

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 29 al. 1 Cst. ; 19 al. 4 et 56 al. 2 LPGA ; 45 et 46 PA

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], soudeur de formation, a travaillé en qualité d'« ouvrier polyvalent » au service de la ville de [...]. Il a été victime de plusieurs accidents qui ont entraîné diverses atteintes à la santé. Il 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 1^{er} métatarsien du pied droit), à l'exception d'une tentative de retour au travail entre les 12 et 18 octobre 2000.

b) Le 29 mai 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Son médecin traitant généraliste, le docteur Z._____, diagnostiquait un status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du 1^{er} 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 résonance magnétique (IRM), un état anxio-dépressif ainsi que des lombalgies sur troubles dégénératifs et canal lombaire étroit. Ces atteintes à la santé entraînaient, selon le médecin traitant, une incapacité de travail totale depuis le 18 octobre 2000, avec 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. Le docteur Z._____ estimait également que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que la résistance, étaient limitées. Il a en outre posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après fracture oblique de l'annulaire droit en 1992, de status après suture du long fléchisseur du pouce droit en 1982 et de diabète de type II (rapport du 24 juin 2008).

Le docteur A._____, médecin au Service médical régional (ci-après : SMR) de l'assurance-invalidité, a pour sa part considéré 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, ni 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).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé) a par la suite pris connaissance d'un rapport du 12 février 2009 du docteur E._____, psychiatre consulté par l'assuré. Ce médecin attestait une incapacité de travail nulle depuis de nombreuses années en raison d'une évolution dépressive torpide, désormais chronique, avec tendances de type hypocondriaque.

L'OAI a complété l'instruction en demandant une expertise psychiatrique au docteur I._____. Dans un rapport du 9 novembre 2009, ce médecin a posé le diagnostic de trouble de la personnalité mixte F61.0. Cette atteinte entraînait une limitation de la capacité de travail de l'assuré, en ce sens qu'elle rendait les contacts difficiles à gérer pour l'assuré, qui les vivait sur un mode paranoïaque. Les contacts devaient donc être limités, tout comme le stress et les exigences professionnelles, pour ne pas mettre l'assuré sous pression et déclencher un vécu persécutoire plus important. Sous réserve de ces limitations, la capacité de travail était entière d'un point de vue psychiatrique. Le docteur I._____ a également posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux F45 et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00. Il a toutefois estimé que ces dernières atteintes n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Par décision du 25 janvier 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, en se fondant essentiellement sur les rapports du 20 octobre 2008 du docteur A._____ et du 9 novembre 2009 du docteur I._____. La Cour des assurances sociales (CASSO) du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision, par jugement du 21 septembre 2012 (cause AI 69/11 - 322/2012). Elle a considéré, en particulier, que les rapports des docteurs A._____ et I._____ permettaient de constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par ces médecins. Elle

a toutefois observé que l'assuré s'était soumis à un pontage coronarien le 21 mars 2011, ce qui constituait un fait nouveau postérieur à la décision litigieuse et qui pourrait éventuellement justifier un nouvel examen, par l'OAI, du droit aux prestations pour la période postérieure à cette décision. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par N._____ contre ce jugement (arrêt du 7 août 2013 dans la 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. Il a demandé 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 V._____ 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 W._____, à [...].

L'OAI a adressé au docteur W._____ 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 1^{er} octobre 2013 qu'il avait adressé au docteur B._____, généraliste et médecin traitant, dans lequel il mentionne une hospitalisation urgente à la Clinique de G._____ 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 intravésicale.

Le 10 décembre 2013, le docteur V._____, médecin au 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 B._____, H._____, spécialiste en angiologie, 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 1^{er} 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 H._____ et B._____. Ces derniers ont répondu respectivement les 28 janvier et 14 février 2014. Ils ont joint à leurs envois des rapports de divers confrères. L'OAI a encore adressé des questionnaires médicaux au docteur S._____, psychiatre traitant depuis le mois de mars 2012, au CHUV (à propos du carcinome qui avait été diagnostiqué en avril 2013), ainsi qu'à la doctoresse J._____, diabétologue. Le docteur S._____ a répondu le 11 avril 2014, le CHUV le 5 mai 2014 et la doctoresse J._____ le 7 juillet 2014.

Le 15 juillet 2014, le docteur V._____ a résumé les rapports médicaux principaux et considéré qu'ils n'établissaient pas de péjoration durable de l'état de santé. Il a considéré que le docteur W._____ n'avait pas décrit de récurrence 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 S._____ 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 B._____ décrivait, au point 1.4 de son rapport établi en février 2014, un « état général conservé » et la doctoresse J._____ 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 CHUV 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 1^{er} octobre 2014, l'OAI lui a notifié un projet de décision de refus de prestations.

b) Me Duc a contesté ce projet de décision le 5 novembre 2014, en soulignant notamment que le docteur B._____ 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 S._____. 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 la santé psychique.

L'OAI a soumis le dossier au SMR. Le 3 décembre 2014, le docteur V._____ a proposé de demander à SuisseMED@P de désigner un centre d'expertises 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'expertises médicales 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'expertises 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 1^{er} 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 automatiquement 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.

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 (OFAS) 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 1^{er} 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, N._____, toujours représenté par Me Duc, a adressé un recours pour déni de justice à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'intimé a conclu au rejet du recours le 6 avril 2016.

Pendant la procédure de recours, l'OAI a poursuivi l'instruction de la cause en proposant à l'assuré 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'expertises travaillant avec de tels spécialistes, au profit d'un médecin interniste. Celui-ci disposerait, toujours selon l'OAI, de compétences suffisantes pour se prononcer. Me Duc a décliné cette proposition et proposé de désigner directement la D._____ (D._____), à [...]. Le 31 mai 2016, toutefois, à la suite d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, Me Duc a informé cet office qu'il acceptait qu'un expert en médecine interne soit désigné pour traiter des aspects angiologique et urologique de l'état de santé de l'assuré, à la condition toutefois que cet expert recueille l'avis de spécialistes en urologie et angioplastie et que les atteintes cardiaques et diabétiques fassent également l'objet d'examens spécialisés. Le 21 juin 2016, l'OAI a informé Me Duc qu'il demanderait au centre d'expertises qui serait désigné de se prononcer sur la nécessité de requérir, d'un point de vue médical, l'avis d'un spécialiste en urologie et angiologie. Ce centre serait invité à préciser en détail les raisons pour lesquelles un tel avis spécialisé serait nécessaire ou ne le serait pas. Il serait procédé de même s'agissant des affections cardiaque et diabétique. Le 20 juillet 2016, Me Duc a accepté cette manière de procéder.

Le 25 juillet 2016, l'OAI a informé Me Duc que P._____ Centre Médical Expertises, à [...] (ci-après : P._____) avait été désigné par SuisseMED@P pour établir une expertise comprenant des examens par un spécialiste en médecine interne, un spécialiste en psychiatrie et un spécialiste en orthopédie.

P._____ a établi un rapport d'expertise pluridisciplinaire le 16 novembre 2016. Celui-ci n'a à l'époque pas été communiqué au tribunal, qui a en revanche été informé par les parties du fait qu'un centre d'expertises avait finalement été mandaté.

Par jugement du 13 décembre 2016 (cause AI 54/16 - 346/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours pour déni de justice interjeté par MeDuc, pour N._____. Elle a notamment observé que la procédure d'instruction de la nouvelle demande avait subi deux temps morts de six mois et quatre mois juste avant et juste après une détermination sur dossier du SMR, du 8 mai 2013. Depuis le 2 septembre 2013 et jusqu'à la proposition du SMR de désigner un centre d'expertises pluridisciplinaires, le 4 décembre 2014, la procédure avait été relativement suivie. En réalité, le grief de retard injustifié formulé par le recourant découlait surtout du temps pris par SuisseMED@P pour désigner un centre d'expertises. Dans ce contexte, la CASSO a observé que le délai de désignation d'un centre d'expertises par cette plateforme laissait supposer qu'elle ne fonctionnait pas, ou pas correctement. Dans ces circonstances, il était exclu de considérer, contrairement à la réponse de l'OFAS du 18 décembre 2015 au mandataire du recourant, qu'aucune intervention n'était possible, dans un cas d'espèce, par aucune des administrations impliquées (OFAS ou offices de l'assurance-invalidité), pour débloquer une situation enlisée. Par ailleurs, si la date d'inscription d'une demande sur la plateforme constituait un critère important pour fixer l'ordre de priorité dans lequel les centres d'expertises étaient attribués, le principe du « premier inscrit, premier servi » ne pouvait pas être appliqué de manière absolue. Lorsqu'une administration était confrontée, sur une période prolongée, à plus de demandes qu'elle ne parvenait à traiter, il lui appartenait d'établir

des priorités en intégrant d'autres critères pertinents (date du dépôt de la demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité, durée de la procédure jusqu'à la saisine de SuisseMED@P, âge de l'assuré, circonstances personnelles telles qu'un risque de décès, etc.). Il était douteux que ces critères puissent être intégrés dans un système purement aléatoire et informatisé, de sorte qu'une combinaison d'une plateforme informatique et d'un examen préalable des cas particuliers paraissait sensée. D'autres pistes telles qu'un organisme composé paritairement en vue de désigner les centres d'expertises pourraient par ailleurs remplacer avantageusement le système mis en place sans mettre en péril la garantie d'une désignation neutre des centres d'expertises. Quoi qu'il en soit, il appartenait à l'OFAS d'intervenir dans un cas particulier s'il constatait un dysfonctionnement de SuisseMED@P dans la désignation d'un centre d'expertises. En l'espèce, il n'y avait toutefois pas lieu de lui transférer le dossier dans la mesure où un centre d'expertises avait finalement pu être désigné. Le constat de retard injustifié à statuer ne devait par ailleurs pas être posé, car on se trouvait encore dans une période transitoire de mise en place de SuisseMED@P.

D. Le rapport établi par P. _____ le 16 novembre 2016 fait état, avec effet sur la capacité de travail, d'une artériopathie des membres inférieurs, un status après pontage aorto-coronarien, un status après « TURV » pour cancer de la vessie avec suspicion de récurrence, une diminution de la mobilité et de la force de la main droite sur status après section du long fléchisseur du pouce en zone III et des nerfs collatéraux (opération le 16 octobre 1982 et ré-opération le 1^{er} mars 1983), un status après fracture de la frange basale de l'annulaire droit avec ostéosynthèse le 30 janvier 1992, des séquelles d'une algodystrophie de Südeck du pied droit sur entorse du Lisfranc et fracture de la base du 1^{er} métatarsien le 18 mars 2000, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.2, et un trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et paranoïaques F61.0. Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était « entre 0 et 50 %, suivant ses problèmes physiques et psychologiques ». La capacité de travail « entre 0 et 50 % » dépendait du problème psychologique de l'assuré et, surtout, d'une probable récurrence

du cancer de la vessie, qui l'obligerait à subir une nouvelle intervention chirurgicale et un traitement de chimiothérapie. Cette récurrence n'avait toutefois pas pu être clairement établie car l'assuré avait refusé de se soumettre aux examens médicaux (CT-Scan) proposés par les experts.

Le 21 novembre 2016, l'OAI a invité son service médical régional à se déterminer sur l'expertise.

Le 8 décembre 2016, le docteur V._____, pour le SMR, s'est déterminé et a proposé de reconnaître une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée pour la période de 2011 à avril 2013, puis une incapacité de travail totale dès le mois de mai 2013, en raison du cancer de la vessie. Il observe que « l'expertise n'aurait pas souffert d'être un peu plus fouillée sur le plan urologique » et que le docteur F._____ (recte : F._____) aurait dû être interrogé par courrier pour lever la contradiction entre la page 29 (récurrence de cancer qui aurait été constatée en 2016 par le docteur F._____) et la page 31 (plus de contrôle par l'urologue depuis 2015).

Le 5 janvier 2017, Me Duc a requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2008.

Le 22 mars 2017, l'OAI a requis d'urgence du SMR qu'il réexamine le dossier et réponde à diverses interrogations à propos de la capacité de travail résiduelle du recourant et à l'évolution de son état de santé. Il observait notamment que les experts de P._____ n'étaient pas clairs à propos de la capacité de travail de l'assuré, en relation avec sa situation urologique (« Ils concluent donc que s'il y a récurrence de cancer de la vessie, alors il y a, ou aura IT totale... »). L'OAI s'interrogeait sur les raisons pour lesquelles P._____ n'avait pas pris contact avec un urologue, comme cela lui avait été demandé si nécessaire. Le 29 mars 2017, le docteur V._____ a établi un questionnaire complémentaire à l'intention de P._____, en leur demandant notamment de se prononcer sur l'existence ou non d'une récurrence du cancer de la vessie au moment de l'expertise. Le 10 avril 2017, l'OAI a communiqué ce questionnaire à Me Duc en l'informant qu'il pouvait également proposer des questions à

adresser aux experts. Me Duc a répondu le 20 avril 2017 en suggérant deux questions complémentaires.

Le 25 avril 2017, l'OAI a adressé l'ensemble des questions complémentaires à P._____. Le 19 mai 2017, le docteur O._____ a répondu aux questions de l'OAI, pour le centre d'expertises. Il a notamment exposé que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail dans une activité adaptée devrait se situer autour de 50 %, sans baisse de rendement. Il a également précisé que les experts n'étaient pas au clair sur la situation urologique car l'assuré avait mentionné un contrôle chez le docteur F._____ en 2015. Ce dernier aurait suspecté une récurrence de carcinome de la vessie, mais avec des investigations à prévoir, auxquelles l'assuré ne s'était jamais soumis. L'assuré n'avait ensuite plus consulté le docteur F._____. Il avait rejeté la proposition de P._____ de prendre contact avec un urologue pour compléter les investigations sur ce point, de même que la proposition d'un CT-Scan thoraco-abdominal à [...].

Le 16 juin 2017, Me Duc a contesté la valeur probante des réponses du docteur O._____, qui lui paraissaient en contradiction avec les constatations de l'expert psychiatre de P._____. Il a par ailleurs exposé que son mandant acceptait désormais de se soumettre aux examens urologiques demandés par les experts.

Entre-temps, le 12 juin 2017, le docteur O._____ a répondu, toujours pour P._____, aux questions de Me Duc, en répondant par l'affirmative à la question de savoir si la capacité de travail était nulle dans toute activité compte tenu des troubles somatiques et psychiques, depuis 2007/2008.

Le 26 juin 2017, Me Duc a requis de l'OAI qu'il verse à l'assuré une avance de 5'000 fr. sur les prestations qui lui seraient allouées, dès lors qu'il se trouvait dans une situation financière difficile et que le droit aux prestations ne faisait pas de doute au vu des constatations de P._____.

Le 11 juillet 2017, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de rejet de cette requête. Le 13 juillet 2017, il a informé le SMR du fait que l'assuré acceptait désormais de se soumettre à des examens urologiques et lui demandait comment s'y prendre pour organiser de tels examens. Il a également demandé au SMR un avis détaillé sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis la décision de refus de prestations du 25 janvier 2011, compte tenu des apparentes contradictions de P._____ sur ce point.

Le 19 juillet 2017, le docteur V._____ a recommandé d'interroger le docteur O._____ sur les motifs de son changement d'appréciation relatif à la capacité de travail de l'assuré, entre le 19 mai et le 12 juin 2017, pour autant que l'OAI ne considère pas d'emblée que la contradiction entre ces deux avis mettait à néant la valeur probante de l'expertise. Il recommandait également de demander au docteur O._____ d'établir un tableau de l'évolution détaillée de la capacité de travail de l'assuré sur les plans somatiques et psychiques depuis la décision de refus de prestations du 25 janvier 2011. Enfin, il suggérait d'inviter l'assuré à fixer un rendez-vous chez l'urologue de son choix et de lui transmettre notamment les questions soulevées par P._____ et par l'assuré.

Le 21 septembre 2017, l'OAI a formellement rejeté la demande d'avance de prestations de l'assuré, au motif que le droit aux prestations n'était pas avéré en l'état de l'instruction.

Le 2 octobre 2017, l'OAI a adressé un questionnaire complémentaire à P._____, dans le sens proposé par le docteur V._____. Il a également invité l'assuré à prendre rendez-vous chez un urologue de son choix en vue d'effectuer un angio-CT des membres inférieurs ainsi qu'un CT-scan de la vessie, de manière à objectiver la récurrence de cancer de la vessie. Il demandait également à l'assuré d'inviter l'urologue consulté à préciser à partir de quelle date la récurrence éventuelle « aurait été de nature à modifier l'exigibilité ».

Le 19 octobre 2017, Me Duc s'est opposé à de nouveaux examens urologiques. Il considérait en effet que l'expertise de P. _____ suffisait à établir une incapacité de travail totale depuis 2008.

Le 30 octobre 2017, l'OAI a informé Me Duc du fait qu'il avait adressé un questionnaire complémentaire à P. _____ et suspendait pour l'instant sa demande relative à la consultation d'un urologue.

E. Entre-temps, le 27 octobre 2017, Me Duc a recouru contre la décision de refus d'une avance de prestations, du 21 septembre 2017. Il conclut au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il statue à bref délai sur le droit à la rente et qu'il verse en l'état un acompte de 5'000 francs. Il a demandé l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Le 28 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 4 décembre 2017, le tribunal a alloué l'assistance judiciaire et désigné d'office Me Duc, avec effet dès le 27 octobre 2017. Le 13 décembre 2017, il a invité Me Duc à produire une liste des opérations accomplies à ce titre, ce que Me Duc a fait le 22 décembre 2017.

E n d r o i t :

1. En tant qu'il porte sur le refus de l'intimé d'allouer une avance de prestations, le recours porte sur une décision incidente. Il n'est donc recevable qu'aux conditions des art. 45 et 46 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [RS 172.021] ; cf. ATF 138 V 271 consid. 1.2.1). On doit admettre, dans ce contexte, que l'assuré dispose d'un intérêt de fait, digne de protection, à ce qu'il soit statué immédiatement sur sa demande d'avance de prestations et que cet intérêt ne pourrait pas être sauvegardé par un recours contre la décision finale à rendre par l'OAI sur le droit aux prestations (cf. ATF 131 V 262 consid. 3.1 et 126 V 244 consid. 2a). Partant il est recevable de ce point de vue.

En tant qu'il porte sur la condamnation de l'intimé à statuer à bref délai sur le droit aux prestations, le recours n'est pas dirigé contre une décision particulière et est recevable comme un recours pour déni de justice ou retard injustifié à statuer, conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1).

Les autres conditions de recevabilité du recours sont manifestement remplies, de sorte qu'il convient d'entrer en matière sans autre considération sur ce point.

2. Le recourant fonde sa demande d'avance de prestations sur l'art. 19 al. 4 LPGA. Aux termes de cette disposition, si le droit à des prestations semble avéré et que leur versement est retardé, des avances « peuvent être versées » (« so können Vorschusszahlungen ausgerichtet werden » ; « possono essere versati anticipi »).

Au vu de la formulation potestative de l'art. 19 al. 4 LPGA, dans les trois langues nationales, cette disposition ne confère en principe pas à l'assuré un droit à un versement anticipé. Il s'agit d'une possibilité laissée à l'administration lorsqu'elle constate que le principe du droit aux prestations est établi – autrement dit lorsqu'il est clair que l'assuré percevra des prestations d'assurance – mais que leur montant exact ne peut pas encore être déterminé précisément. Le principe du droit aux prestations doit être clairement établi (sur ce dernier point : TFA I 451/04 du 29 décembre 2004). Le caractère potestatif de l'art. 19 al. 4 LPGA ne permet certes pas à l'administration de refuser arbitrairement une avance de prestations alors qu'elle l'aurait accordée dans d'autres circonstances semblables à d'autres assurés, selon sa pratique. En l'espèce, toutefois, le recourant n'expose pas en quoi le refus de l'intimé s'écarterait de la pratique qu'il suit d'ordinaire en la matière. Pour ce motif déjà, il convient de rejeter, ses conclusions tendant au paiement d'une avance.

Au demeurant, on constatera que le principe du droit aux prestations n'est pas clairement établi en l'état. L'expertise de P. _____, et les rapports complémentaires établis par ce centre d'expertises, contiennent des contradictions et des imprécisions relatives à la capacité résiduelle de travail, aux périodes d'incapacité de travail et aux motifs d'incapacité de travail constatés. D'une part, l'incapacité de travail semble fondée en partie sur des atteintes à la santé psychique, sans que l'expert psychiatre se soit clairement déterminé sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, se limitant à répondre, à la question sur ce point : « Il n'y a pas de mise en situation professionnelle sur un poste de travail adapté ». D'autre part, dans des rapports complémentaires, le docteur O. _____ a attesté tantôt une incapacité de travail de 50 % en raison des troubles psychiques, tantôt une incapacité de travail de 100 %, sans véritablement motiver cette appréciation et sans préciser s'il en avait rediscuté avec l'expert psychiatre. Il convient de combler ces lacunes en complétant l'instruction. Par ailleurs, des examens par un urologue paraissent nécessaires, dès lors que l'incapacité de travail constatée semble reposer, dans une large mesure si l'on se réfère au premier rapport d'expertise, sur une suspicion de récurrence de cancer de la vessie. Il convient donc de vérifier si cette suspicion est fondée ou non. En l'état, les conditions d'un versement anticipé ne sont donc pas remplies.

3. Le recourant demande également que la cause soit retournée à l'intimé pour qu'il statue à bref délai, compte tenu d'un retard injustifié à statuer.

a) 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). Il y a retard injustifié à statuer de la part de l'autorité lorsque celle-ci diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Pour apprécier le caractère raisonnable ou non de la durée de la procédure, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de la complexité de la procédure, du temps nécessaire à son instruction, du comportement des parties et de l'urgence de l'affaire au vu des intérêts en jeu (ATF 131 V 407 consid. 1.1, 130 I 312

consid. 5.2 et 125 V 188 consid. 2a). Il appartient notamment à l'administré de faire ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, en l'interpellant à ce propos si nécessaire (ATF 130 I 312 consid. 5.2). La surcharge de travail de l'autorité ou le manque de moyens techniques sont en revanche dépourvus de pertinence. Des « temps morts » ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et 124 I 139 consid. 2c).

b) En l'espèce, la Cour de céans a déjà rejeté un premier recours pour retard injustifié à statuer par jugement du 13 décembre 2016 dans la cause AI 54/16 - 346/2016. Elle a constaté deux temps morts de six et quatre mois immédiatement avant et immédiatement après un avis du SMR du 8 mai 2013. Par ailleurs, un an et demi s'est écoulé entre le 3 décembre 2014, date à laquelle le docteur V._____ a constaté la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, et la désignation de P._____ en juillet 2016. Dans l'intervalle, aucune réelle mesure d'instruction n'a été prise. La Cour de céans a toutefois renoncé à constater un déni de justice, compte tenu de la période transitoire de mise en place de SuisseMED@P. Il n'y a pas lieu d'y revenir. On observera toutefois qu'au vu des temps morts déjà constatés, en particulier au vu du temps nécessaire à la désignation de P._____, il appartenait ensuite à l'intimé de se montrer particulièrement diligent pour poursuivre l'instruction. Or, force est de constater que la suite de la procédure, après la réception du rapport d'expertise du 16 novembre 2016, n'est pas satisfaisante de ce point de vue. Le docteur V._____ a donné un premier avis médical sur l'expertise relativement rapidement après réception, soit le 8 décembre 2016. Il a toutefois revu son appréciation et estimé, par la suite, que de nouvelles questions devaient être posées à P._____, le 29 mars 2017. Si des lacunes devaient être constatées dans l'expertise, elles pouvaient l'être de suite, et non seulement en mars 2017. Il est vrai que le docteur V._____ s'est ravisé après avoir été rendu attentif à certaines difficultés par le service juridique de l'intimé. Mais de ce point de vue également, les allers-retours du dossier entre le SMR et le service juridique ont entraîné des lenteurs. Ainsi, un nouveau mandat n'a été adressé par le SMR, à la

suite du premier avis du 8 décembre 2016, que plus de trois mois plus tard, le 22 mars 2017, sans autre mesure d'instruction concrète dans l'intervalle. Par la suite, le procédure a été relativement suivie, mais toujours marquée par les allers-retours entre le SMR et les autres services de l'intimé, pour chaque complément d'expertise. On doit, dans ce contexte, sérieusement s'interroger sur la nécessité de chaque fois reconsulter le SMR après avoir constaté que les réponses données par P._____ étaient insuffisantes du point de vue du service juridique de l'intimé. Ainsi a-t-il fallu plus d'un mois pour que les questions soulevées par la juriste en charge du dossier à l'OAI dans une note du 21 mars 2017 soient finalement soumises à P._____, le 25 avril 2017, certes sous une forme plus explicite, après consultation du SMR. Il est vrai que l'avocat de l'assuré a été entre-temps invité à formuler ses propres questions, ce qu'il a toutefois fait dans un délai de dix jours. Dans le même sens, après réception du dernier complément d'expertise de P._____, daté du 12 juin 2017, près de trois mois se sont écoulés avant qu'un nouveau questionnaire complémentaire soit adressé à P._____ et que l'assuré soit invité à consulter un urologue. Ces difficultés ne peuvent certes pas être levées dans toutes les procédures dont l'intimé à la charge. Mais compte tenu de la date de dépôt de la nouvelle demande (23 octobre 2012), des temps morts qui ont précédés la saisine de SuisseMED@P et du temps qui a été nécessaire pour obtenir la désignation de P._____, l'intimé devait prêter une attention toute particulière à ce dossier.

A la décharge de l'intimé, on soulignera que le recourant est en partie responsable du retard de son dossier, dès lors qu'il a, dans un premier temps, refusé les examens demandés par P._____ pour clarifier les faits sur le plan urologique, avant de se raviser et de les accepter, puis de les refuser à nouveau. Cela ne suffit toutefois pas à justifier le retard pris dans l'instruction du dossier, d'autant qu'un examen urologique aurait probablement pu être pratiqué sans difficulté par les experts si leur mandat avait d'emblée compris, comme prévu initialement, un volet urologique. C'est en raison de la difficulté à obtenir la désignation d'un centre d'expertises par SuisseMED@P que l'intimé a proposé de contourner l'obstacle en renonçant à demander la désignation d'un

urologue dans le collègue d'experts. Dans la situation actuelle, il appartiendra à l'intimé, plutôt que de surseoir plus longtemps aux examens urologiques requis, de sommer le recourant de s'y soumettre en précisant qu'à défaut, il statuera en l'état du dossier. On réservera toutefois l'hypothèse où un nouveau rapport complémentaire de P._____, qui serait parvenu à l'OAI pendant la présente procédure, rendrait ce complément d'instruction superflu du point de vue de l'intimé.

Au vu des circonstances qui précèdent, on doit constater un retard à statuer et inviter l'intimé à poursuivre désormais l'instruction avec toute diligence avant de statuer sans délai une fois la cause instruite.

4. Le recourant voit sa conclusion principale, à savoir l'octroi d'une avance de frais de 5'000 fr. rejetée. Il obtient en revanche gain de cause sur la conclusion relative au retard injustifié à statuer. Il convient donc de lui allouer des dépens partiels, complétés par une indemnité d'office. Au vu notamment de la liste des opérations produite, l'indemnité de dépens sera fixée à 450 fr., comprenant l'ensemble des débours allégués, et sera complétée d'une indemnité d'office de 225 fr. (TVA comprise), pour les honoraires d'avocat non couverts par l'indemnité de dépens partielle.

La procédure est onéreuse en tant qu'elle porte sur le versement d'une avance de prestations (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les frais de justice par 200 fr. sont mis à la charge du recourant, qui succombe sur ce point. Ils sont toutefois provisoirement supportés par l'Etat.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [Règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 21 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il poursuive l'instruction avec toute diligence et statue à nouveau sans délai une fois la cause instruite.
- IV. Les frais de justice, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de N._____, mais seront provisoirement supportés par l'Etat au titre de l'assistance judiciaire.
- V. Une indemnité de dépens partielle de 450 fr. (quatre cent cinquante francs) est allouée à N._____.
- VI. L'indemnité d'office allouée à Me Jean-Michel Duc, conseil de N._____, pour les honoraires non couverts par l'indemnité de dépens partielle, est arrêtée à 225 fr. (deux cent vingt-cinq francs), TVA comprise.
- VII. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :