

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, 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. M. _____ (ci-après : l'assurée ou le recourant), née en 1972, a travaillé comme aide-infirmière à 91% auprès de la Résidence [...] dès le 1^{er} février 2011.

Le 13 juin 2011, dans le cadre de son travail, l'assurée s'est tapé le bas du dos en chutant sur le rebord métallique d'un lit, puis au sol, en tentant de rattraper une résidente qu'elle assistait pour un transfert d'un fauteuil à une chaise roulante. Elle a été en incapacité de travail totale du 13 au 14 juin 2011 puis du 17 au 26 juin 2011.

Le cas a été déclaré auprès d'N. _____, assureur-accidents de l'assurée, qui a pris les conséquences de l'évènement en charge.

Le 11 novembre 2011, en raison de douleurs permanentes du bas du dos depuis l'accident, l'assurée a consulté son médecin traitant d'alors, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le jour de la consultation.

Par déclaration de sinistre du 19 novembre 2011, l'assurée a annoncé à N. _____ une rechute de l'accident du 13 juin 2011.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire effectuée le 23 novembre 2011 a mis en évidence une discopathie L5-S1 avec légère réaction inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents, une hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement luxée inférieurement susceptible d'irriter la racine S1 gauche et une hypertrophie des ligaments jaunes contribuant à rétrécir le canal lombaire.

Dans un rapport médical du 9 janvier 2012, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assurée le 22 novembre 2011, laquelle se plaignait de lombosciatalgie gauche, d'une

hypersensibilité L4-L5 gauche, d'une surcharge de l'articulation sacro-iliaque gauche et d'une lésion discale sévère L5-S1.

Le 7 mars 2012, l'assurée a déposé 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 invoquant une contusion lombaire à la suite de la chute survenue le 13 juin 2011. Elle précisait, dans un courrier joint à la demande, rédigé par son avocat Me Olivier Carré, avoir repris le travail fin juin 2011 et avoir dû cesser son activité en novembre 2011 en raison des douleurs avant d'être licenciée pour le 31 janvier 2012.

Interpellée par l'OAI, N. _____ a transmis le dossier constitué en faveur de l'assurée, précisant avoir confié au Dr G. _____, spécialiste en neurologie, le soin d'effectuer une expertise médicale. Le rapport y relatif a été établi le 5 juillet 2012.

Par communication du 15 mai 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle allait examiner le droit à d'éventuelles autres prestations.

Dans un courrier du 18 septembre 2012, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assurée depuis le mois de mars 2012, a notamment posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, en lien avec des réminiscences dues à l'accident.

Dans un rapport du 30 octobre 2012, le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de traumatisme rachidien et de stress post-traumatique réactionnel, tout en précisant que le pronostic était réservé et en recommandant la mise en œuvre d'une évaluation orthopédique et psychiatrique. Ce médecin précisait encore que l'activité habituelle n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée pouvait être envisagée.

Un nouveau courrier du Dr P._____ du 4 février 2013, adressé à N._____, attestait d'une incapacité totale de travail dans toute activité, compte tenu d'un état anxio-dépressif sévère de l'assurée.

Par décision du 29 octobre 2012, confirmée par décision sur opposition du 12 mars 2013, N._____ a mis un terme aux prestations d'assurance LAA au 26 juin 2011, refusant de ce fait la prise en charge de la rechute du 11 novembre 2011. A compter de cette date, elle est intervenue au titre de l'assurance-maladie.

Dans ce cadre, elle a diligencé une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du Bureau d'expertises médicales (BEM). L'assurée a été examinée le 11 février 2013. La Dre J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, dans leur rapport d'expertise du 17 avril 2013, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, de spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie (M47.8), de trouble panique (F41.0) et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après contusion lombaire en juin 2011 (S30.0), une insuffisance pondérale (E45), un status après appendicectomie par voie laparoscopique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont estimé que sur le plan somatique, la capacité de travail était réduite de 20% dans un poste d'aide-infirmière, à compter de la récurrence de lombalgie avec sciatgie gauche en novembre 2011 ce, pour autant qu'il n'y ait pas de nécessité de soulever des charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 15 kg. Dans une activité adaptée (qui correspondait à l'ancienne avec des aménagements), les experts ont considéré que la capacité de travail était entière sur le plan somatique mais que la co-morbidité psychiatrique justifiait une incapacité de travail de 50% pour la durée d'un mois encore à partir de la date de l'expertise, avec la précision que le haut score de kinésiophobie et le lourd handicap allégué subjectivement constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour une reprise professionnelle.

Par courrier du 13 juin 2013, le conseil de l'assurée a informé l'OAI que la situation médicale s'était aggravée et que l'assurée allait bénéficier d'une intervention en automne 2013 d'arthrodèse L5-S1 auprès du Centre hospitalier R._____ (Centre hospitalier R._____), d'entente avec le Dr D._____, chirurgien orthopédiste, lequel a confirmé ce fait par courrier du 7 septembre 2013.

Dans une lettre de consultation du 9 août 2013, le Prof. Q._____, professeur associé et médecin-chef auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier R._____, n'a pas retenu d'urgence pour une intervention chirurgicale et a précisé souhaiter épuiser toute autre forme de traitement conservateur avant de procéder à une opération.

Par avis du 8 octobre 2013, les Drs H._____ et W._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-soignante depuis le 11 novembre 2011 et à une exigibilité complète dans une activité adaptée depuis le 11 mars 2013, à un mois de l'expertise.

Par projet de décision du 29 octobre 2013, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013.

Par courrier du 2 décembre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a déclaré s'opposer au projet de décision précité. Après plusieurs demandes de prolongations de délai qui lui ont été accordées, l'assurée a produit diverses pièces médicales, en date du 15 avril 2014, dont un rapport de consultation du 24 mars 2014 du Dr V._____, chef de clinique au sein du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R._____ et de la Dre K._____, alors médecin assistante auprès du même service, dans lequel ceux-ci n'ont pas retenu de pathologie nouvelle ni d'indication opératoire mais ont décrit une amélioration des douleurs à la suite d'une infiltration et ont proposé une poursuite de la prise en charge conservatrice auprès du Dr S._____.

Par avis médical SMR du 7 mai 2014, les Drs W._____ et B._____ ont conclu qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux ou de modification de l'état de santé de l'assurée, il convenait de maintenir les conclusions du projet de décision du 29 octobre 2013.

Par décision du 1^{er} octobre 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps du 29 octobre 2013.

Saisie d'un recours de l'assurée, toujours représenté par Me Carré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 13 juin 2016 (AI 256/14 - 147/2016), admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Cour a considéré que l'expert psychiatre n'avait pas fait état d'éléments en suffisance pour porter une appréciation circonstanciée du trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée et que, partant, une expertise bidisciplinaire ou multidisciplinaire était nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant.

B. Le 5 septembre 2016, la Dre Z._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Par communication du 1^{er} décembre 2017, l'OAI a informé le conseil de l'assurée du nom des experts désignés.

Les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique ont été établis respectivement les 25 mars et 24 avril 2018.

Sur demande de l'OAI, se fondant lui-même sur un avis SMR du 25 juillet 2018, un rapport complémentaire a été demandé aux experts en date du 3 octobre 2018. Ceux-ci devaient également se prononcer sur des questions soumises par le conseil de l'assurée.

Par courrier du 1^{er} novembre 2018 adressé à l'OAI, Me Carré a sollicité une « assistance judiciaire administrative » avec effet rétroactif au 16 juin 2016, soit depuis l'arrêt cantonal qui a renvoyé la cause à l'office précité pour instruction complémentaire. A l'appui de sa requête, Me Carré a fait valoir les difficultés de l'affaire (reflétées par le gain du premier procès), l'expertise bidisciplinaire intervenue ainsi que le complément de rapport demandé aux experts.

Le 21 novembre 2018, les experts ont rendu un rapport complémentaire faisant suite au courrier de l'OAI du 3 octobre 2018.

Par courrier du 11 décembre 2018, Me Carré s'est enquis au sujet de sa demande d'assistance judiciaire et du rapport complémentaire demandé aux experts.

Le 19 décembre 2018, l'OAI a notifié à Me Carré un projet de décision de refus d'octroi d'assistance juridique.

Par courrier du 11 janvier 2019, Me Carré a contesté le projet de décision précité.

Par projet de décision du 15 avril 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013, puis une demi-rente du 1^{er} novembre 2014 au 28 avril 2015, puis à nouveau une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 31 janvier 2016.

Par courrier du 28 mai 2019, l'assurée, par son conseil, a contesté le projet de décision précité. Il a joint à son courrier un avis médical du Dr P. _____ du 27 mai 2019 ainsi qu'un avis médical du Dr U. _____ du 15 mai 2019.

Par décision du 29 mai 2019 confirmant le projet de décision du 19 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique, aux motifs que ni la complexité de la cause, ni les circonstances

personnelles de l'assurée (absence de formation juridique, pas de langue maternelle française) ne justifiaient l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

C. Par acte du 18 juin 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi en sa faveur de l'assistance juridique gratuite et, partant, à l'annulation de la décision du 29 mai 2019. Elle fait valoir en substance que l'assistance d'un avocat est rendue nécessaire par la complexité de l'affaire démontrée entre autres par le temps écoulé depuis le dépôt de la demande de prestations et par le fait que l'affaire a été portée devant le Tribunal cantonal qui a admis le recours et renvoyé l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Par réponse du 9 juillet 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours en se référant aux arguments avancés dans la décision litigieuse.

Par courrier du 15 juillet 2019, la recourante, par son conseil, a indiqué qu'elle n'avait pas d'autres remarques ou réquisitions à formuler.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) 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. a) 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).

b) 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 (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). 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).

c) 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).

3. a) En l'espèce, la demande d'assistance juridique porte sur la désignation d'office de Me Carré pour la procédure faisant suite à l'arrêt de renvoi du 13 juin 2016. Bien que l'arrêt en question invite l'intimé à compléter l'instruction par une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, celui-ci a opté pour une expertise bidisciplinaire, ce qui nécessite déjà de vérifier que les garanties procédurales quant à la désignation des experts ont été respectées. L'intimé dispose ainsi d'un large pouvoir d'appréciation pour la suite de la procédure et la décision à rendre. En outre, indépendamment de l'instruction de l'état de fait sur le plan médical, la procédure présente certaines difficultés du fait de périodes d'incapacité de travail et de capacité de travail et, partant, d'octroi de différentes rentes échelonnées et limitées dans le temps. Cette procédure fait suite à une demande de prestations déposée au mois de mars 2012, soit il y a plus de sept ans, ce qui témoigne également du fait qu'elle n'est pas aussi simple que l'intimé veut bien l'admettre. Ces

difficultés pourraient être encore renforcées par le trouble dépressif mentionné par le Dr P._____. Dans ces circonstances, l'assistance d'un tiers paraît nécessaire pour permettre à l'assurée de défendre valablement ses intérêts en procédure. Au vu de la désignation d'office de Me Carré pour la procédure judiciaire de recours, il convient de privilégier la poursuite de son mandat d'office plutôt que de renvoyer l'assurée à consulter un nouveau mandataire, qui devrait reprendre l'étude du dossier à zéro.

b) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'assistance de Me Carré est nécessaire au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA, de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il statue sur le droit à l'assistance juridique au regard des autres conditions posées à ce droit (indigence) et de la date à partir de laquelle l'assistance juridique est allouée et, cas échéant, qu'il désigne d'office Me Carré.

4. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de l'arrêter à 2'000 fr. (débours et TVA compris). Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris, à titre de dépens.

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 M. _____),
- 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 :