C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 13 décembre 2016

Composition : M. M É T R A L, président
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Raetz

*****

Cause pendante entre :

T._____, 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. 29 al. 1 Cst. ; 56 al. 2 LPGA ; 57, 64 et 64a LAI ; 176 RAVS.

E n f a i t :

A. **a)** T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1951, soudeur de formation, a travaillé en qualité d'ouvrier polyvalent au service de la commune de [...]. Il a été victime de plusieurs accidents qui ont entraîné diverses atteintes à la santé. L'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative après un accident survenu le 18 mars 2000 (qui a entraîné une entorse de Lisfranc à droite et une fracture à la base du 1er métatarsien du pied droit), à l'exception d'une tentative de retour au travail entre les 12 et 18 octobre 2000.

Dans un rapport du 4 mars 2001, la doctoresse N._____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une cervico-brachialgie droite chronique sur péri-arthropathie scapulo-humérale chronique, un status après section du long fléchisseur du pouce droit et des deux nerfs collatéraux, un status après ténolyse du long fléchisseur propre du pouce droit et réfection de poulie à l'aide d'une partie du tendon du grand palmaire, un status après fracture oblique modérément déplacée basale de l'annulaire droit, ostéosynthésée le 30 janvier 1992, un status après entorse vertébrale dorsale haute en 1990, un status après épicondylite droite post-traumatique en 1997, des douleurs chroniques au pied droit sur status après entorse de Lisfranc du pied droit avec fracture à la base du 1er métatarsien le 18 mars 2000 et algoneurodystrophie du pied droit, ainsi qu'un état anxio-dépressif. La doctoresse N._____ a estimé que, sur le plan strictement rhumatologique, la capacité de travail était de 50 % avec une possibilité d'augmentation ultérieure à 75 %, voire à 100 %. Elle a suggéré qu'une appréciation pluridisciplinaire du cas soit faite pour évaluer l'incidence de l'état anxio-dépressif et d'un possible trouble de l'adaptation sur la capacité de travail.

Le docteur D._____, spécialiste en maladies vasculaires, a constaté une insuffisance artérielle bilatérale des membres inférieurs avec une artériopathie occlusive touchant principalement l'étage fémoral, cette localisation expliquant les douleurs jambières à la marche (rapport du 19

novembre 2007). Le docteur K._____, cardiologue, a nié l'existence de maladies coronariennes significatives (rapport du 4 décembre 2007) et le docteur P._____, diabétologue, a constaté une évolution favorable du diabète (rapport du 19 décembre 2007).

b) Le 29 mai 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le docteur F._____, généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1er métatarsien non déplacé et du sésamoïde interne le 18 mars 2000, un status après algoneurodystrophie de stade I du pied droit avec résolution de la pathologie confirmée par scintigraphie osseuse et imagerie par résonnance magnétique, un état anxio-dépressif et des lombalgies sur troubles dégénératifs et canal lombaire étroit, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après fracture oblique de l'annulaire droit en 1992, un status après suture du long fléchisseur du pouce droit en 1982 et un diabète de type II. Le médecin a attesté une incapacité totale de travail depuis le 18 octobre 2000 et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position assise uniquement, sans marche, sans port de charges, sans montée ou descente d'escaliers, d'échafaudages ou d'échelles. Il a également estimé que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que la résistance, étaient limitées (rapport du 24 juin 2008). Le docteur F._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé (rapport du 2 octobre 2008).

Le docteur R._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a admis que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité légère ne nécessitant pas de station debout prolongée, de déplacements sur des longues distances ou sur sol irrégulier, le port de charges et le travail au-dessus de l'horizontale ou en porte-à-faux avec le membre supérieur droit (rapport du 20 octobre 2008).

Dans un projet de décision du 23 octobre 2008, l'OAI a refusé l'octroi de toute prestation. L'assuré a contesté la manière de voir de l'OAI et a produit un rapport médical du docteur M._____, psychiatre traitant, qui a diagnostiqué une évolution dépressive torpide, désormais chronique, et qui a signalé l'évidence de tendances de type hypocondriaque. Ce médecin a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle du point de vue psychiatrique depuis de nombreuses années, au moins depuis l'apparition de l'algoneurodystrophie (rapport du 12 février 2009).

A la suite de cet avis psychiatrique, l'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur J._____, psychiatre auprès du L._____ SA. Dans un rapport du 9 novembre 2009, le docteur J._____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité mixte, avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, ces atteintes restant sans répercussion sur la capacité de travail. Pour l'expert, le trouble de la personnalité entraînait des limitations sur le plan relationnel, car les contacts étaient difficiles à gérer du fait qu'ils étaient vécus sur un mode paranoïaque. Ils devaient donc être limités, tout comme le stress et les exigences professionnelles, pour éviter de mettre l'assuré sous pression et ainsi déclencher un vécu persécutoire plus important. Moyennant le respect de ces limitations, l'activité antérieure et toute autre activité étaient exigibles à 100 %.

Dans deux rapports des 2 et 16 février 2010, le docteur C._____, médecin au SMR, a diagnostiqué un trouble de la personnalité mixte, ainsi qu'un status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1er métatarsien. Il a retenu une capacité totale de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles déterminées par les docteurs R._____ et J._____.

Le 1er juin 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 23 octobre 2008, par lequel il envisageait de refuser toute prestation de l'assurance-invalidité au motif

que le taux d'invalidité était de 28 %. Par décision du 25 janvier 2011, l'OAI a confirmé son refus de prester ; par lettre du même jour, il a proposé une aide au placement.

c) L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er mai 2007, fondée sur un taux d'invalidité de 70 %.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours, par arrêt du 21 septembre 2012 (cause AI 69/11 – 322/2012). Elle a considéré, en particulier, que les rapports des docteurs R._____ et J._____ permettaient de constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par ces médecins. La Cour des assurances sociales a par ailleurs observé que l'incapacité de travail attestée par le docteur F._____, reposant essentiellement sur les allégations de l'assuré relatives à des douleurs cervicales, des douleurs interscapulaires, des brachialgies, des douleurs dans les membres inférieurs ainsi que dans le pied droit, n'établissaient pas une incapacité de travail de manière probante. Ces plaintes avaient été prises en considération, mais relativisées, par les autres avis médicaux au dossier.

La Cour des assurances sociales a toutefois précisé que divers documents médicaux avaient été produits en procédure par le recourant, attestant notamment que celui-ci s'était soumis à un pontage coronarien le 21 mars 2011, et que le docteur B._____, spécialiste en angiologie, avait diagnostiqué une artériopathie des membres inférieurs de stade IIb prédominant à gauche avec une occlusion bilatérale de l'artère fémorale superficielle dès son origine et une sténose de 50 et 70 % au départ de l'artère fémorale profonde gauche. Cette dernière pathologie avait déjà été diagnostiquée et investiguée avant la décision litigieuse et avait été prise en considération dans les limitations fonctionnelles constatées. En revanche, l'intervention de pontage coronarien pratiquée en mars 2011 constituait un fait nouveau, postérieur à la décision litigieuse et dont il n'y avait pas lieu de tenir compte dans la procédure de recours. Un tel fait

pourrait éventuellement justifier un nouvel examen, par l'OAI, du droit aux prestations pour la période postérieure à la décision litigieuse.

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré, par arrêt du 7 août 2013 (cause 9C_898/2012).

B. **a)** Le 23 octobre 2012, l'assuré, par son mandataire, Me Duc, a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en demandant que l'affection coronarienne ayant nécessité l'opération du 21 mars 2011 – un angor très instable entraînant une intolérance à l'effort –, soit prise en considération comme aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision de refus.

L'OAI a demandé au SMR de se déterminer. Dans un rapport du 8 mai 2013, le docteur C._____ a considéré qu'une péjoration de l'état de santé était rendue plausible.

Le 2 septembre 2013, l'OAI a demandé à l'assuré auprès de quel médecin il était suivi pour son affection cardiaque.

Le 6 septembre 2013, Me Duc a relancé l'OAI en lui demandant de se déterminer sur la nouvelle demande, dans un délai au 30 septembre 2013. Il alléguait, nouvellement, que l'assuré souffrait d'un cancer et que son état de santé s'était fortement péjoré.

Le 13 septembre 2013, l'OAI a informé Me Duc qu'il ne pourrait pas rendre une décision pour la fin du mois de septembre 2013 et l'a invité à répondre à la demande de renseignement du 2 septembre 2013, de manière à permettre la poursuite de l'instruction.

Le 30 octobre 2013, Me Duc a informé l'OAI du fait que le cardiologue traitant était le docteur L._____, à […].

L'OAI a adressé au docteur L._____ un questionnaire médical, que ce dernier lui a retourné dûment rempli le 26 novembre

2013, avec divers rapports médicaux qu'il avait établis pour le généraliste et le psychiatre traitants depuis le 13 avril 2011. Il a notamment joint un rapport du 1er octobre 2013 qu'il avait adressé au docteur W._____, généraliste et médecin traitant, dans lequel il mentionne une hospitalisation urgente à la Clinique S._____ pour une appendicite perforée, en janvier 2013, ainsi que la découverte, par la suite, d'un carcinome de la vessie, traité par polypectomie et chimiothérapie intra-vésicale.

Le 10 décembre 2013, le docteur C._____ du SMR a constaté à la lecture de ces rapports qu'une aggravation durable ne pouvait être écartée sans autre mesure d'instruction. Il a recommandé de demander des rapports médicaux aux docteurs W._____, B._____, et à l'urologue qui avait traité le cancer de la vessie, ainsi que les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations médicales depuis janvier 2013. Il convenait également de demander à l'assuré la liste des médecins consultés depuis 2013.

Le 17 janvier 2014, Me Duc a requis de l'OAI qu'il fasse diligence dans l'instruction de la cause. Le 21 janvier 2014, l'OAI lui a demandé la liste des médecins consultés par l'assuré depuis le 1er janvier 2013, ainsi que la liste des lieux d'hospitalisation depuis cette date. Dans le même temps, il a adressé des questionnaires médicaux aux docteurs B._____ et W._____. Ces derniers ont répondu respectivement les 28 janvier et 14 février 2014. Ils ont joint à leur envoi des rapports de divers confrères. L'OAI a encore adressé des questionnaires médicaux au docteur V._____, psychiatre traitant depuis le mois de mars 2012, au X._____, à propos du carcinome qui avait été diagnostiqué en avril 2013, ainsi qu'à la doctoresse Z._____, diabétologue. Le docteur V._____ a répondu le 11 avril 2014, le X._____ le 5 mai 2014 et la doctoresse Z._____ le 7 juillet 2014.

Le 15 juillet 2014, le docteur C._____ du SMR a résumé les rapports médicaux principaux figurant au dossier et considéré qu'ils n'établissaient pas de péjoration durable de l'état de santé. Il a considéré

que le docteur L._____ n'avait pas décrit de récidive angineuse depuis l'angioplastie, ce qui signifiait qu'il n'y avait plus de symptômes secondaires à la maladie coronarienne depuis 2011. L'atteinte fémorale connue depuis 2007 ne s'était pas aggravée. Par ailleurs, le docteur V._____ avait posé le diagnostic de trouble dépressif, épisode moyen à sévère et de trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et paranoïaques décompensé, ce qui était connu de longue date. Aucune aggravation n'était rendue plausible. Le docteur W._____ décrivait, au point 1.4 de son rapport établi en février 2014, un « état général conservé » et la doctoresse Z._____ attestait une incapacité de travail dans la profession de soudeur, ce qui était déjà admis par l'OAI depuis longtemps. Enfin, selon le rapport du X._____ du 5 mai 2014, le cancer de la vessie était sans conséquence durable sur la capacité de travail, hormis pour la période du 15 au 21 avril 2013.

Le 29 septembre 2014, Me Duc a relancé l'OAI et l'a invité à statuer à bref délai sur la nouvelle demande. Le 1er octobre 2014, l'OAI lui a notifié un projet de décision de refus de prestation.

b) Me Duc a contesté ce projet de décision le 5 novembre 2014, en soulignant notamment que le docteur W._____ avait attesté une incapacité de travail totale depuis le 15 juin 2011, date à partir de laquelle il avait pris en charge l'assuré. Il a, par ailleurs, produit les réponses du 24 octobre 2014 à un questionnaire qu'il avait adressé au docteur V._____. Ce dernier y attestait une péjoration des atteintes à la santé psychique de l'assuré, depuis deux ans, ensuite de différents problèmes de santé et opérations qu'il avait dû subir. Il présentait une incapacité de travail totale en raison des atteintes à sa santé psychique.

L'OAI a soumis le dossier au SMR. Le 3 décembre 2014, le docteur C._____ a proposé de demander à SuisseMED@P de désigner un centre d'expertise pour une expertise psychiatrique, rhumatologique, angiologique, urologique et en médecine interne.

c) L'OAI a mandaté SuisseMED@P pour la désignation d'un centre d'expertise le 4 décembre 2014 et en a informé Me Duc le 8 décembre 2014.

Le 24 août 2015, Me Duc a relancé l'OAI en constatant qu'aucun centre d'expertise n'avait encore été mandaté. Il faisait observer que son mandant était âgé de 64 ans et qu'il était atteint de multiples pathologies. Cette situation était constitutive de déni de justice et Me Duc invitait l'OAI à réexaminer sa position et à reconnaître l'incapacité de travail totale de son mandant depuis le dépôt de la nouvelle demande. Il annonçait son intention de déposer un recours pour déni de justice en l'absence de réponse dans un délai échéant le 25 septembre 2015.

Le 1er septembre 2015, l'OAI a écrit à Me Duc qu'il n'avait pas de possibilité d'influencer le processus de sélection des centres d'expertises par SuisseMED@P. Dès que des places se libéraient dans les centres d'expertises, SuisseMED@P prenait les coordonnées d'une personne assurée dans la liste d'attente et désignait, au hasard, parmi les places disponibles, le centre dans lequel l'expertise aurait lieu.

Le 12 octobre 2015, Me Duc a réitéré sa demande à l'OAI de réexaminer l'opportunité d'une expertise, dès lors que la péjoration de l'état de santé de son mandant était évidente. Il invoquait en outre l'ATF 138 V 457. Selon cet arrêt, il convient d'évaluer, au moment où la capacité résiduelle de travail est médicalement établie, au besoin par expertise, si l'âge de l'assuré permettait encore d'exiger de lui qu'il mette en valeur sa capacité résiduelle de travail sur un marché du travail réputé équilibré. Selon Me Duc, en substance, cette jurisprudence excluait de toute façon le caractère raisonnablement exigible d'une reprise du travail par son mandant, dès lors qu'il était désormais âgé de 64 ans et que sa capacité de travail n'était toujours pas médicalement établie.

Le 14 octobre 2015, l'OAI a réexposé à Me Duc qu'il ne pouvait pas influencer le processus de sélection des centres d'expertises par SuisseMED@P. Le 18 décembre 2015, l'Office fédéral des assurances

sociales a écrit à Me Duc que pour qu'un mandat puisse être attribué, il fallait attendre « que des capacités soient disponibles dans les disciplines médicales sollicitées » et qu'il était « interdit de contourner le système ». Afin de remédier aux longs délais pour l'attribution des expertises médicales pluridisciplinaires, le fonctionnement de SuisseMED@P avait été adapté, en ce sens que depuis le 1er janvier 2015, l'attribution des mandats se faisait selon l'ordre chronologique, en fonction de la date du dépôt de la demande (« first in, first out »). Par ailleurs, des conventions avaient été conclues avec de nouveaux centres d'expertises. En l'état, « ni les offices AI, ni les centres d'expertises, ni l'OFAS, ne pouv[ai]ent influencer le processus de sélection » par SuisseMED@P. Ainsi, les personnes avaient l'assurance d'être examinées et évaluées « par un centre d'expertise indépendant, compétent et surtout (sic) choisi au hasard ».

C. Le 7 mars 2016, T._____, toujours représenté par Me Duc, a adressé un recours pour déni de justice à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue sur le droit aux prestations dans les meilleurs délais et qu'il lui alloue une indemnité pour tort moral ainsi que pour ses dépens. Il a requis « son audition personnelle lors d'une audience publique » ainsi que l'octroi de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 6 avril 2016.

Le 11 mai 2016, Me Duc a déposé une nouvelle détermination et a maintenu ses conclusions. Il a produit une lettre du 3 mai 2016 par laquelle l'intimé proposait de renoncer à désigner comme experts un spécialiste en angiologie et un spécialiste en urologie, en raison de la difficulté à mandater un centre d'expertise travaillant avec de tels spécialistes, au profit d'un médecin interniste. Celui-ci disposerait, toujours selon l'intimé, de compétences suffisantes pour se prononcer.

Me Duc a également produit une lettre du 11 mai 2016 par laquelle il déclinait la proposition de l'intimé et lui suggérait de renoncer à

la désignation d’un centre d’expertise par SuisseMED@P et de mandater directement la H._____, à [...].

Le Tribunal a convoqué les parties à une audience de jugement appointée au 2 novembre 2016. Le 22 septembre 2016, Me Duc a annoncé au Tribunal que l’intimé avait finalement désigné un centre d’expertise. Il a retiré sa demande d’audience. Le 26 septembre 2016, le Tribunal a annulé l’audience du 2 novembre 2016 et a annoncé qu’un jugement serait rendu dès que sa charge de travail le permettrait.

Me Duc a produit la liste de ses opérations comme avocat d’office le 27 octobre 2016.

E n d r o i t :

1. **a)** Selon l’art. 56 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable en matière d’assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.20]), un recours peut être formé lorsque malgré la demande de l’intéressé, l’assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

b) En l'espèce, un recours pour déni de justice a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. La loi, notamment la LPGA et la LAI, ne prévoit pas de délai précis à l’égard des offices AI pour procéder ou rendre une décision (TF 8C_210/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2). Cependant, le droit à ce que l’autorité statue dans un délai raisonnable est garanti en particulier par l’art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). La notion de déni de justice déduite de cette

disposition n’est pas plus large que celle figurant à l’art. 56 al. 2 LPGA précité (TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4). Ces deux articles consacrent le principe de célérité en ce sens qu’ils prohibent tous deux le retard injustifié à statuer. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsque celle-ci diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a et les références).

3. En l’espèce, il convient d’examiner si l’absence de décision rendue à ce jour sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 23 octobre 2012 est constitutive de retard injustifié à statuer, au regard de l’ensemble de la procédure.

4. Après le dépôt de la nouvelle demande, l’intimé a invité le SMR à donner un premier avis sur le caractère plausible de la péjoration de l’état de santé alléguée. Le SMR ne s’est déterminé que le 8 mai 2013, soit plus de six mois après la nouvelle demande, sans aucun acte d’instruction pendant ce délai. L’intimé n’a ensuite poursuivi l’instruction que le 2 septembre 2013, soit quatre mois plus tard. L’avis du SMR était nécessaire pour déterminer si une entrée en matière était justifiée ou non, mais on observe tout de même deux périodes relativement longues d’inactivité avant et après l’avis du 8 mai 2013. Ces deux périodes ne suffisent toutefois pas à constater un retard injustifié à statuer.

Par la suite, l’intimé a procédé à une instruction relativement suivie jusqu’au projet de décision du 1er octobre 2014. L’intimé, avec l’appui du SMR, a dû récolter des rapports médicaux auprès des nombreux médecins qui ont suivi l’assuré, constatant parfois la nécessité d’élargir le champ de ses investigations en fonction des renseignements communiqués, notamment ceux relatifs à un carcinome de la vessie

diagnostiqué en 2013. On ne peut reprocher à l’intimé des investigations inutiles, qui auraient entraîné des retards sans raison valable.

Le 5 novembre 2014, le recourant a contesté le projet de décision. A la suite de cette contestation, le docteur C._____ du SMR a proposé, le 3 décembre 2014, de mandater un centre d’expertise pluridisciplinaire. SuisseMED@P a été chargée de cette tâche le 4 décembre 2014. Là encore, on constate une procédure suivie de la part de l’intimé.

5. En réalité, le grief de retard injustifié formulé par le recourant découle du temps pris par SuisseMED@P pour désigner un centre d’expertise et du refus de l’intimé de renoncer à l’expertise requise ou à sa désignation par SuisseMED@P, au motif qu’il était déjà âgé de 64 ans en 2015.

6. **a)** Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

b) La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un

employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 s. et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi Jacques-André Schneider, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in Grenzfälle in der Sozialversicherung, 2015, p. 5).

c) Cette jurisprudence est applicable lorsque l’administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d’une première demande et qu’il s’agit de déterminer si un assuré qui a perdu son emploi, ou qui doit en changer, en raison d’atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l’emploi réputé équilibré. Il s’agit alors de prendre en considération le fait que l’âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu’un assuré a présenté une première demande de prestations et que l’administration l’a rejetée au motif qu’il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d’une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut

entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 (cf. TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s., avec les références). Il appartient donc à l'assurance de vérifier, par expertise si nécessaire, si la péjoration de l'état de santé alléguée entraîne véritablement une diminution de la capacité résiduelle de travail et de gain de nature à modifier le droit aux prestations. L'âge avancé pourra entrer en considération – le moment déterminant étant alors celui de la naissance éventuelle du droit à la rente – pour autant qu'il ne constitue pas le facteur essentiel d'exclusion de l'assuré du marché du travail, par rapport aux atteintes à la santé. Demeurent réservés les cas dans lesquels l'assuré a retrouvé un emploi adapté après le premier refus de rente, dont la poursuite est mise en cause par la péjoration de son état de santé. Dans ces cas, les principes développés à l'ATF 138 V 457 restent applicables si un changement de profession s'avère finalement nécessaire, comme lorsqu'une première demande de prestations est examinée.

d) En l'espèce, le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle depuis la fin de l'année 2000. Il n'a, notamment, pas repris d'activité professionnelle adaptée après un projet de refus de prestations du 23 octobre 2008, après le rapport d'expertise du docteur J._____ du 6 août 2009, après un nouveau projet de décision de refus de prestations du 1er juin 2010 ni après la décision de refus de prestations du 25 janvier 2011. Dans ces circonstances, dans la procédure d'examen de la nouvelle demande de prestations, l'intimé était légitimé à poursuivre l'instruction et à maintenir la demande de désignation d'un centre d'expertise en vue d'établir l'évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité résiduelle de travail depuis le précédent refus de prestations, en dépit du fait que l'assuré se rapprochait de l'âge de la retraite. L'intimé ne pouvait pas d'emblée considérer que cet âge ouvrait désormais droit aux prestations. L'argumentation du recourant sur ce point est mal fondée.

7. En ce qui concerne l'opportunité de désigner directement un centre d'expertise pluridisciplinaire plutôt que de confier cette tâche à SuisseMED@P, on observera ce qui suit.

a) SuisseMED@P est une plateforme informatique exploitée par la Conférence des offices AI, en vue de répondre aux exigences de désigner de manière aléatoire les mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertises liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention (ATF 137 V 210). Le mandat confié au centre d'expertise désigné par SuisseMED@P n'est pas attaquable devant les tribunaux (ATF 139 V 339). Ce mode d'attribution des mandats d'expertises pluridisciplinaires ne laisse place à aucun autre mode de désignation des experts (ATF 140 V 507 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 5.1).

b) Le Tribunal fédéral s'est déjà exprimé sur la problématique des retards qui pouvaient survenir à l'occasion de la mise en œuvre du système aléatoire de mandats d'expertises pluridisciplinaires par le biais de la plateforme informatique SuisseMED@P. Le fonctionnement de la plateforme relève des attributions légales des offices AI (cf. art. 57 let. f. LAI) et – partant – est l'un des éléments sur lesquels la Confédération exerce un devoir général de surveillance (cf. art. 64 LAI). Ce devoir de surveillance a été délégué au Département fédéral de l'intérieur, qui en a transféré en partie la charge à l'OFAS (cf. art. 176 RAVS [règlement fédéral du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101], applicable par renvoi de l'art. 64 LAI). Compte tenu des dispositions citées, il n'appartient pas à une autorité judiciaire de s'exprimer, sous l'angle du déni de justice, sur les difficultés et les retards survenus dans le contexte de l'exécution du mandat, confié à SuisseMed@P, de désigner un centre d'expertise. Il revient à l'OFAS d'intervenir, en exerçant son contrôle sur l'exécution par les offices AI des tâches énumérées à l'art. 57 LAI (cf. art. 64a al. 1 LAI) et en édictant à l'intention desdits offices des directives générales ou portant sur des cas d'espèce (cf. art. 64a al. 1 let. b LAI et 50 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Les autorités judiciaires doivent néanmoins examiner l'influence du retard pris dans l'exécution de la décision visant la réalisation d'une expertise sur l'ensemble de la procédure et déterminer si le temps écoulé fait apparaître l'absence de décision finale comme un retard injustifié (TF

9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 5, TF 9C_547/2015 du 22 avril 2016 consid. 5.2).

c) Dans le cas ayant donné lieu à l'arrêt TF 9C_547/2015 précité, le mandat de désignation d'un centre d'expertise avait été confié à SuisseMED@P le 19 novembre 2013. Le 18 mars 2015, aucun centre d'expertise n'avait encore été désigné. La demande de prestations datait du 12 décembre 2011 et le mandat à SuisseMED@P découlait d'un jugement de renvoi du 23 juillet 2013 à l'administration, pour instruction complémentaire. On est, du point de vue de la durée générale de la procédure, dans des délais largement comparables au présent litige. Le Tribunal fédéral avait alors constaté qu'une telle situation était insatisfaisante et difficilement compréhensible pour un justiciable. Elle laissait supposer que la plateforme SuisseMED@P ne fonctionnait pas, ou pas correctement, du moins dans certaines circonstances telles que la réalisation d'une expertise regroupant plusieurs disciplines choisies de manière contraignante par l'administration. L'hypothèse qu'aucun centre d'expertise ne réunisse les compétences requises – et, par conséquent, l'impossibilité de réaliser l'expertise ordonnée – était plausible.

d) Ces considérants du Tribunal fédéral restent pertinents dans la présente procédure. Ils excluent de considérer, contrairement à la réponse de l'OFAS du 18 décembre 2015 au mandataire du recourant, qu'aucune intervention ne serait possible, dans un cas d'espèce, par aucune des administrations impliquées, OFAS ou offices de l'assurance-invalidité, pour débloquer une situation enlisée. Une telle absence d'intervention ne pourrait que conduire, à terme, au constat de retards injustifiés, sous réserve d'une amélioration générale du système et d'une augmentation du nombre de centres d'expertises. Par ailleurs, si la date d'inscription d'une demande sur la plateforme constitue un critère important pour fixer l'ordre de priorité dans lequel les centres d'expertises sont attribués, le principe du « premier inscrit, premier servi » ne saurait être appliqué de manière absolue. Lorsqu'une administration est confrontée, sur une période prolongée, à plus de demandes qu'elle ne parvient à traiter, il lui appartient d'établir des priorités en intégrant

d’autres critères pertinents. Dans le cadre de la plateforme SuisseMED@P, les critères de la date de dépôt de la demande de prestations à l’OAI, de la durée de la procédure jusqu’à la demande de désignation du centre d’expertise, de l’âge de l’assuré ou de certaines circonstances personnelles – par exemple un risque de décès –, devraient notamment entrer en considération.

Il est douteux que ces critères puissent être intégrés dans un système purement aléatoire et informatisé, de sorte qu’une combinaison d’une plateforme informatique, avec un examen préalable des cas particuliers, paraîtrait censée. Le système informatique de désignation aléatoire des centres d’expertises pourrait, par ailleurs, être avantageusement remplacé par un organisme dont la direction serait composée paritairement et qui serait chargé de procéder à la désignation des centres d’expertises. La garantie d’une désignation du centre d’expertise de manière neutre serait ainsi suffisante, quand bien même on ne recourrait pas à un mode de désignation purement aléatoire.

Quoi qu’il en soit, on retiendra de l’arrêt du Tribunal fédéral 9C_547/2015 cité ci-avant qu’il appartient à l’OFAS d’intervenir dans un cas particulier s’il constate un dysfonctionnement de SuisseMED@P dans la désignation d’un centre d’expertise. Dans l’arrêt cité, qui s’inscrivait dans une période transitoire de mise en place de la plateforme SuisseMED@P ensuite de l’ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral n’avait pas constaté de déni de justice, mais s’était limité à transférer le dossier à l’OFAS pour qu’il intervienne. On doit considérer que la présente cause s’inscrit encore dans le même contexte transitoire. Dans la mesure où un centre d’expertise a finalement été désigné, soit ensuite d’une intervention de l’OFAS ou de l’intimé, soit par l’intermédiaire de SuisseMED@P, il n’y a lieu ni à transférer le dossier à l’OFAS pour qu’il intervienne, ni à constater un retard injustifié à statuer.

8. Vu ce qui précède, les conclusions du recourant sont rejetées. Le recourant ne peut pas prétendre d’indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Une équitable indemnité sera néanmoins allouée à son mandataire

pour son activité d'avocat d'office, à la charge de l'Etat de Vaud. Vérifiée d'office, la liste des opérations produite par Me Duc doit être approuvée, de sorte que l'indemnité sera fixée à 1'808 fr. (TVA comprise). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devrait rembourser ce montant s'il est ultérieurement en mesure de le faire (art. 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il est renoncé à la perception des frais de justice (art. 50 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

III. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 1'808 fr. (mille huit cent huit francs).

IV. 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 de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président : La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour T._____)
- 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 :