité.

g) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendaient son octroi changent notablement (al. 2).

Cette disposition s'applique ainsi aux prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite.

On renverra eu égard à l'applicabilité de l'art. 17 LPGA à l'arrêt rendu ce jour en la cause AI 218/14 où la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 8 septembre 2014 a été confirmée par la Cour de céans.

5. Par surabondance, ainsi que l'envisage brièvement le recourant à titre de conclusion subsidiaire, on peut encore s'interroger sur le point de savoir si, saisi d'une demande de réexamen de sa décision sur opposition du 13 juin 2008, l'OAI n'aurait pas dû la transmettre à la Cour de céans comme objet de sa compétence, sous l'angle d'une éventuelle révision de la transaction judiciaire passée le 25 mars 2009.

a) Aux termes de l'art. 100 al. 1 LPA-VD, un jugement entré en force peut être annulé ou modifié, sur requête notamment, si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque.

Une décision juridictionnelle passée en force ne peut être modifiée que dans un procès en révision du jugement (cf. art. 61 let. i LPGA). Lors qu'est demandée la reconsidération d'une décision reposant

sur un jugement, les directives de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS) prévoient que l'organe d'exécution qui reçoit une telle demande, en tant qu'il est lié par une décision juridictionnelle nantie de l'autorité matérielle de la chose jugée, ne peut pas prendre une décision qui contredit le jugement rendu ; les demandes présentées en ce sens par les assurés ou par les personnes tenues de payer des cotisations doivent dès lors être comprises comme des demandes de révision du jugement et transmises à l'instance qui a prononcé ledit jugement (cf. 3015 de la Circulaire sur le contentieux [CCONT], édictée par l'OFAS).

b) La question de savoir s'il aurait dû en aller de même dans le cas particulier - s'agissant de la reconsidération d'une décision administrative sur laquelle une instance judiciaire ne s'est toutefois pas prononcée matériellement - peut demeurer indécise. La Cour de céans s'est limitée à prendre acte de la transaction judiciaire du 25 mars 2009 et du retrait du recours de l'assuré, tout en rayant la cause du rôle, sans statuer plus avant.

A admettre que la Cour de céans eût envisagé de se saisir de l'affaire dans la perspective de l'art. 100 al. 1 LPA-VD, cette démarche serait sans incidence sur le sort des prétentions de l'assuré. En effet, les considérations exposées sous considérant 4 supra demeureraient valables dans le cadre d'un tel examen et conduiraient au constat de l'absence de fait nouveau ou de moyen de preuve nouveau au sens de l'art. 100 al. 1 LPA-VD.

6. Reste à examiner le droit du recourant à l'assistance juridique pour la procédure d'instruction, requise le 11 septembre 2012 à l'occasion de sa demande de révision procédurale et refusée par l'OAI par décision spécifique du 9 septembre 2013.

a) 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, *op.cit.*, n° 22 ad art. 37 LPGA).

La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst (cf. art. 29 al. 3 Cst.) 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 du 30 mars 2006 consid. 6.2 et les références) - continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA I 557/04 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 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).

b) S'agissant de la première des trois conditions cumulatives, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le

gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1 ; 128 I 225 consid. 2.5.3 et la référence citée). Dans tous les cas, les chances de succès ne peuvent pas être déniées lorsque la démarche pose des questions complexes et que son issue apparaît incertaine (ATF 124 I 304 consid. 4b).

L'autorité procédera dans ce contexte à une appréciation anticipée et sommaire des preuves, sans toutefois instruire une sorte de procès à titre préjudiciel (ATF 124 I 304 consid. 2c).

c) Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 ; 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 la 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4).

d) Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des

connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. B ; 98 V 115 consid. 3a ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références citées).

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 consid. 4.1 et les références citées).

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 consid. 4 ; TF I 676/04 du 30 mars 2006 consid.6.2).

Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références citées ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, le litige afférent au droit à une rente d'invalidité 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 du 13 novembre 2007 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. Cela étant, 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 du 29 novembre 2004 consid. 2.2 et I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1).

e) 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 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 (TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3).

Dans l'arrêt 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 (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans un contexte factuel et juridique plus complexe, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'administration contre un jugement cantonal aux termes duquel l'assistance juridique en procédure administrative avait été concédée. Dans l'arrêt corrélatif, 9C_668/2009 du 25 mars 2010, la cause avait fait l'objet d'un premier jugement de renvoi de la Cour cantonale en vue d'une instruction complémentaire, sous forme d'expertise pluridisciplinaire, avant nouvelle décision sur une seconde demande de prestations AI formulée par un assuré toxicomane. La Haute Cour a relevé que le litige portait sur la « question délicate de l'évaluation de l'invalidité d'une personne toxicomane » pouvant comporter des éléments complexes sur les plans médical et juridique et « requérir des connaissances juridiques que l'assuré n'avait à l'évidence pas » et « qu'il n'était pas en mesure d'acquérir par ses propres moyens ». Elle a ainsi reconnu la nécessité objective d'une assistance juridique, mais a laissé ouverte la question relative à l'intervention d'un avocat en lieu et place d'un assistant social. Elle a néanmoins retenu les considérations de la Cour cantonale, selon lesquelles le recours à un assistant social, en lieu et place du mandataire de l'assuré, désigné comme défenseur d'office dans le cadre de la première procédure de recours, engendrerait « une perte de temps », en sus de « frais supplémentaires inutiles, notamment liés à la prise de connaissance du dossier ». Ce faisant, elle a conclu que l'admission de la requête d'assistance juridique et la désignation de l'avocat de l'assuré comme défenseur d'office n'étaient pas critiquables (TF 9C_668/2009 du 25 mars 2010 consid. 3.1 et 4.2).

7. En l'espèce, sur les trois conditions cumulatives mises à l'octroi de l'assistance juridique, l'indigence de l'assuré n'est pas contestée, à l'inverse des deux autres conditions.

a) S'agissant de la condition afférente aux chances de succès de la procédure, l'on ne saurait se rallier à la position de l'intimé, en ce qu'il a d'emblée évalué leur défaut.

En effet, quand bien même le rapport du Centre K. _____ n'apparaissait a priori pas suffisant pour justifier une révision procédurale de la décision sur opposition du 13 juin 2008, respectivement de la transaction _____ judiciaire _____ du 25 mars 2009, le dossier de l'assuré contenait également un rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI, qui avait pris en compte l'impossibilité du recourant de regagner le marché ordinaire de l'emploi et avait retenu, au titre de perspective de gain, le revenu réalisable dans une activité protégée (cf. rapport dudit service du 2 novembre 2010).

Dès lors, l'assuré ne pouvait de prime abord estimer que l'OAI n'accéderait pas à sa requête tendant au réexamen de son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Partant, force est de constater que les pièces versées au dossier constitué par l'intimé ne justifiaient pas d'inférer d'un vraisemblable insuccès de l'assuré à la date du 11 septembre 2012.

b) Eu égard à la complexité du litige, l'on ne peut considérer que l'affaire ne revêtait aucune particularité procédurale, puisque celle-ci se déroulait objectivement dans une constellation quelque peu inhabituelle. A la date de la demande d'assistance juridique du 11 septembre 2012, le cas de l'assuré se trouvait en effet au stade de la mise en œuvre d'une aide au placement après l'échec de mesures professionnelles, précédemment refusées par l'OAI, mais concédées à l'occasion d'une première procédure judiciaire par transaction du 25 mars 2009. Il est ainsi douteux que l'assuré ait été en mesure de s'orienter seul dans un tel contexte, compte tenu des exigences légales particulières mises à la révision du droit aux prestations tant sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA que de l'art. 17 LPGA, ainsi que des circonstances particulières du cas d'espèce (cf. infra considérant 7c).

S'agissant d'ailleurs des circonstances subjectives entourant la cause, il faut relever que si l'assuré parle la langue française, son faible niveau sur le plan de l'écrit a été expressément relevé par les maîtres de stage professionnel au sein du Centre K._____. Il n'a au demeurant pas été en mesure de se défendre seul par le passé, puisqu'il s'est adjoint les services d'un avocat à l'issue de l'instruction de sa demande de prestations.

Ces éléments imposent de douter de son potentiel effectif à assurer sa défense efficacement et à s'orienter dans la procédure entamée le 11 septembre 2012.

Il convient dès lors d'admettre que le recourant n'était pas à même de défendre seul ses propres intérêts et qu'une assistance s'avérait indispensable à cette fin.

c) Vu la conclusion ci-dessus, il y a lieu de déterminer si l'assistance d'un avocat - en l'espèce de Me Jean-Michel Duc - était nécessaire ou si d'autres professionnels, tels des représentants d'association ou des personnes de confiance d'institutions sociales auraient pu entrer en considération pour assumer la défense de la recourante.

Etant donné la spécificité de la procédure de révision en matière AI, ainsi que le contexte du cas d'espèce, s'inscrivant à la suite d'une première procédure judiciaire, clôturée sur une transaction, l'on peut considérer que l'assistance d'un avocat s'avérait in casu exceptionnellement indiquée.

On observera par ailleurs que la constellation du cas était particulière eu égard à une éventuelle réévaluation de l'invalidité de l'assuré, puisque le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI avait considéré dans un rapport du 2 novembre 2010 que le revenu d'invalidité déterminant s'élevait à moins

de 10'000 francs. Cette appréciation a été contredite par le Service juridique de l'intimé, auquel il a été nécessaire de recourir, dans un avis du 14 janvier 2011. Vu ces éléments, par souci d'égalité des armes, il semblait judicieux que l'assuré sollicitât l'assistance d'un avocat en lieu et place d'un assistant social sans qualification juridique.

d) Il y a en définitive lieu de retenir que l'assistance d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc se justifiait pour défendre les intérêts du recourant durant la procédure administrative afin de suivre et cas échéant, d'orienter adéquatement cette dernière.

Il s'ensuit que l'OAI n'a pas respecté le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique formulée pour le compte de l'assuré le 11 septembre 2012.

Le recours doit en conséquence être admis sur cette question, ce qui entraîne l'annulation de la décision y afférente, la cause étant en tant que de besoin renvoyée à l'OAI pour l'établissement d'une décision afférente aux honoraires de Me Jean-Michel Duc dès le 11 septembre 2012 (cf. TF 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.3 rappelant que l'octroi de l'assistance judiciaire déploie ses effets à partir de la présentation de la requête corrélative).

8. 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 AI. 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 susmentionnée, il y a lieu de considérer que le présent litige – en ce qu'il porte pour partie 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).

b) En outre, 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 (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 (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice s'agissant du recours relatif au refus de révision procédurale doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (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'est en revanche pas perçu de frais de justice en lien avec le litige portant sur la question de l'assistance juridique en procédure administrative.

d) Il y a au demeurant lieu d'allouer des dépens réduits à 1'000 fr., le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

e) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 14 octobre 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi.

Le 18 février 2015, Me Duc a produit le relevé des opérations soi-disant liées à la présente procédure. La liste corrélatrice s'étend cependant du 14 octobre 2013 au 17 février 2015, tout en englobant des démarches effectuées pour le compte de l'assuré à l'égard d'autres assurances, ainsi

que celles relatives à la requête de révision déposée auprès de l'OAI et à la procédure judiciaire portant le numéro de cause AI 218/14, à concurrence d'un total de plus de 30 heures.

Cette liste doit en conséquence être réduite pour respecter les limites temporelles et matérielles fixées par la décision du juge instructeur du 31 octobre 2013, soit en ne prenant en considération que les opérations effectuées dans le cadre du recours entamé le 14 octobre 2013 en matière AI.

Il s'agit ainsi de retenir les opérations effectuées par Me Duc et son avocate-stagiaire à hauteur du total de 13 heures et 55 minutes, dont une heure et 45 minutes peuvent être créditées au tarif horaire d'avocat de 180 fr., soit 315 fr., et 12 h 10 minutes au tarif horaire d'avocat-stagiaire de 110 fr., soit 1'335 fr. 90 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]). L'indemnité due à l'étude de Me Duc peut ainsi être arrêtée à 1'650 fr. 90. A ces montants s'ajoutent les débours arrondis à 50 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'832 fr. 90 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 832 fr. 90 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'232 fr. 90 (comprenant frais judiciaires et indemnités) dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC cité plus haut. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

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

- I. Le recours est rejeté en ce qu'il porte sur le refus de révision procédurale, la décision corrélative du 9 septembre 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud étant confirmée.

- II. Le recours est admis, en ce qu'il porte sur le refus de l'assistance juridique en procédure administrative ; la décision corrélative du 9 septembre 2013 est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires consécutifs à la procédure de recours afférente au refus de révision procédurale, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'État.

- IV. Une indemnité de dépens réduite à 1'000 fr. (mille francs) sera versée au recourant par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'indemnité d'office de Me Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 1'832 fr. 90 (mille huit cent trente-deux francs et nonante centimes), débours et TVA compris.

- VI. Le montant de 832 fr. 90 (huit cent trente-deux francs et nonante centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.

VII. 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :