

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Marie Signori, avocate à Clarens,

et

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

Art. 37 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait comme ouvrier dans une tuilerie. Il s'est trouvé en arrêt de travail dès le 17 novembre 2000, d'abord pour maladie (lombalgies), puis en raison d'un accident de la circulation survenu le 19 janvier 2001.

Par décision du 25 juillet 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a alloué une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2001 au 30 juin 2003, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2004. Il se fondait notamment sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire réalisée au C._____, à [...], par les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, spécialiste en psychiatrie. Ces derniers avaient notamment constaté que l'assuré présentait encore une incapacité de travail de 50 % dans une activité physiquement adaptée, en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'un trouble de somatisation (rapport du 23 septembre 2005).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision (arrêt du 23 novembre 2010 dans la cause AI 456/08 - 57/2011). Le tribunal s'est notamment fondé sur une expertise psychiatrique du 25 juin 2010 du Dr H._____, qui a constaté une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison d'épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique et d'un trouble de somatisation.

b) Une révision du droit à la rente a été initiée en novembre 2011, à réception d'un rapport médical du 7 février 2011 de la Dre D._____, médecin-conseil au [...], qui considérait l'assuré comme totalement incapable de reprendre une activité lucrative.

Par décision du 10 avril 2013, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente dont l'assuré était titulaire. Il s'est notamment fondé sur un

rapport d'expertise du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 30 janvier 2013. L'expert avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans constater de péjoration de cet état de santé depuis les dernières évaluations. Il a considéré qu'une activité professionnelle exercée à 50 % était raisonnablement exigible.

c) Le 9 septembre 2014, l'assuré a demandé une augmentation de la rente en produisant un rapport médical du 26 août 2014 du Dr K._____, médecin généraliste, faisant état d'un syndrome douloureux chronique avec exacerbations récurrentes, essentiellement au niveau de la colonne cervicale et lombaire, ainsi que des épaules, dans un contexte de troubles dégénératifs. La situation neurologique et psychique était stable. Un rapport du 4 septembre 2014 du Dr P._____ a également été produit, dans lequel ce psychiatre fait état d'une péjoration des troubles dépressifs depuis trois ans, avec un désinvestissement progressif de toute activité, ainsi qu'une aggravation des troubles de la concentration et de la thymie dépressive.

Le 23 décembre 2014, l'assuré a informé l'OAI du fait qu'il avait fait une grave chute dans les escaliers le 5 septembre 2014, entraînant des atteintes invalidantes au niveau du rachis. D'autres rapports médicaux ont été produits, qui ont conduit l'OAI à mandater le Dr L._____ pour une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 11 juillet 2016, cet expert a notamment mentionné que l'assuré avait fait une nouvelle chute en avril 2016 et qu'une arthro-IRM effectuée le 14 juin 2016 avait objectivé une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Sur le plan psychiatrique, il a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen et réfuté celui de trouble somatoforme. Il a estimé que les ressources et l'incapacité de travail restaient les mêmes - eu égard aux seules atteintes psychiatriques - à savoir une incapacité de travail de 50 %.

Le 19 janvier 2017, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré l'épaule

gauche de l'assuré (réparation du tendon sus-épineux et ténodèse du long chef du biceps). Dans un rapport du 9 mai 2017, il a observé que l'assuré restait incapable de faire des efforts avec l'épaule gauche et a préconisé de reconnaître une incapacité de travail de l'ordre de six à huit semaines avant une reprise progressive d'une activité à 50 %, puis à 100 % un mois plus tard.

Le 22 juin 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a conclu à une péjoration temporaire de l'état de santé de l'assuré depuis le mois d'avril 2016 et a proposé de constater une incapacité de travail totale depuis avril 2016 puis, dès le mois de mai 2017, une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée aux troubles psychiques et à la nécessité d'épargner le rachis et le membre supérieur gauche.

Par décision du 20 mars 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 31 août 2017, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017.

Par arrêt du 29 novembre 2018 dans la cause AI 144/18 - 344/2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction par une expertise bidisciplinaire (médecin interne et rhumatologie ou médecine interne et orthopédie).

d) L'OAI a mandaté le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès de V. _____ à [...], pour la réalisation de cette expertise. Dans un rapport du 6 novembre 2019, celui-ci a notamment posé les diagnostics de cophose droite, syndrome vestibulaire droit, paralysie faciale droite, cervicalgies chroniques, lombosciatalgies droites et épaules douloureuses. Il a fait état de diverses limitations fonctionnelles en raison des atteintes à la santé physique (pas de travaux en hauteur, pas de maniement de machines vibrantes et potentiellement dangereuses, pas de port de charges lourdes, alternance des positions assises et debout, absence de travaux dans un environnement

potentiellement dangereux en raison d'une impossibilité de localiser le danger par manque de stéréophonie et d'une tendance aux chutes liée à une cophose et des troubles vestibulaires, absence de travaux dans un environnement exposé aux courants d'air ou poussiéreux, absence de séances de plus de quatre heures consécutives devant un écran, pas d'horaire irrégulier et possibilité de rentrer à domicile pour les repas de midi, absence de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, absence de cadence de travail obligatoire, de port de charges supérieures à 3 kg, de position en porte-à-faux et de mouvements répétitifs du tronc). Le temps de présence exigible était de huit heures par jour, sous réserve des restrictions d'ordre psychiatrique de 50 % préconisées par le Dr L._____ (réponse à la question 8.2 adressée à l'expert, rapport d'expertise, p. 49). Le Dr N._____ a répondu par la négative à la question de savoir si la performance de l'assuré dans une activité adaptée serait réduite durant son temps de présence. A la question de savoir à quel pourcentage il estimait la capacité résiduelle de travail globale de l'assuré dans une activité adaptée, pour un emploi à 100 %, il a indiqué que « pour autant qu'il en existe un sur le marché ordinaire du travail », la capacité de travail serait « quoi qu'il en soit de 50 % du temps en raison des limitations d'ordre psychiatrique. Les limitations d'ordre somatique sont les mêmes à plein temps et à temps partiel et elles ne se chevauchent pas ». A la question de savoir quel serait le degré d'incapacité de travail de l'assuré sur le plan somatique, compte tenu de l'atteinte aux deux épaules, il a répondu : « 50 % en rendement dans l'activité adaptée, elle-même réduite de 50 % pour les raisons psychiatriques décrétées par le Dr L._____ dans ses expertises de 2013 et 2016 » (réponse à la question 8.4, rapport d'expertise, p. 50).

Dans un complément d'expertise du 26 mars 2020, le Dr N._____ a indiqué que la capacité de travail était, dans une activité adaptée sur le plan somatique, « de 100 % de rendement pour un temps de présence de 100 %. Cependant, le Dr L._____ [...] s'est déterminé pour une capacité, en temps, de 50 % pour des raisons psychiatriques [...] En conséquence, cela donne 50 % de temps (psy) pour un rendement de 100 % (somatique). »

Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Cette décision a toutefois fait l'objet d'un recours, que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a admis par arrêt du 30 mars 2021 dans la cause AI 207/20 - 104/2021. En substance, le tribunal a considéré (consid. 4c) que l'expertise du Dr N._____ manquait de clarté sur la question de la capacité résiduelle de travail et d'une éventuelle limitation de rendement dans une activité adaptée, les réponses aux questions 8.2 et 8.4, notamment, paraissant contradictoires. A tout le moins, la réponse à la question 8.4 donnait à penser que l'expert admettait finalement un rendement diminué de 50 % pour des raisons somatiques, dans le cadre d'une activité elle-même limitée dans le temps à 50 % en raison d'atteintes à la santé psychique. Dans son rapport d'expertise complémentaire, l'expert avait certes exposé qu'il admettait une pleine capacité de travail dans une activité exercée à mi-temps, sans diminution de rendement, mais cela paraissait en contradiction avec le constat d'une diminution de rendement de 50 % en raison d'une atteinte aux épaules, décrite en p. 47 du rapport d'expertise. Au vu de ces points restés peu clairs, mais également du fait que l'expert L._____ n'avait pas indiqué dans quelle mesure l'incapacité de travail de 50 % qu'il attestait était liée à une diminution de rendement et dans quelle mesure elle était liée à une diminution du taux d'activité exigible, une concertation entre les deux experts était nécessaire. Le tribunal a donc renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction en demandant davantage d'éclaircissements à l'expert N._____ et qu'il lui demande de motiver son constat relatif à la diminution de rendement, ou à l'absence de diminution de rendement, dans une activité adaptée. Il conviendrait également d'inviter l'expert N._____ à se déterminer clairement sur la durée d'une éventuelle incapacité de travail liée à l'intervention pratiquée en janvier 2017, éventuellement sur une incapacité de travail antérieure liée aux atteintes traitées lors de cette intervention. Enfin, il appartiendrait en outre à l'OAI d'inviter les experts N._____ et L._____ à se mettre en rapport pour préciser conjointement leurs constatations relatives à la capacité résiduelle de travail du recourant, d'un point de vue interdisciplinaire.

B. A réception de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction de la cause et a écrit à l'assuré, le 3 mai 2021, que celui-ci ne pouvait pas être exécuté tel quel, « notamment parce que le Dr L. _____ avait vu l'assuré en 2016 ». L'OAI a par conséquent proposé de mandater un centre d'expertise médicale (art. 72 bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets de médecine générale, rhumatologie et psychiatrie.

Par courrier du 7 mai 2021, l'assuré a contesté ce procédé et a exigé qu'un complément d'expertise soit requis auprès des Drs N. _____ et L. _____ conformément aux considérants de l'arrêt du 2 juin 2020 de la Cour des assurances sociales.

Le 12 mai 2021, l'OAI a exposé qu'il ne pouvait « raisonnablement et matériellement pas demander à deux experts indépendants de réaliser un complément d'expertise chacun dans sa spécialité et les contraindre ensuite à collaborer afin d'établir une évaluation consensuelle ». Il a maintenu qu'il entendait demander une nouvelle expertise à un centre d'expertise médicale, en précisant que l'assuré pouvait exiger une décision formelle sur ce point s'il le souhaitait.

Le 25 mai 2021, l'assuré a exposé à l'OAI qu'il maintenait son point de vue et demandait une décision formelle. Il demandait en outre la désignation de sa mandataire, Me Marie Signori, comme conseil d'office compte tenu de la complexité de la cause et de la persistance de l'OAI à vouloir s'écarter de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales.

Par deux décisions séparées du 10 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique, l'assistance d'un avocat n'étant pas nécessaire, et a ordonné une nouvelle expertise pluridisciplinaire, pour les motifs déjà évoqués précédemment.

C. **a)** S._____, représenté par Me Marie Signori, a recouru contre ces deux décisions, le 12 juillet 2021, en concluant à leur annulation et au renvoi des causes à l'intimé pour qu'il désigne Me Signori comme conseil juridique gratuit et mette en œuvre un complément d'expertise auprès des Drs N._____ et L._____. La Cour des assurances sociales a ouvert une procédure sous le numéro de cause AI 257/21, concernant le recours contre la décision de refus d'assistance juridique, et une procédure sous le numéro de cause AI 258/21, concernant le recours contre la décision de mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le présent arrêt a pour objet le recours contre la décision de refus d'assistance juridique en procédure administrative. Le recours dans la cause AI 258/21 a été admis dans un arrêt rendu séparément, ce jour.

b) Le 10 août 2021, l'intimé a répondu au recours dans la présente procédure. Il a en a proposé le rejet, sous suite de frais et dépens.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le recours contre une décision incidente qui ne porte pas sur la compétence de l'autorité ni sur une demande de récusation est recevable aux conditions posées par l'art. 46 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable

par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1). Le recours est notamment recevable si la décision incidente litigieuse rejette une demande de désignation d'un avocat d'office pour la procédure administrative en cours. La jurisprudence admet qu'un tel refus comporte un risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 PA (parmi d'autres : TF 8C_669/2016 du 7 avril 2017 consid. 1 ; 8C_911/2015 du 3 février 2016 consid. 1).

c) Pour le surplus, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à voir son conseil désigné d'office pour la procédure administrative en cours.

3. 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 ; 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 127/07 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 références citées ; 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 (TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2 et les références citées). 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 (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3 ; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2).

c) En l'espèce, la procédure de révision du droit à la rente a été initiée il y a plus de dix ans et a fait l'objet de deux procédures de recours, avec deux renvois successifs de la cause à l'intimé. La procédure est complexe et le dossier particulièrement volumineux. En outre, Me Signori représentait déjà le recourant dans la procédure de recours ayant donné lieu à l'arrêt de renvoi du 30 mars 2021. Sans que cela soit à lui seul déterminant, on doit observer qu'il serait disproportionné et contraire à toute économie de procédure d'inviter le recourant à consulter, pour l'avenir, un assistant social, qui serait de toute façon probablement peu en mesure de prendre connaissance à brève échéance et de traiter ce très

volumineux dossier, plutôt que de s'adresser à une avocate qui connaît déjà son dossier et peut donc intervenir avec efficacité sans y consacrer trop de temps. Le recourant ne pourrait en tout cas pas assumer seul la défense de ses intérêts, au vu également du trouble psychique dont il souffre. Enfin, malgré deux renvois successifs, un nouveau recours a été nécessaire pour faire constater que l'intimé refusait en pratique d'appliquer le second arrêt de renvoi et pour obtenir du tribunal qu'il l'enjoigne à exécuter cet arrêt, ce qui est peu commun. Dans ces circonstances, l'assistance d'un avocat pour la procédure administrative est effectivement nécessaire. Il est vrai que la mesure d'instruction restant à mettre en œuvre paraît relativement simple, mais cela n'est pas certain et une bonne connaissance du dossier sera de toute façon nécessaire pour en évaluer la portée ; au demeurant, si la simplicité de cette mesure devait s'avérer, les frais liés à la prise en charge de la défense d'office du recourant devraient rester limités pour l'intimé.

4. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il examine les autres conditions du droit à l'assistance administrative (nécessité financière) et statue à nouveau sur la demande de désignation d'office de Me Signori.

b) La procédure ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f bis LPGA. Elle donne lieu à la perception de frais de justice, qu'il convient de fixer à 200 fr. et de mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD ; art. 1 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

c) Le recourant peut par ailleurs prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 800 fr., débours et TVA compris, compte tenu des dépens déjà alloués dans la cause AI 258/21.

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

prononce :

- I. Le recours contre la décision rendue le 10 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en matière d'assistance administrative est admis.
- II. La décision litigieuse est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il complète l'instruction conformément aux considérants et statue à nouveau.
- III. Les frais de justice sont fixés à 200 fr. (deux cents francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 800 fr. (huit cents francs) à S._____.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marie Signori (pour le recourant),
- 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 :