

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 février 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges  
Greffière : Mme Juillerat Riedi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré, 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.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a suivi des cours de musique au Conservatoire, sans toutefois obtenir un diplôme. Elle a ensuite été intermittente du spectacle jusqu'à ce qu'elle présente une incapacité de travail dès le mois d'avril 2006. Par la suite, elle a donné des cours de pilates à un taux de 25% jusqu'à décembre 2016, puis de 20%, activité qu'elle a cessée en décembre 2017 à la suite d'une résiliation de son contrat par son employeur. Elle a apparemment également travaillé en qualité de personne indépendante. Elle est la mère d'un enfant né en 2016.

**B.** L'assurée a déposé le 5 septembre 2007 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de lombo-sciatalgies dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale, de lésion au dernier niveau et glissement de L5 sur S1, de micro-instabilité et d'arthrose facettaire associée, de fasciite plantaire gauche (talalgie, éperon calcanéen, calcifications et nodules sous le talon) et d'instabilité des deux chevilles.

L'OAI a procédé à l'instruction du cas, en sollicitant des rapports auprès des médecins consultés par l'assurée, à savoir pour l'essentiel les Drs [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, [...], spécialiste en rhumatologie, [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin praticien.

Le 17 mars 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 janvier 2008.

Le même jour, l'OAI a transmis à la caisse cantonale AVS 022.1 son préavis. Il a toutefois demandé à la caisse de ne pas notifier la

décision avant d'être en possession de la motivation qu'il lui adresserait une fois terminée la procédure d'audition, se référant dans ce cadre à l'art. 73<sup>ter</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.202).

Le Dr [...] a indiqué à l'OAI le 31 mars 2011 qu'il avait dû adresser sa patiente à un psychiatre. Le 14 avril 2011, ce médecin a ajouté que l'assurée présentait un état anxio-dépressif chronique et qu'elle consultait le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 29 avril 2011, Me [...] d' [...] a indiqué être consulté et a sollicité une prolongation de délai pour pouvoir adresser à l'OAI les déterminations de sa cliente relatives au projet de décision.

Le 8 juin 2011, le Dr [...] a expliqué suivre l'assurée à sa consultation depuis le 8 avril 2011 pour un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique en lien avec des problèmes rhumatologiques invalidants, estimant que son état de santé ne permettait actuellement pas la reprise d'une activité professionnelle.

L'assurée a encore produit le 16 juin 2011 un rapport du Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie.

Le 6 juillet 2011, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a déposé des observations sur le projet de décision du 17 mars 2011, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Avec son écriture, elle a produit un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2011 de la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, selon lequel sa capacité de travail était nulle, ainsi qu'un rapport du Dr [...] du 29 juin 2011 de teneur identique à son rapport du 8 juin 2011.

Le 11 juillet 2011, l'OAI a rendu une décision, en langue allemande, notifiée à l'assurée directement, selon laquelle elle avait droit à une prestation mensuelle de 1'249 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2007

au 31 janvier 2008, ce qui représentait un montant de 12'490 fr. pour dix mois.

A la requête de l'OAI, le Dr [...] lui a adressé un rapport le 19 juillet 2011.

Un examen clinique psychiatrique par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a eu lieu le 26 septembre 2011 au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Dans son rapport du 21 novembre 2011, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur celle-ci une dysthymie (F34.1), estimant que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité.

Le Dr [...] du SMR a estimé par avis du 1<sup>er</sup> décembre 2011 que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 10 %.

Le 2 février 2012, l'OAI s'est adressé en ces termes à l'assurée :

« Nous nous référons à votre correspondance du 4 mai 2011 par laquelle vous contestez notre projet d'acceptation de rente limitée dans le temps du 17 mars 2011.

Nous avons donc complété l'instruction médicale de votre dossier, notamment par une expertise psychiatrique en date du 26 septembre 2011, dont vous trouverez le rapport ci-joint.

Comme vous pourrez le constater à la lecture de ce document, du point de vue médical, il est constaté une évolution favorable grâce au traitement psychiatrique entrepris et qu'actuellement, il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Dès lors et au vu de ce qui précède, nous maintenons nos conclusions. Vous recevrez donc, prochainement une décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours. »

Le même jour, l'OAI s'est adressé à la Caisse AVS 022.1, en lui adressant une motivation suite à l'envoi du prononcé du 17 mars 2011, « en vue de la notification de la décision ».

L'OAI n'a toutefois notifié à son assurée aucune décision à la suite de son courrier du 2 février 2012.

**C.** L'assurée a déposé le 5 septembre 2016 une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant une aggravation de son état en raison notamment de lombalgies invalidantes.

Le 6 septembre 2016, l'OAI l'a invitée à rendre plausible la modification de son état dans un délai de trente jours.

Le 27 septembre 2016, la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI qu'elle avait encouragé sa patiente à solliciter un réexamen du droit aux prestations, compte tenu d'une nette aggravation de ses lombalgies. La Dre [...] a joint à son envoi un rapport de la Dre [...] du 30 mai 2016, selon lequel l'assurée souffrait de lombalgies chroniques sévères et invalidantes, relevant qu'une nouvelle demande de prestations AI lui paraissait pertinente et qu'elle soutenait l'assurée dans cette démarche.

Par avis du 9 janvier 2017, la Dre [...] du SMR a estimé que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas les conclusions antérieures et que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

Par projet de décision du 12 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, en notant en particulier que sa précédente demande avait fait l'objet d'une décision le 11 juillet 2011.

Le 21 janvier 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 12 janvier 2017, et a produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un rapport d'IRM lombaire du 4 février 2015 du Dr [...], spécialiste en radiologie, un rapport 13 mai 2015 du Prof. [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport

d'ergothérapeute du 30 novembre 2016 ainsi qu'un rapport du 7 décembre 2016 de la Dre [...].

Le 13 février 2017, la Dre [...] du SMR a estimé que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas les conclusions antérieures.

Par décision du 21 février 2017, l'OAI a confirmé son « refus d'entrer en matière », avec la motivation suivante :

« Votre précédente demande de prestations a fait l'objet d'une décision le 11 juillet 2011. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. »

L'OAI a joint à sa décision un courrier du même jour, dans lequel il a expliqué que les nouvelles pièces médicales n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de sa précédente décision du 11 juillet 2011.

Par acte du 24 mars 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Olivier Carré, a interjeté recours contre la décision précitée.

Par arrêt du 9 octobre 2017 (cause AI 104/17 - 287/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours déposé par l'assurée, annulé la décision du 21 février 2017 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. Elle a considéré en substance que la décision du 11 juillet 2011 avait été rendue de façon prématurée, puisque l'instruction n'était pas terminée, et qu'aucune décision n'avait été notifiée par la suite. L'OAI n'était ainsi pas fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande en l'absence de décision entrée en force sur le droit aux prestations ; il aurait dû traiter la nouvelle demande comme une première demande et procéder à toutes les

mesures d'instruction qu'imposait une première demande, en particulier l'interrogatoire des médecins traitants et la mise en œuvre de toute autre mesure utile.

**D.** Le 30 mai 2017, la Dre [...], psychiatre, a attesté de la présence, chez l'assurée, d'une personnalité anxieuse, d'un trouble dépressif récurrent (épisode moyen) et d'un trouble dissociatif, entraînant une incapacité totale de travail.

Le 6 juin 2017, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédie, a déposé une expertise de 55 pages, consistant à évaluer la capacité de travail de l'assurée. Il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Sur requête de l'OAI, le Dr [...] du SMR a, par avis du 19 octobre 2017, contesté le diagnostic de la Dre [...] et fait part de sa propre appréciation, selon laquelle la situation de l'assurée demeurait inchangée.

Le 26 janvier 2018, l'assurée, toujours par l'intermédiaire de son conseil, a invité l'OAI à reprendre l'examen de l'affaire. En se référant aux rapports médicaux produits, qu'elle jugeait complets et convaincants, elle a relevé la nécessité de l'octroi d'une rente AI sans qu'il soit nécessaire, selon elle, d'organiser encore une expertise.

Sur requête de l'OAI, le Dr [...] a indiqué, dans un nouvel avis médical du 5 février 2018, que la situation n'avait pas changé et qu'il maintenait ainsi sa position, tout en envisageant la mise en œuvre d'une expertise en cas de contestation de l'assurée.

Dans un courrier du 5 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait l'intention de rejeter sa demande et lui a imparti un délai de 30 jours pour lui faire part de ses éventuelles objections.

Par courrier motivé du 30 avril 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision qui lui a été soumis, en concluant à l'octroi d'une

rente entière d'invalidité et, très subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise externe pluridisciplinaire.

A la suite de cette contestation et sur requête de l'OAI, le Dr [...] a, le 31 mai 2018, répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il préconisait la mise en œuvre d'une expertise, en recommandant toutefois de se limiter à une expertise psychiatrique.

Dans une nouvelle expertise du 18 juin 2018, ordonnée par [...] dans le cadre de la perte de gain maladie, le Dr [...], spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a notamment retenu qu'en l'état actuel, la capacité de travail de l'assurée était de 0% dans toutes les professions. Cette expertise a été transmise à l'OAI par son assurée le 17 juillet 2018.

Sur requête de l'assurée, l'avis médical du Dr [...] du 31 mai 2018 lui a été remis le 28 août 2018, avec la précision de l'OAI que l'expertise psychiatrique préconisée allait être mise en œuvre.

Par courrier du 14 septembre 2018, l'assurée a vivement contesté l'avis médical du Dr [...], reprochant notamment à celui-ci de s'obstiner à se référer à des rapports très anciens, de commettre de nombreuses erreurs de faits dont on pouvait déduire qu'il n'avait pas une connaissance suffisante du dossier et de ne pas prendre en compte l'ensemble des éléments médicaux au dossier.

Par courrier du 22 octobre 2018, l'OAI a indiqué rejoindre l'assurée sur certains points soulevés dans le courrier précité, notamment sur le fait que les conclusions du Dr [...] ne reposaient pas sur une appréciation globale de l'ensemble des pièces au dossier et que le rapport d'expertise du Dr [...] aurait dû être commenté, et a admis le principe de la mise en œuvre d'une expertise médicale rhumato-psychiatrique. Il a également indiqué qu'à titre exceptionnel et pour la sérénité des débats, il acceptait que le cas soit traité par un autre canal au sein du SMR.

Par courrier du 30 octobre 2018, l'assurée a déclaré ne pas formuler d'objection au sujet de la mise en œuvre de l'expertise proposée.

Le 7 février 2019, l'OAI a désigné les Drs [...], rhumatologue, et [...], psychiatre, en qualité d'experts.

Par courrier du 19 février 2019, l'assurée n'a pas formulé d'objection au sujet du questionnaire proposé aux experts. En revanche, elle a requis la correction du document « Motif et circonstances de l'expertise » annexé au questionnaire en ce sens qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle demande à la suite d'un refus, comme indiqué, mais d'une première demande et a demandé à l'OAI de ne pas transmettre l'avis médical du Dr [...] du 31 mai 2018 comme un résumé des faits médicaux, mais d'y joindre ses courriers des 14 septembre 2018 et du jour, ainsi que celui de l'OAI du 22 octobre 2018. L'OAI y a donné suite par courriers aux experts du 6 mars 2019.

**E.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2018, Me Carré a demandé à l'OAI sa désignation d'office pour la suite de la procédure administrative, relevant les difficultés de l'affaire et l'expertise pluridisciplinaire à intervenir.

Le 28 novembre 2019, l'OAI a notifié à Me Carré un projet de décision de refus d'assistance juridique. Celui-ci l'a contesté par courrier du 11 janvier 2019.

Par décision du 29 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique, se référant à l'art. 37 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), selon lequel l'assistance d'un avocat devait être exigée par les circonstances. Tout en admettant que Me Carré avait soulevé utilement la nécessité de procéder à une expertise rhumato-psychiatrique – contrairement à l'avis du SMR –, il a relevé que le dossier n'atteignait pas un degré de complexité suffisant pour justifier l'octroi de l'assistance judiciaire au détriment de l'aide d'une personne qualifiée au sein d'une institution sociale ou d'un autre organisme officiel d'assistance au sens de

la jurisprudence du Tribunal fédéral, qu'en effet ni le gain du procès ayant conduit à une instruction complémentaire sur renvoi du Tribunal cantonal, ni la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ne constituaient un facteur de complexité particulière, qu'en outre le fait de se soumettre à une expertise ne requérait en principe pas de connaissances particulières et qu'enfin la situation de l'arrêt du TF 9C\_692/2013 cité par l'assurée n'était pas comparable avec la présente cause dès lors qu'elle relevait d'une disposition légale qui n'avait pas encore été précisée par le Tribunal fédéral.

**F.** Par acte de son conseil du 6 mars 2019, V.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'assistance juridique lui soit octroyée avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2018 et que Me Carré soit désigné conseil d'office pour la suite de la procédure administrative. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Par décision du 8 mars 2019, la juge instructeur de la Cour de céans a accordé à la recourante l'assistance judiciaire avec effet au 6 mars 2019 et désigné Me Carré en tant qu'avocat d'office pour la procédure de recours.

Le 11 mars 2019, la recourante a produit deux nouvelles pièces.

L'OAI a produit son dossier et s'est déterminé le 9 avril 2019 en concluant au rejet du recours et en se référant à la motivation de sa décision du 29 janvier 2019 et de sa correspondance du même jour.

Par courrier du 9 mai 2019, la recourante a informé la Cour de céans que l'expertise bidisciplinaire avait été fixée au 4 juin 2019 et qu'elle n'avait, au surplus, rien à ajouter.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), sous réserve de dérogations expresses.

La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale 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) ; elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA) dans les trente jours suivant sa notification (art. 60 al. 1 LPGA), dans la mesure où elle est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de l'art. 46 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) (ATF 139 V 600 spéc. consid. 2.3). Le recours contre une telle décision incidente doit plus particulièrement être formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 74 al. 4 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a trait au droit de la requérante à l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure administrative conduite par l'office intimé. Il porte plus particulièrement sur la question de savoir si la complexité de la cause justifie l'assistance d'un avocat.

**3. a)** A l'appui de son recours, la requérante soutient en substance que les rapports critiquables des médecins du SMR – qui

seraient en contradiction totale avec les autres rapports médicaux produits et en lesquels l'OAI aurait une confiance aveugle –, le retard et les maladresses commises par l'OAI dans l'instruction de l'affaire, ainsi que la nécessité de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rendraient l'affaire suffisamment complexe pour justifier de lui désigner un conseil d'office.

**b) aa)** 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).

**bb)** 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). Ainsi, 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 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 (TFA I 127/2007 précité consid. 5.2.1,

TF 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). Les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure, entrent également en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C\_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). Le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentant 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).

**cc)** La procédure administrative faisant suite à une procédure de recours et à un arrêt de renvoi reste une procédure gracieuse, mais elle présente des aspects contentieux plus marqués. Pour autant, un arrêt de renvoi de la cause à l'OAI par le Tribunal cantonal, pour instruction complémentaire et nouvelle décision, n'ouvre pas forcément le droit à l'assistance juridique par un avocat, pour la suite de la procédure administrative. Un tel droit est toutefois ouvert si en raison de circonstances particulières, le cas ne peut pas, ou plus, être considéré comme simple. Cette condition est remplie, par exemple, si l'administration n'est pas uniquement tenue d'appliquer les instructions juridiques précises figurant dans l'arrêt de renvoi, sans plus disposer d'un réel pouvoir d'appréciation, mais qu'elle doit compléter l'instruction par une expertise pluridisciplinaire, que l'état de fait est complexe et que la personne assurée bénéficiait déjà d'un avocat d'office pendant la procédure de recours (TF 9C\_692/2013 du 16 décembre 2013 consid. 2). Elle est également remplie si l'arrêt de renvoi à l'administration impose une expertise mono- ou bi-disciplinaire, les droits de participation de l'assuré revêtant dans cette hypothèse une importance particulière, en

l'absence d'attribution du mandat d'expertise à un centre désigné par Suisse MED@P. D'autres circonstances peuvent encore entrer en considération, par exemple un renvoi non seulement pour clarifier les faits relatifs à l'état de santé de la personne assurée, mais également pour nouvelle comparaison de revenus, avec une éventuelle parallélisation des revenus avec et sans invalidité (TF 9C\_436/2017 du 14 décembre 2017 consid. 3.6.1). Enfin, on évitera de renvoyer l'assuré à consulter une tierce personne (assistant social par exemple) en lieu et place de l'avocat d'office qui avait été désigné pour la procédure judiciaire de recours, ce qui entraînerait une perte de temps et des frais supplémentaires qu'il convient d'éviter (cf. TF 9C\_516/2018 du 17 octobre 2018 consid. 2.4.3).

**4. a)** En l'espèce, il y a lieu de déterminer si les particularités procédurales et juridiques du cas de l'assurée justifient l'octroi de l'assistance juridique.

**b)** En premier lieu, on ne saurait considérer que la procédure d'instruction de la demande de prestations se caractérise par sa durée importante ; en effet, la recourante prend comme point de départ la date de la demande déposée en 2007 pour en tirer cette conclusion. Or, si le tribunal de céans a constaté qu'aucune décision n'avait été rendue en bonne et due forme dans le cadre de la procédure initiale de demande de prestations, elle a considéré que la nouvelle demande devait être traitée comme une première demande. La durée de la présente procédure initiée en 2016 ne saurait être considérée comme particulièrement longue compte tenu des mesures d'instructions, en particulier de l'expertise pluridisciplinaire, qu'il a fallu mettre en oeuvre.

**c)** En revanche, la situation de la recourante présente une certaine complexité, tout d'abord sur le plan médical. Elle se distingue par une intrication de problèmes de nature psychique et rhumatologique, ayant fait l'objet de nombreux rapports médicaux. Jusqu'ici, les diagnostics émis sur le plan psychiatrique faisaient état d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble dissociatif et d'une personnalité anxieuse, auxquels s'ajoutaient la problématique rachidienne et celle liée

à l'hypermobilité articulaire. Il s'agit ainsi d'une constellation présentant assurément une certaine complexité sur le plan asséurologique. Par ailleurs, l'état de fait n'est pas dépourvu d'une certaine complexité sur le plan économique, étant donné que la recourante n'a pas obtenu de diplôme du Conservatoire et qu'elle a mis un terme à ses activités d'intermittente du spectacle pour donner des cours de pilates à temps partiel, activité qu'elle a toutefois cessée en cours de procédure ; en outre, elle a eu un enfant né en 2016 et elle invoque un statut d'active à 100% sans atteinte à la santé. Cette situation est susceptible de soulever des questions juridiques en lien notamment avec la méthode d'évaluation du taux d'invalidité de l'assurée.

Ainsi, l'évaluation de la capacité de travail – au regard aussi des règles jurisprudentielles sur l'évaluation des troubles psychiques (cf. ATF 141 V 281) –, puis du degré d'invalidité peuvent encore poser des questions délicates compte tenu de l'ensemble des circonstances.

**d)** Sur le plan procédural, force est encore d'admettre que le traitement maladroite de la présente affaire à plusieurs égards par l'OAI n'a pas facilité la compréhension de la cause par l'assurée. On relève en particulier, à cet égard, que l'intimé a d'abord considéré à tort la demande comme une nouvelle demande après un refus de prestations. Puis, à la suite de l'arrêt de renvoi du 9 octobre 2017, il s'est contenté de suivre l'avis du Dr [...] du SMR, selon lequel une expertise ne devait être ordonnée qu'en cas de contestation du projet de décision de refus d'une rente AI. A la suite de l'objection formulée par l'avocat de l'assurée contre le projet de refus de rente, il a envisagé une expertise psychiatrique seule alors que des troubles rachidiens avaient été diagnostiqués et étaient invoqués comme atteintes invalidantes par l'assurée. Il s'est finalement distancé de l'avis de son propre service médical en ordonnant une expertise bidisciplinaire et dans le cadre de la mise en œuvre de celle-ci, il a dans un premier temps à nouveau présenté aux experts la situation comme une nouvelle demande suivant un refus de prestation malgré la teneur de l'arrêt de renvoi du 9 octobre 2017.

On constate ainsi qu'une évaluation globale conforme de l'état de santé de la recourante n'a pu avoir lieu qu'à la suite des interventions répétées du conseil de celle-ci. Ce n'est en particulier qu'après les interventions motivées du conseil de la recourante des 30 avril et 14 septembre 2018 que l'intimé a tout d'abord renoncé à son projet de décision du 5 avril 2018 de rejet pur et simple de la demande, puis finalement admis la pertinence d'ordonner une expertise bidisciplinaire en se distançant de son propre service médical. L'avocat de la recourante est encore intervenu au stade de la mise en œuvre de l'expertise pour apporter des corrections et des précisions pertinentes aux documents transmis aux experts. De telles interventions dépassent assurément l'aide qu'est censé fournir un assistant social.

**e)** En outre, la recourante ne semble pas être en mesure de s'orienter et de se défendre efficacement dans la procédure ; cela apparaît d'autant plus vrai qu'elle n'avait même pas exigé la notification d'une décision en bonne et due forme lors du dépôt de sa première demande, alors que l'instruction avait duré plusieurs années.

On ajoute au demeurant que, dans les circonstances évoquées ci-dessus, imposer à la recourante de faire appel à un assistant social ou à un autre organisme de protection des intérêts des assurés au lieu du mandataire déjà actif dans la présente procédure depuis la procédure de recours déposée contre la décision initiale et qui s'est avéré justifié, engendrerait une perte de temps et entraînerait des frais supplémentaires inutiles, comme l'a déjà admis le Tribunal fédéral (cf. TF 9C\_668/2009 du 25 mars 2010 et 9C\_2018 du 17 octobre 2018).

**f)** Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre que l'état de faits et les questions juridiques à résoudre sont complexes, que l'arrêt de renvoi du 9 octobre 2017 n'a pas donné d'instructions précises à l'OAI, que l'assurée bénéficiait déjà de son conseil d'office pendant cette procédure de recours et que plusieurs interventions du conseil de la recourante se sont révélées décisives. Ainsi, l'assistance d'une personne disposant de connaissances juridiques, à l'instar d'un avocat, apparaît

nécessaire, au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA, pour conseiller utilement l'assurée, compte tenu des très nombreuses particularités du cas d'espèce, qui mettent en lumière le caractère exceptionnel du cas de la recourante.

**5. a)** Il reste encore à déterminer si les autres conditions de l'octroi de l'assistance juridique sont remplies.

**b)** Comme on l'a vu ci-avant, la LPGA a introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative. 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 – à savoir que la partie soit dans le besoin, les conclusions non dépourvues de toute chance de succès et l'assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 41 ; 125 V 32 consid. 2 et les références citées) – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C\_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 et les références citées).

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

En l'espèce, il ressort du dossier de la cause que l'assurée n'a manifestement pas les moyens de supporter ses frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille.

**d)** Un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 140 V 521 consid. 9 ; 129 I 129 consid. 2.3.1 ; 128 I 225 consid. 2.5.3 et la référence citée). Dans tous les cas, les chances de succès ne peuvent pas être déniées lorsque la démarche pose des questions complexes et que son issue apparaît incertaine. L'autorité procédera dans ce contexte à une appréciation anticipée et sommaire des preuves, sans toutefois instruire une sorte de procès à titre préjudiciel (ATF 124 I 304 consid. 4b ; TFA I 380/06 du 5 avril 2007 consid. 4.1 et 4.2).

En l'espèce, le cas de l'assurée a été qualifié plus haut de complexe et l'arrêt rendu le 9 octobre 2017, renvoyant la cause à l'AOI pour instruction complémentaire, démontre que la cause n'est pas dénuée de chance de succès.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision de l'OAI du 29 janvier 2019 en ce sens que la recourante a droit à l'assistance juridique de Me Carré pour la durée de la procédure administrative dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018, date de la requête.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances est en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). L'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI prévoit toutefois une dérogation en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations AI. Le présent litige – portant uniquement sur le refus d'octroyer l'assistance juridique administrative – est exclu du champ

d'application de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI (CASSO AI 169/18 - 373/2018 du 20 décembre 2018 consid. 7b et les références citées). De ce fait, aucun frais judiciaire ne sera perçu à l'issue de la présente procédure.

**c)** Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), fixés en l'espèce à 1'500 fr., débours et TVA compris (10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; BLV 173.36.5.1]), qu'il convient de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**d)** Cette indemnité couvre l'intégralité des frais de représentation de Me Carré, défenseur d'office dans le cadre de la présente procédure de recours ; il est donc superflu de fixer précisément le montant de sa rémunération.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que l'assistance juridique est octroyée à V. \_\_\_\_\_ pour la durée de la procédure administrative dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018, Me Olivier Carré étant désigné en qualité de défenseur d'office.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens, débours et TVA compris.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- 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 :