

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux et Mme Férolles, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, 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. 37 al. 4 LPG

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine kosovar, a suivi sa scolarité obligatoire en ex-Yougoslavie, puis y a suivi une formation de barman. Il est arrivé en Suisse en [...]. Il y a travaillé comme ouvrier viticole, puis dans une imprimerie, en Valais. Dès le 1^{er} octobre 1990, il a travaillé comme auxiliaire sur machines à plein temps pour l'entreprise H. _____ SA, à [...]. Il a obtenu la nationalité suisse le [...].

Le 27 janvier 2012, l'assuré a chuté d'une échelle sur son lieu de travail et s'est fracturé le pilon tibial gauche. Il a séjourné jusqu'au 22 février 2012 à l'Hôpital [...] ([...]), où il a subi une intervention chirurgicale (ostéosynthèse du pilon tibial avec reconstruction articulaire) le 1^{er} février 2012. Les médecins du service d'orthopédie au [...] ont attesté, le 26 mars 2012, une rééducation à la marche satisfaisante avec une autonomie recouvrée dans les deux premières semaines post ostéosynthèse. Les suites du traitement consistaient principalement en un reconditionnement de l'assuré à la marche (par le suivi de physiothérapie). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), auprès de laquelle il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident, a pris en charge le cas (décision du 28 février 2012).

L'assuré a séjourné, du 4 juillet au 21 août 2012, à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA, à [...]. Dans leur rapport du 20 septembre 2012, les Drs G. _____ et Q. _____, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour CRPS (Complex regional pain syndrome) type II de la cheville et du pied gauches, et les diagnostics secondaires de chute d'une échelle avec fracture du pilon tibial gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne, avec trouble de cicatrisation, de neuropathie du nerf tibial gauche par atteinte axonale sensitivomotrice modérée probablement rétro-malléolaire interne, d'état de stress post traumatique, d'obésité grade I et de

coxarthrose bilatérale débutante. La lecture d'une scintigraphie osseuse en trois phases était également évocatrice, aux dires des spécialistes, d'une algoneurodystrophie du pied gauche, de stade I. Au terme de leurs examens, les Drs G._____ et Q._____ attestaient une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 4 juillet 2012, soit la date du début de son hospitalisation à la CRR.

Le 22 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette demande était en lien avec la fracture du pilon tibial gauche et la neuropathie du nerf tibial gauche consécutives à l'accident du 27 janvier 2012.

Le 21 février 2013, l'assuré a subi une nouvelle opération consistant en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (protocole opératoire du 5 mars 2013 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur [DAL] au CHUV).

Le 19 juin 2013, H._____ SA a résilié les rapports de travail la liant à l'assuré, avec effet au 30 septembre 2013. Ce licenciement était motivé par l'absence de poste de travail adapté à l'état de santé de l'intéressé au sein de l'entreprise.

L'assuré a par la suite accompli un nouveau séjour à la CRR, du 30 juillet au 27 août 2013. Dans leur rapport du 19 septembre 2013, les Drs G._____ et E._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitation fonctionnelle de la cheville gauche.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Arthrose tibio-talienne gauche post traumatique
- CRPS de type II de la cheville et du pied gauches au décours
- 07.01.2012 : chute d'une échelle avec :

- fracture du pilon tibial gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne
- trouble de cicatrisation
- Neuropathie du nerf tibial distal gauche par atteinte axonale sensitivomotrice modérée, probablement rétro-malléolaire interne
- Trouble anxieux et dépressif mixte
- Obésité (BMI = 34 kg / m²)
- Hypertension artérielle traitée
- Coxarthrose bilatérale débutante
- Omalgies bilatérales prédominant à gauche
- Antécédent de cure de varices de la jambe gauche en 1993”

Sous la rubrique intitulée « Appréciation et discussion » de leur rapport, les Drs G._____ et E._____ considéraient au terme du séjour que la situation était stabilisée du point de vue des aptitudes fonctionnelles. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : station debout prolongée, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, monter et descendre des escaliers de manière répétitive. Les Drs G._____ et E._____ qualifiaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de machiniste auxiliaire de défavorable compte tenu des facteurs médicaux et de facteurs contextuels (sentiment d'avoir été mal pris en charge initialement, tendance à la catastrophisation, besoin de reconnaissance, perception élevée du handicap fonctionnel, absence de formation certifiée, retrait prolongé du monde du travail et licenciement récent). Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était également défavorable en raison des facteurs contextuels mentionnés. Les spécialistes attestaient dès lors une incapacité de travail de l'assuré à 100% durant l'entier de sa seconde hospitalisation à la CRR.

Dans son rapport d'examen du 26 mai 2014, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a fait état d'une cheville gauche fortement élargie par une tuméfaction chronique qui remontait jusqu'au tiers moyen de la jambe et indiqué que la cicatrice était bien coaptée. Il a relevé une dermite ocre et une peau très sèche ayant tendance à desquamer (aussi à droite) et indiqué que la tibio-talienne avait conservé une petite mobilité dans un secteur utile et que la sous-talienne était passablement enraidie. Il a également fait état d'un pied gauche froid et légèrement transpirant à sa face plantaire où l'assuré

décrivait une anesthésie médiale, avec un signe de Tinel sur le trajet du nerf tibial postérieur, paraissant toutefois moins vif que précédemment. Ce médecin a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et a fixé l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité à 25%, en raison des séquelles d'une grave fracture du pilon tibial gauche s'étant compliquée d'une algodystrophie, ainsi que d'une neuropathie du nerf tibial distal gauche.

Par décision du 22 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2014. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de celui-ci à une éventuelle rente invalidité LAA et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Le 4 décembre 2014, le recourant a transmis à la CNA et à l'OAI un rapport du 26 novembre 2014 adressé par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, à la teneur suivante:

“Votre demande du 24.11.2014 m'est bien parvenue de même que la procuration écrite du patient susnommé.

Hormis le problème traumatique du pied gauche qui vous est connu, Monsieur A._____ souffre également de troubles dégénératifs avancés de la colonne cervicale (cf. annexe) responsables de douleurs cervico-dorsales ainsi que de névralgies du membre supérieur droite.

Monsieur A._____ est également en phase de dépression marquée et pris en charge pour ce problème par le Docteur V._____, psychiatre.

Je relève encore une hypertension artérielle, un reflux gastro-œsophagien, une coxarthrose bilatérale débutante ainsi qu'une obésité (BMI 34). [...]”

En annexe à ce rapport figurait un rapport du 17 novembre 2014 d'une IRM cervicale de l'assuré réalisée par le Dr P._____, spécialiste en radiologie du Centre [...] ([...]), à [...]. Ce document d'imagerie se termine ainsi:

“CONCLUSION

Remaniement dégénératif étagé sous forme d'une uncarthrose bilatérale prédominant en C3-C4 engendrant une sténose foraminale droite sévère, en C4-C5 sténose foraminale bilatérale modérée d'origine dégénérative.

En C5-C6, protrusion discale foraminale droite engendrant une sténose foraminale pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C6 droite.

En C6-C7. Remaniement dégénératif disco-dégénératif avec protrusion foraminale droite à l'origine d'une sténose foraminale droite pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C7 droite.

Canal cervical étroit d'origine constitutionnel.”

Dans un rapport complété le 23 janvier 2015 à l'intention de l'Office AI, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de réaction anxio-dépressive prolongée au traumatisme et à ses suites (F43.21-22) depuis 2012. Suivant l'assuré régulièrement depuis le 21 mars 2014, à raison d'une à deux fois par mois, pour une symptomatologie dépressive et anxieuse en lien avec les suites de l'accident, ce psychiatre a mentionné l'absence d'une incapacité de travail « au sens strict » du point de vue psychiatrique en précisant que « la situation d'incertitude et d'incompréhension dans laquelle se trouv[ait] le patient, avec développement subséquent de symptômes anxieux et dépressifs, l'empêch[ait] de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle ».

Par décision du 30 janvier 2015, confirmée sur opposition le 8 mai 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité LAA fondée sur un taux d'invalidité de 20% à compter du 1^{er} décembre 2014, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 25%.

De son côté, l'OAI, par son SMR, a adressé, le 4 juin 2015, un questionnaire médical au médecin traitant, le Dr B._____. Ce dernier y a répondu le 11 juin 2015, en indiquant qu'hormis des atteintes psychiatriques et orthopédiques, l'assuré présentait différentes autres atteintes à la santé, dont une atteinte cervicale dégénérative revêtant un caractère incapacitant, depuis une année environ. Le Dr B._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée et suggérait un examen par les médecins du SMR. Le 11 juin 2015,

également, le psychiatre traitant, le Dr V._____, a établi un rapport médical complémentaire à l'intention de l'OAI, posant le diagnostic d'état anxio-dépressif prolongé réactionnel à l'accident, empêchant l'assuré de mettre à profit une éventuelle capacité de travail compatible avec son état physique. Il a suggéré une évaluation approfondie et pluridisciplinaire par l'assurance-invalidité.

Dans un avis du 9 juillet 2015, les médecins du SMR ont constaté la nécessité de clarifier la répercussion des différentes atteintes sur la capacité de travail de l'assuré et proposé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Entre-temps, le 9 juin 2015, Me Jean-Michel Duc, agissant au nom d'A._____, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 8 mai 2015 par la CNA (CASSO AA 62/15). Il a requis l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office. Le même jour, il a informé l'OAI de son mandat.

Le 3 septembre 2015, l'Office AI a informé Me Duc avoir mandaté les Drs T._____, spécialiste en rhumatologie et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en vue de la réalisation d'une expertise bidisciplinaire de l'assuré. Un délai était dès lors imparti à l'avocat pour faire parvenir à l'OAI les questions qu'il souhaitait voir posées aux experts ainsi que pour faire part de toute objection éventuelle relative au genre de l'expertise, à la spécialité prévue ainsi qu'à la personne des experts.

Par prononcé du 22 septembre 2015, le juge en charge de l'instruction de la procédure de recours contre la décision sur opposition du 8 mai 2015 de la CNA (cause AA 62/15) a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à A._____ et a désigné d'office un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, avec effet dès le 9 juin 2015.

Le 9 octobre 2015, Me Duc a adressé à l'OAI diverses observations suivantes à propos de l'expertise bidisciplinaire projetée. Il a par ailleurs requis sa désignation d'office, au titre de l'assistance juridique pour la procédure administrative.

Les 4 et 17 novembre 2015, les Drs T. _____ et L. _____ ont établi respectivement un rapport d'expertise rhumatologique et un rapport d'expertise psychiatrique, précisant toutefois avoir procédé en date du 4 novembre 2015 à une discussion bidisciplinaire de leurs conclusions. Le Dr T. _____ a posé les diagnostics suivants:

“4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Douleurs de la cheville D d'origine mixte
 - arthrose tibio-talienne G post-traumatique
 - status post CRPS de type II au décours
 - status post-fracture du pilon tibial G traité par réduction et ostéosynthèse le 07.01.2012
 - status post-AMO le 21.02.2013
 - neuropathie du nerf tibial distal G par atteinte axonale sensitivomoteur rétro-malléolaire modeste.
- ▶ Omalgies G sur conflit sous-acromio-claviculaire
- ▶ Dorso-lombalgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires
 - probable maladie de Forestier

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ HTA [hypertension artérielle] traitée
- ▶ Surcharge pondérale (BMI 34kg par m2)
- ▶ Coxarthrose bilatérale débutante non significative
- ▶ Insuffisance des MI [membres inférieurs]
- ▶ Gastrites à répétitions
- ▶ Gonalgies G sans signe méniscal ou tendineux
 - absence de troubles dégénératifs significatifs.”

Pour sa part, le Dr L._____ a constaté un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique ni répercussion sur la capacité de travail.

Les experts ont constaté une incapacité de travail totale de l'assuré en lien avec son activité antérieure d'ouvrier dans une usine de cartonnage, et une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges de plus de 5 - 10 kilos en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, en alternant les positions assises ou debout de manière régulière et en portant une chaussure orthopédique et une ceinture lombaire. L'assuré devait également éviter les mouvements répétés d'antéversion ou de latéroflexion et les déplacements sur plan incliné ou accidenté. L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle.

Par projet du 20 novembre 2015, puis par décision du 15 février 2016, l'OAI a refusé de désigner Me Jean-Michel Duc d'office au titre de l'assistance juridique administrative. L'autorité estimait en effet, que la procédure n'était pas d'une complexité particulière telle que l'intéressé ne puisse agir sans le concours de son avocat.

Par acte de son conseil daté du 18 mars 2016, l'assuré a déféré la décision de refus du 15 février 2016 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a, par arrêt du 24 octobre 2016 (CASSO 68/16 - 278/2016), rejeté le recours et confirmé la décision querellée. Elle a retenu que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire en raison du fait qu'une procédure d'expertise devait être mise en œuvre, ni du fait que des questions telles que l'appréciation de la capacité de travail ou le calcul du degré d'invalidité étaient en discussion. L'administration avait un devoir d'examen d'office et l'obligation de clarifier toutes les questions de fait et de droit qui se posaient. Dans ce contexte, le concours d'un assistant social ou d'un représentant d'une association d'appui aux personnes assurées était généralement suffisant pour garantir le respect de son droit à participer à l'instruction, y compris lorsque ses connaissances linguistiques étaient faibles. Il pouvait en aller

différemment en présence de questions de fait ou de droit d'une complexité particulière, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. La Cour a précisé que le fait que l'avocat était désigné d'office, en application de l'art. 61 let. f LPGA, dans une procédure de recours pendant contre une décision sur opposition de la CNA ne justifiait pas, en l'espèce, de déroger aux conditions plus restrictives posées par l'art. 37 al. 4 LPGA à la désignation d'un avocat d'office pour la procédure administrative, malgré la connaissance de son dossier par ce mandataire. En effet, elle a indiqué qu'il s'agissait de deux procédures distinctes concernant des assureurs sociaux différents. La situation ne pouvait donc pas être comparée à celle d'un assuré qui était défendu en procédure judiciaire de recours par un avocat désigné d'office et qui souhaitait que cet avocat continue à assurer d'office la défense de ses intérêts devant l'autorité administrative, après un jugement de renvoi (cf. TF 9C_668/2009 du 25 mars 2010, qui concernait par ailleurs une procédure présentant une complexité particulière). La procédure subséquente devant l'autorité administrative pouvait alors revêtir un caractère contentieux prédominant qui pouvait justifier, selon les circonstances, un assouplissement des conditions strictes posées par l'art. 37 al. 4 LPGA. En définitive, la Cour a estimé que l'OAI n'avait pas procédé à une mauvaise appréciation de la situation, en considérant que la complexité de l'affaire n'était pas telle que l'assistance gratuite d'un conseil juridique fût nécessaire. L'OAI n'avait donc pas violé l'art. 37 al. 4 LPGA en refusant de désigner un avocat d'office au recourant (cf. CASSO 68/16 - 278/2016 du 24 octobre 2016, consid. 3).

Entre-temps, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'OAI, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'observation professionnelle à plein temps effectuée par l'Orif COPAI de [...], du 17 mai au 10 juin 2016 (communication du 27 avril 2016).

Le 10 juin 2016, Me Duc a adressé à l'OAI un certificat médical du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant une totale incapacité de travail de l'assuré, du 30 mai au 12 juin 2016. L'avocat demandait notamment de pouvoir participer à une éventuelle

discussion en rapport avec le bilan de fin de la mesure d'observation débutée à l'Orif.

L'évaluation effectuée par l'Orif COPAI de [...] a par la suite été prolongée, du 13 au 24 juin 2016 (communication du 16 juin 2016).

Aux termes d'un rapport du 4 juillet 2016, signé par le directeur de l'Orif de [...], les référents en charge de l'assuré durant la mesure d'observation de type COPAI du 17 mai au 24 juin 2016, à temps plein, ont conclu à l'impossibilité de vérifier sa capacité de travail évaluée à 75% par le SMR dans une activité adaptée - à traduire en terme de métier. Selon leurs constatations, l'intéressé s'estimait incapable de travailler et vouait toute son énergie à démontrer que ses douleurs ne lui permettaient pas d'envisager une réinsertion professionnelle.

Dans un rapport du 6 juillet 2016 adressé à l'OAI, le Dr I. _____, nouveau psychiatre traitant depuis le 23 décembre 2015, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère (F32.2). Il était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail de 30% maximum dans son activité antérieure d'ouvrier de production, depuis avril 2014, en raison de ses limitations fonctionnelles d'ordre psychique (fatigabilité, trouble de la concentration, hypersensibilité au stress et anxiété flottante), sans mesures de réadaptation professionnelle envisageables. Pour ce médecin, il s'agissait de poursuivre le suivi en cours qui consistait en une prise en charge psychiatrique intégrée (alliant une psychothérapie de soutien et un traitement psychotrope).

Par avis du 19 août 2016, les médecins du SMR ont indiqué que le dernier rapport recueilli par l'OAI n'était pas susceptible de rediscuter la prise en compte d'une capacité de travail résiduelle de l'assuré à 75% dans une activité adaptée, conformément à un précédent avis SMR du 4 décembre 2015. Selon ces médecins, en l'absence de trouble de la personnalité, de limitation sur le plan social et d'une situation

familiale sans particularité, l'attitude de l'intéressé ne relevait pas d'une pathologie psychiatrique.

Dans un rapport intitulé : « REA - Rapport final » du 12 septembre 2016, une des spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI a clos son mandat au motif que « le dossier ne présent[ait] pas d'éléments nouveaux pour aller à l'encontre du SMR ». Une mesure d'aide au placement n'était pas indiquée, l'assuré s'estimant inapte à travailler.

Lors d'un entretien téléphonique du 3 février 2017, l'épouse de l'assuré a informé l'OAI d'une nouvelle hospitalisation de son mari qui a séjourné, du 12 janvier au 16 février 2017, au Centre de Psychiatrie du [...] ([...]) à [...]. Dans leur rapport du 28 mars 2017, les médecins du [...] ont invité l'OAI à s'en référer au psychiatre ainsi qu'au médecin traitant pour l'évaluation de la capacité de travail. Au sortir d'hospitalisation, l'incapacité de travail était totale et la poursuite du traitement psychiatrique-psychothérapeutique recommandée.

A la demande expresse de Me Duc, l'OAI lui a transmis, le 14 mars 2017, une copie de son dossier sous format électronique (CD-ROM).

Le 4 mai 2017, l'OAI a invité le SMR à répondre aux questions suivantes : "Dans l'avis SMR du 19 août 2016, vous maintenez la prise de position prise dans l'avis SMR du 04.12.2015. Suite à l'entretien téléphonique échangé avec l'épouse de l'assuré le 3 février 2017, elle nous indique que son mari est hospitalisé depuis le 12 janvier 2017. Le rapport du 28 mars 2017 découlant de l'hospitalisation modifie-t-il les conclusions des avis SMR précédents à savoir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée ? Faut-il rajouter d'éventuelles limitations fonctionnelles au niveau psy ?". Le 17 mai 2017, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne, a notamment répondu ce qui suit :

"[...] Le rapport du 28.3.2017 du département psychiatrique du [...] fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec une hospitalisation au [...] unité [...]. Le traitement consiste en Saroten 25 mg/j associé à Venlafaxine 150 mg/j, le traitement étant repris en charge par le Dr. I._____,

psychiatre traitant. La capacité de travail était nulle lors de la sortie de l'hôpital.

En conséquence, il pourrait s'agir de la persistance d'un état dépressif réactionnel. En principe, le suivi psychiatrique ayant débuté le 23.12.2015, les conclusions de l'expertise sont toujours valables, de même que notre avis du 19.9.2016, validant le précédent. L'hospitalisation du 3.2.2017 ne change rien car survenant ultérieurement.

Si nécessaire, l'assuré pourra faire une nouvelle demande."

Le 6 octobre 2017, Me Jean-Michel Duc a fait part à l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Produisant un rapport d'IRM du coude gauche du 22 décembre 2016, un rapport de sortie du 17 février 2017 des psychiatres au [...] et un rapport d'IRM cérébral du 21 février 2017, il a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) par l'OAI en lien avec l'aggravation annoncée. Me Duc a par ailleurs requis, à nouveau, sa désignation d'office, au titre de l'assistance juridique pour la procédure administrative.

Poursuivant l'instruction du dossier compte tenu des derniers rapports produits, l'OAI a adressé, le 17 octobre 2017, un questionnaire au [...]. Le service de facturation de ce centre y a répondu les 23 octobre et 3 novembre 2017, en indiquant que l'assuré n'était pas suivi par ses services depuis le dernier rapport médical du 28 mars 2017. Le 25 octobre 2017, également interpellé au préalable, le psychiatre traitant, le Dr I. _____, a établi un rapport médical complémentaire à l'intention de l'OAI, posant le diagnostic d'état dépressif sévère (F32.3) qui empêchait l'assuré de mettre à profit une capacité de travail dans son activité d'ouvrier. Dans une activité adaptée, la capacité de travail, évaluée à 30% depuis avril 2014, n'était plus que de 20% maximum. Ce médecin suggérait la poursuite de la prise en charge psychiatrique intégrée.

Le 17 octobre 2017, l'OAI a invité Me Duc à lui fournir des renseignements complémentaires, ce que ce dernier a fait, le 27 octobre 2017, en indiquant qu'à compter de sa sortie de l'hôpital le 17 février 2017, l'assuré avait consulté son médecin traitant.

Dans un rapport reçu le 8 novembre 2017 par l'OAI, le Dr B._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de séquelles de fracture du pilon tibial gauche, de colonne cervicale dégénérative, d'arthrose trochléo-ulnaire gauche et de trouble dépressif. Il attestait dès lors une totale incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle depuis l'accident du 27 janvier 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était difficile à évaluer car dépendante de l'état de santé psychique et « fluctuante entre 0% et 50% ». Pour le Dr B._____, l'incapacité de travail était « probablement » de 100% depuis l'accident de janvier 2012.

Par communication du 1^{er} décembre 2017, l'OAI a informé Me Duc que pour clarifier le droit aux prestations il estimait qu'une expertise psychiatrique complémentaire était nécessaire et que le rendez-vous pour l'examen lui serait communiqué directement par le Dr L._____, mandaté en qualité d'expert. Un délai de dix jours était dès lors imparti à l'avocat pour faire parvenir à l'OAI les questions qu'il souhaitait voir posées à l'expert.

Le 8 décembre 2017, Me Duc a adressé à l'OAI les « objections » suivantes à propos de l'expertise médicale projetée :

“1. EXPERTISE MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE PRÉVUE

Dans votre courrier du 1^{er} décembre 2017, vous indiquez vouloir mettre en œuvre une expertise médicale psychiatrique. Celle-ci devrait être réalisée par le Dr L._____.

2. NÉCESSITÉ D'UNE EXPERTISE MÉDICALE BIDISCIPLINAIRE

La nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique quant à l'état de santé de M. A._____ est incontestable. Toutefois, celle-ci n'est pas suffisante. En effet, M. A._____ est atteint d'un Südeck (ou algoneurodystrophie), il connaît des douleurs aux épaules et à la poitrine, des douleurs cervico-dorsales, des névralgies du membre supérieur droit, des douleurs épigastriques oppressives, il est victime de crises hypertensives, d'hémicrânes et de brûlures cutanées irradiant au niveau du visage. Dans ces circonstances, une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) est nécessaire afin d'évaluer l'état de santé de M. A._____ dans sa globalité.

3. EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

De plus, M. A. _____ a suivi un traitement médicamenteux aux opiacés (Tramal ou Tramadol) durant une longue période d'environ 2 ans. Selon le compendium, les effets secondaires d'un tel traitement sont multiples et peuvent conduire à des troubles du système nerveux central tels que confusions, délire, changement de la personnalité, changement de la perception et de la réalité, entre autres. Dès lors, il convient de confier l'aspect psychiatrique de l'expertise à un psychiatre spécialiste en pharmacologie, qui sera ainsi mieux à même de se prononcer sur les effets de la prise de Tramal sur la santé de M. A. _____.

1. CONCLUSIONS

Compte tenu de ce qui précède, nous concluons à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire réalisée par un rhumatologue et un psychiatre spécialiste en pharmacologie.

Cela étant, nous requérons d'ores et déjà la possibilité de pouvoir compléter le catalogue des questions une fois que les experts seront désignés."

L'OAI a soumis les objections ainsi formulées à l'encontre de sa communication d'expertise au SMR, lequel a alors proposé la mise en œuvre d'une « expertise med@P » avec volet de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique (avis du 20 février 2018 du Dr F. _____).

Entre-temps, par projet du 13 novembre 2017, puis par décision du 9 janvier 2018 intitulée « Refus d'entrer en matière », l'OAI a refusé de désigner Me Jean-Michel Duc d'office au titre de l'assistance juridique administrative. L'autorité estimait en effet que l'aggravation de l'état de santé invoquée par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande du 6 octobre 2017 n'était pas un motif suffisant pour justifier un réexamen de la situation depuis le refus d'assistance juridique gratuite décidé le 15 février 2016, puis confirmé par arrêt du 24 octobre 2016 de la Cour des assurances sociales.

B. Par acte du 14 février 2018, A. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette dernière décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens que l'assistance juridique gratuite pour la procédure menée par l'OAI « faisant suite à l'annonce de

l'aggravation de son état de santé du 6 octobre 2017 » lui soit accordée. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant la dispense d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Le 28 février 2018, le recourant produit la formule de demande d'assistance judiciaire dûment complétée par ses soins et accompagnée des pièces justificatives.

Le 22 mars 2018, l'OAI a produit son dossier et conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée.

Le 25 juin 2018, le juge instructeur a communiqué cette dernière écriture au recourant en l'informant de la possibilité de consulter le dossier au greffe du tribunal.

Le dossier a été gardé à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurances sociales en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2, non publié à l'ATF 139 V 600). Le recours contre les décisions incidentes est soumis aux conditions restrictives posées par les art. 45 et 46 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicables par analogie (cf. ATF 141 V 330 consid. 5.1, 139 V 492 consid. 3.1, 137 V 210 consid. 3.4.1.2 et 3.4.2.7, 132 V 93 consid. 6.1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, n. 10, 16, 17 ad art. 56, ANDREAS TRAUB, Gerichtsverfahren, *in*: STEIGER-SACKMANN/MOSIMANN [édit.], Recht der Sozialen Sicherheit, Bâle 2014, n. 5.80 ss p. 201, n. 5.84 p. 202). Selon ces dispositions, une décision incidente peut faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est notifiée séparément et porte sur la compétence de l'autorité ou sur une récusation (art. 45 al. 1 PA); elle peut également faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est rendue séparément et qu'elle peut entraîner un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (art. 46 al. 1 PA).

c) Le refus de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative peut entraîner un risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 PA (cf. TF 8C_530/2008 du 25 septembre 2008 consid. 2 *in*: SVR 2009 UV n. 12 p. 49; voir également ATF 140 IV 202).

d) Le présent recours, déposé dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

2. 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 (art. 37 al. 4 LPGA).

La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 133 V 441 consid. 3, 132 V 200 consid. 4.1 et 131 V 153 consid. 3.1). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition - soit la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toutes chances de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes - continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard 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, prévoit d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « *justifient* », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « *l'exigent* » (TF 9C_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3; TFA I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat 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). 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. Tel n'est pas le cas du droit éventuel à une rente d'invalidité, lequel 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 127/2007 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1, 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). Si la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance juridique ne sera accordée 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 180 consid. 2.2 et les références, 125 V 32 consid. 4 ; TFA 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 ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2 ; TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

3. En l'espèce, sur les trois conditions cumulatives mises à l'octroi de l'assistance juridique gratuite, seule la question de la complexité de l'affaire, singulièrement de la nécessité du recours aux services d'un avocat pour défendre les intérêts de l'assuré, est litigieuse.

A titre liminaire et sur le plan formel, il convient de préciser que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'assistance juridique gratuite en l'absence d'éléments rendant plausible que les motifs de la précédente décision de refus du 15 février 2016, confirmée par arrêt de la Cour de céans (CASSO AI 68/16 – 278/2016 du 24 octobre 2016), ne seraient plus valables. Dans son mémoire de recours, Me Jean-Michel Duc prend quant à lui des conclusions tendant non pas au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du 6 octobre 2017, mais à la réforme de la décision litigieuse, en ce sens que l'assistance juridique gratuite soit allouée pour la procédure administrative. La question de la recevabilité d'une telle conclusion peut

être laissée ouverte dans la mesure où elle est, de toute manière, manifestement mal fondée, comme on le verra ci-après.

4. a) Le représentant du recourant justifie sa nouvelle demande d'assistance juridique gratuite au motif que le dossier serait devenu plus complexe depuis le précédent refus du 15 février 2016. Il allègue d'abord qu'après son séjour durant plus d'un mois en hôpital psychiatrique et le développement d'autres atteintes d'ordre rhumatologique au cours de l'année 2017, il n'est pas certain que sans son assistance, son mandant aurait pensé de lui-même à annoncer la dégradation de son état de santé. Me Duc estime ensuite que son intervention a été décisive pour la sauvegarde des intérêts du recourant dès lors que son évaluation de la situation médicale a permis d'obtenir qu'une expertise bidisciplinaire soit mise en œuvre par l'OAI, en lieu et place de celle psychiatrique projetée initialement. Pour le recourant, la procédure revêt un caractère complexe dès lors qu'il s'agit d'évaluer désormais l'incidence de l'aggravation - y compris la problématique des opiacés impliquant la désignation d'un psychiatre spécialiste en pharmacologie - sur la capacité de travail, en comparaison des examens médicaux déjà effectués. L'absence de connaissances juridiques et d'une formation professionnelle ainsi que la maîtrise linguistique limitée du recourant justifieraient le concours d'un avocat pour lui permettre de s'orienter dans une procédure administrative tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. L'assistance d'un avocat spécialisé s'avérerait encore plus indiquée qu'en février 2016 au vu de l'aggravation de l'état de santé, de sorte qu'il serait dorénavant « illusoire de considérer que l'assistance d'une personne œuvrant dans une institution sociale est suffisante ». Enfin, outre qu'il le représente dans la procédure devant l'OAI depuis le mois de juin 2015, Me Duc souligne être désigné d'office dans le cadre de la procédure menée par la CNA, alors pendante devant le Tribunal fédéral. Il serait donc plus opportun et économique de le désigner également d'office dans la procédure administrative en matière d'assurance-invalidité, plutôt que de demander à un assistant social d'étudier à son tour le dossier, ce dernier ne disposant par ailleurs pas de connaissances juridiques approfondies en droit des assurances sociales.

b) L'argumentation du conseil du recourant ne convainc pas. Depuis le précédent refus d'assistance juridique gratuite, la procédure n'est pas devenue complexe au point que le conseil d'un assistant social ou d'un représentant d'une association aux personnes assurées, auquel le recourant a déjà été renvoyé dans le précédent jugement (CASSO AI 68/16 - 278/2016 du 24 octobre 2016), ne soit plus suffisant, notamment pour obtenir une expertise pluridisciplinaire. L'assistance d'un avocat ne paraît pas davantage nécessaire pour demander une expertise par un spécialiste en pharmacologie, dont il n'appartient pas au tribunal, à ce stade, d'évaluer la nécessité. On précisera dans ce contexte que le fait pour le recourant de ne pas posséder de formation juridique (ou médicale) pour apprécier la portée des rapports médicaux correspond toutefois à la situation de la plupart des assurés. L'intéressé est au demeurant encadré par ses médecins traitants susceptibles de le renseigner sur le plan médical. Pour le surplus, la Cour de céans a déjà répondu aux autres arguments soulevés par le recourant dans son précédent jugement, auquel il convient de renvoyer.

c) En définitive, l'OAI n'a pas procédé à une mauvaise appréciation de la situation, en considérant que la complexité de l'affaire n'était pas telle que l'assistance gratuite d'un conseil juridique fût nécessaire. L'intimé n'a donc pas violé l'art. 37 al. 4 LPGA en refusant à nouveau de désigner un avocat d'office au recourant.

5. a) Manifestement mal fondé dans la mesure où il est recevable, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

c) aa) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir

aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

bb) A l'examen, il apparaît que les moyens du recourant étaient tous mal fondés et que ses chances de succès étaient par ailleurs particulièrement faibles au vu du rejet du précédent recours, portant également sur le droit à l'assistance judiciaire en procédure administrative, et de l'absence de changement important des circonstances depuis ce précédent refus ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4 supra). Le procès n'aurait ainsi pas été engagé ou soutenu par une personne raisonnable plaidant à ses propres frais. Dans ces conditions, la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est également rejetée.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

- IV.** La demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est rejetée.

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 A. _____),
- 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 :