

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X._____, 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. ; 82 LPA-VD.

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après également : 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. 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 premier 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, X._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Son médecin traitant généraliste, le docteur B._____, diagnostiquait un status après entorse de Lisfranc et fracture de la base du premier métatarsien non déplacée 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, 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 B._____ 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 Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), 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'OAI a par la suite pris connaissance d'un rapport du 12 février 2009 du docteur G._____, psychiatre consulté par l'assuré. Ce médecin attestait une incapacité de travail totale depuis de nombreuses années en raison d'une évolution dépressive torpide, désormais chronique, avec tendances hypocondriaques.

L'OAI a complété l'instruction en demandant une expertise psychiatrique au docteur V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 9 novembre 2009, ce médecin a posé le diagnostic de trouble de la personnalité mixte. 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 ce dernier, 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 V._____ a également posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique. 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 Z._____ et du 9 novembre 2009 du docteur V._____. La Cour des assurances sociales 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 Z._____ et V._____ 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 X._____ 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 Jean-Michel 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 F._____ 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 30 octobre 2013, Me Duc a informé l'OAI du fait que le cardiologue traitant était le docteur D._____.

L'OAI a adressé au docteur D._____ 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 J._____,

généraliste et médecin traitant, dans lequel il mentionnait une hospitalisation urgente à la M._____ 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 F._____ 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 J._____, C._____, 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 C._____ et J._____. 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 L._____, psychiatre traitant depuis le mois de mars 2012, au K._____ (à propos du carcinome qui avait été diagnostiqué en avril 2013), ainsi qu'à la doctoresse N._____, diabétologue. Le docteur L._____ a répondu le 11 avril 2014, le K._____ le 5 mai 2014 et la doctoresse N._____ le 7 juillet 2014.

Le 15 juillet 2014, le docteur F._____ 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 D._____ 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 L._____ 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 J._____ avait décrit, au point 1.4 de son rapport établi en février 2014, un « état général conservé » et la doctoresse N._____ avait attesté une incapacité de travail dans la profession de soudeur, ce qui était déjà admis par l'OAI depuis longtemps. Enfin, selon le rapport du K._____ 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 J._____ 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 L._____. 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 F._____ 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.

C. Le 7 mars 2016, X._____, 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'expertise 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 S._____, 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 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'expertise 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._____, à [...], (ci-après : P._____) avait été désignée 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 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'expertise 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 Me Duc, pour X._____. 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'expertise pluridisciplinaire, le 3 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'expertise. Dans ce contexte, la Cour des assurances sociales a observé que le délai de désignation d'un centre d'expertise 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'Office fédéral des assurances sociale (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 pussent 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 censée. D'autres pistes telles qu'un organisme composé paritairement en vue de désigner les centres d'expertise 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'expertise. En l'espèce, il n'y avait toutefois pas lieu de lui transférer le dossier dans la mesure où un centre d'expertise 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 faisait état, avec effet sur la capacité de travail, d'une artériopathie des membres inférieurs, un status après pontage aorto-coronarien, un status après TURV (résection transurétrale de la vessie) 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 réopération 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, et un trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et paranoïaques. 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 (rapport du 16 novembre 2016 des docteurs Q._____ et T._____, spécialistes en médecine interne générale, W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Le 21 novembre 2016, l'OAI a invité le SMR à se déterminer sur l'expertise.

Le 8 décembre 2016, le docteur F._____, pour le SMR, s'est déterminé et a proposé de reconnaître une incapacité de travail de 50 % dans une activité 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 a observé que « l'expertise n'aurait pas souffert d'être un peu plus fouillée sur le plan urologique » et que le docteur H._____, urologue, 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 H._____) 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 21 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 de l'assuré 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'intéressé en relation avec sa situation urologique (« Ils concluent donc que s'il y a récurrence du cancer de la vessie, alors il y a, ou aura IT [incapacité de travail] 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 F._____ 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 proposant deux questions complémentaires.

Le 25 avril 2017, l'OAI a adressé l'ensemble des questions complémentaires à P._____. Le 19 mai 2017, le docteur Q._____ a répondu aux questions de l'OAI, pour le centre d'expertise. 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 H._____ 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. Celui-ci n'avait ensuite plus consulté le docteur H._____. 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 Q._____, qui lui paraissaient en contradiction avec les constatations de l'expert psychiatre de P._____. Il a par ailleurs exposé que son mandat acceptait désormais de se soumettre aux examens urologiques demandés par les experts.

Entre-temps, le 12 juin 2017, le docteur Q._____ a pris position, toujours pour P._____, sur les 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 F._____ a recommandé d'interroger le docteur Q._____ 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 a également préconisé de demander au docteur Q._____ d'établir un tableau de l'évolution détaillée de la capacité de travail de l'assuré sur les plans somatique et psychique depuis la décision de refus de prestations du 25 janvier 2011. Enfin, il a suggéré 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 F._____. 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 aussi 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.

Le 23 novembre 2017, P. _____ a répondu à l'OAI que trois des experts précédemment mandatés, à savoir les docteurs Q. _____, W. _____ et R. _____, ne travaillaient plus pour le centre d'expertise. Dans ces conditions, la nouvelle responsable médicale du centre invitait l'OAI à lui indiquer s'il souhaitait qu'elle réponde à ses questions sur la base d'une étude du dossier.

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 a conclu 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.

Par arrêt du 22 janvier 2018 (cause AI 344/17 - 21/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours en tant qu'il portait sur le versement d'un acompte de 5'000 fr., mais l'a admis en tant qu'il constituait un recours pour retard injustifié à statuer. La Cour a renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il poursuive l'instruction de la cause avec toute diligence et statue à nouveau sans délai une fois la cause instruite. En substance, elle a considéré qu'après l'expertise établie par P. _____, la procédure d'instruction avait comporté trop de temps

morts compte tenu notamment du retard déjà pris pour la désignation du centre d'expertise par SuisseMED@P. Le tribunal a néanmoins souligné que le recourant avait lui-même contribué au retard de l'instruction en refusant les examens urologiques proposés par P._____, puis en acceptant - après l'expertise - de se soumettre à de tels examens, avant de refuser à nouveau. Dans ce contexte, le tribunal a invité l'intimé à procéder par sommation, sous réserve d'un éventuel rapport complémentaire de P._____ qui rendrait ce complément d'instruction superflu.

F. Le 1^{er} février 2018, Me Duc a écrit à l'intimé que l'assuré maintenait son refus de se soumettre à de nouveaux examens urologiques, car ils risquaient de compromettre davantage encore sa santé. Il n'a produit aucun document médical à l'appui de cette allégation. Il soulignait par ailleurs que le complément d'instruction n'était pas nécessaire puisqu'il était de toute façon clairement incapable de travailler en raison d'atteintes à sa santé psychique, depuis 2008. Si malgré tout des doutes devaient subsister, il invitait l'intimé à demander sans délai des précisions à l'expert R._____, qui avait participé comme psychiatre à l'expertise de P._____. Il a enfin demandé à l'OAI - sans autre précision - de statuer sur sa responsabilité pour le dommage causé ensuite de son refus illicite de statuer sur la nouvelle demande de prestations, et a requis l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure administrative.

Le 26 février 2018, l'OAI a répondu, en substance, que l'incapacité de travail depuis 2008 n'avait pas été reconnue lors de l'examen de la première demande de prestations, ce qui avait été confirmé par le Tribunal cantonal, puis le Tribunal fédéral. A suivre le raisonnement de Me Duc dans sa dernière lettre, il conviendrait par conséquent de rejeter également la nouvelle demande. Dans ces conditions, l'intimé invitait Me Duc à indiquer comment il voyait la suite de la procédure. L'OAI rappelait par ailleurs que la demande d'assistance juridique pour la procédure administrative avait déjà fait l'objet d'un refus le 16 février 2015, confirmé par le Tribunal cantonal le 18 juin 2015. Me

Duc était prié de préciser les raisons de sa nouvelle demande sur ce point. Enfin, l'OAI a pris note de la demande en responsabilité, mais a invité Me Duc à préciser le dommage subi par son mandant.

Le 13 mars 2018, Me Duc a exposé que l'incapacité de travail totale reconnue par P. _____ découlait d'une « aggravation de l'état de santé annoncée en 2012 en lien avec une grave détérioration des troubles psychiques, soit une grave affection coronarienne ayant nécessité un pontage en 2011, une grave artériopathie des membres inférieurs, une appendicectomie le 23 janvier 2013 et un cancer de la vessie traité par chimiothérapie ». L'aggravation des troubles psychiques avait été confirmée par le docteur L. _____ dans un rapport du 24 octobre 2014. Il convenait par conséquent d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013. Sur l'assistance juridique, Me Duc s'est limité à demander à l'OAI un réexamen de sa position « compte tenu de la complexité de cette affaire tant sous l'angle des faits que du droit ». Enfin, à propos de la demande en responsabilité, Me Duc a précisé qu'il remettrait prochainement à l'OAI un rapport médical attestant que le refus de statuer de l'OAI avait aggravé l'état de santé de son mandant.

G. Le 27 avril 2018, X. _____, toujours représenté par Me Duc, a interjeté un nouveau recours, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013. Il a demandé l'assistance judiciaire pour la procédure de recours. De son point de vue, la situation était claire et indiscutable, à tout le moins depuis le courrier du 12 juin 2017 de P. _____ confirmant son incapacité de travail totale dans toute activité. Les nouveaux examens urologiques requis par l'intimé n'étaient donc pas nécessaires pour statuer.

E n d r o i t :

1. Aux termes de l'art. 56 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de

l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être adressé au tribunal des assurances compétent, soit, en assurance-invalidité, le tribunal du siège de l'office de l'assurance-invalidité en charge du dossier (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Dans le canton de Vaud, le tribunal chargé de statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA est la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. 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 lorsque l'autorité 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 ; ATF 130 I 312 consid. 5.2 et ATF 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 ATF 124 I 139 consid. 2c).

b) La procédure de recours pour déni de justice ou retard injustifié à statuer a pour objet de déterminer s'il y a ou non violation de l'obligation de statuer dans un délai raisonnable. Si le tribunal constate une telle violation, il doit renvoyer la cause à l'administration avec pour consigne d'entreprendre ou de poursuivre immédiatement l'instruction, ou encore de statuer sans délai. Le tribunal n'a en revanche pas à se saisir de l'objet de la demande présentée à l'administration ni d'autres conclusions

matérielles du recourant (TF 9C_366/2016 du 11 août 2016 consid. 3 ; TF 8C_336/2012 du 13 août 2012 consid. 3 non publié de l'ATF 138 V 318).

3. a) Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013. Cette conclusion est manifestement mal fondée, pour autant qu'elle soit recevable, dans le contexte d'un recours pour déni de justice ou retard injustifié à statuer, conformément à ce qui est exposé au consid. 2b. Pour ce motif déjà, il convient de rejeter le recours.

b) Indépendamment de ce qui précède, le recours devrait être rejeté même si le recourant avait conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue sans délai. En effet, le recourant fonde toute son argumentation sur le fait qu'une incapacité de travail totale serait d'ores et déjà établie par l'expertise de P._____ et la détermination du 12 juin 2017 du docteur Q._____, toujours pour P._____. Partant, aucune mesure d'instruction complémentaire ne serait nécessaire et l'intimé devrait d'ores et déjà être en mesure d'allouer une rente entière d'invalidité. Ce raisonnement ne saurait être suivi. Il appartient à l'intimé d'estimer si l'instruction de la cause est complète ou non et s'il est en mesure de statuer. Si au terme d'une appréciation anticipée des preuves, l'intimé constate, de manière soutenable, qu'un complément d'instruction est nécessaire, il lui appartient de l'ordonner en temps utile. En l'occurrence, le tribunal a déjà exposé dans l'arrêt du 22 janvier 2018 que l'appréciation du recourant relative au caractère clair et indiscutable de son droit aux prestations, au vu des pièces figurant au dossier - notamment de l'expertise de P._____ et des réponses du 12 juin 2017 du docteur Q._____ aux questions complémentaires qui lui avaient été adressées -, ne pouvait pas être suivie (consid. 2 de l'arrêt cité). Dans ce contexte, le délai de trois mois écoulé entre l'arrêt du 22 janvier 2018 et le dépôt d'un nouveau recours pour déni de justice est manifestement insuffisant pour fonder le constat d'un retard injustifié à agir après cet arrêt, d'autant qu'entre deux, l'intimé a répondu le 26 février 2018 à une nouvelle relance de Me Duc comportant de nouvelles exigences (réexamen de la demande d'assistance juridique en procédure

administrative et demande d'une décision relative à la responsabilité de l'intimé pour le dommage causé par un déni de justice).

4. a) Vu ce qui précède, il convient de statuer selon la procédure sommaire prévue par l'art. 82 LPA-VD. Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'il supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD) et qu'il ne peut pas prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

b) aa) Le recourant a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire et la désignation d'office de son mandataire.

bb) Le droit à l'assistance judiciaire, prévu par l'art. 61 let. f LPGA, n'est pas ouvert à la partie recourante dont les conclusions sont dépourvues de chance de succès au moment du dépôt de la requête (ATF 140 V 521). Un recours est dépourvu de chance de succès lorsque les chances de le gagner sont sensiblement inférieures aux risques de le perdre. La question déterminante est celle de savoir si une partie disposant des ressources financières nécessaires se lancerait ou non dans le procès après une analyse raisonnable de la situation (ATF 139 III 396 consid. 1.2). En l'espèce, les conclusions du recourant sont manifestement mal fondées, pour autant qu'elles soient recevables. Dans ces conditions, l'assistance judiciaire ne peut pas être allouée.

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

- I. Le recours est rejeté pour autant qu'il soit recevable.
- II. La requête d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est rejetée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

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 X. _____)
- 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 :