

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 171 vom 23. März 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-03-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__171)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 171 du 23 mars 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 171 del 23 marzo 2023

### Regeste

ASSISTANCE JUDICIAIRE, PROCÉDURE ADMINISTRATIVE, REJET DE LA DEMANDE | 37 al. 4 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.03.2023 Arrêt / 2023 / 171

ASSISTANCE JUDICIAIRE, PROCÉDURE ADMINISTRATIVE, REJET DE LA DEMANDE | 37 al. 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 241/22 - 86/2023 ZD22.037290 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 23 mars 2023 \_\_\_\_\_ Composition : M. Métral , président M.

Piguet, juge, et Mme Saïd, assesseure Greffière : Mme Neurohr \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Etienne Patrocle, avocat à Morges, 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) T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur obtenu le 30 juin 1993. Dès le 5 août 2002, il a été engagé par une société de placement de personnel, [...] SA, par l'intermédiaire de laquelle il proposait ses services d'aide monteur électricien. Le 14 novembre 2012, l'assuré a été victime d'un accident, ayant chuté dans les escaliers, à son domicile. A la suite de cet événement, il a ressenti des douleurs dorsales et lombaires. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). La CNA a confié la mise en œuvre d'une expertise au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a relevé dans son rapport du 3 mars 2014 l'existence d'une discopathie dégénérative L4-L5, avec une importante protrusion herniaire L4-L5 médiane et paramédiane droite avec très certainement un retentissement sur la racine L5 droite. La capacité de travail était alors nulle dans toutes activités. Dans une activité adaptée excluant les efforts, sans port de charges lourdes et stations debout ou assise prolongées, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être imaginée, à 100 %. Par décision sur opposition du 8 février 2016, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. b) Dans l'intervalle, le 9 septembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant être en complète incapacité de travail depuis le 14 novembre 2012 et souffrir d'une hernie discale ainsi que de douleurs lombaires. Se fondant sur les éléments du dossier de la CNA, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle, mais demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, consistant à éviter le port de charges de plus de

10 kg, les positions en porte-à-faux et à privilégier l'alternance de positions. Par projet de décision du 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 juillet 2014. L'assuré, représenté par son conseil, a soulevé des griefs contre ce projet de décision. Par rapport du 24 mars 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a considéré que la capacité de travail était actuellement nulle dans une activité adaptée. Les possibilités de reconversion professionnelle étaient très limitées et, très vraisemblablement, vouées à l'échec, compte tenu, d'une part, du résultat négatif d'un stage de vendeur effectué par l'assuré au printemps 2015, lequel avait entraîné une recrudescence des symptômes, et, d'autre part, en raison du fait que l'intéressé demeurait toujours très handicapé par ses importantes lombalgies mécaniques et une irradiation dans le membre inférieur droit, malgré la prise d'antidouleurs et les exercices de renforcement musculaire. Dans un avis du 12 avril 2016, le SMR a estimé qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible, à tout le moins, à temps partiel. Par ailleurs, l'assuré disposait d'un CFC de vendeur qui pouvait être utilisé « à bon escient » dans une activité adaptée. Afin de déterminer quelles étaient les réelles possibilités de l'assuré en termes de capacités de travail et de réadaptation, le SMR a préconisé une mesure d'observation. L'OAI a informé l'assuré le 3 mai 2016 qu'un examen de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et de sa capacité de travail serait effectué par le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : le COPAI) de l'Orif de [...] du 23 mai au 17 juin 2016. Dans ce cadre, tant le médecin consultant que le directeur du COPAI de l'Orif ont conclu que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %. L'assuré devait changer de positions pour soulager ses lombalgies, prendre des pauses régulières et ne pas porter de charges supérieures à 10 kg (rapport du 22 juin 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ et rapport du 6 juillet 2016 du directeur du COPAI de l'Orif). Le 6 décembre 2017, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé et qu'il souffrait désormais d'apnée du sommeil invalidante. L'assuré avait consulté le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, en raison d'une fatigue diurne avec tendance à la somnolence. Le Dr S. \_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil sévère (index d'événement respiratoire de 69,5 par heure) et indiqué que la compliance au traitement de respiration assistée par pression positive (CPAP) n'était pas bonne. Du point de vue respiratoire, la capacité de travail n'était pas affectée mais le rendement pouvait être diminué en raison de la fatigue. Cet élément devait être réévalué une fois le traitement appliqué de manière satisfaisante (rapport du 17 janvier 2018). Sollicité pour avis, le SMR a maintenu ses conclusions, relevant qu'il n'existait aucune incapacité de travail du point de vue respiratoire et qu'il était attendu de l'assuré qu'il utilise correctement le traitement CPAP mis à disposition (avis du 30 janvier 2018). Dans un rapport complémentaire du 21 juin 2018, le Dr S. \_\_\_\_\_ a précisé que le traitement CPAP était désormais convenablement appliqué, sans constat d'une amélioration des symptômes de l'assuré. Des investigations supplémentaires effectuées au mois de juin 2018 et août 2019 au Centre [...] de Médecine du Sommeil ont confirmé la persistance, en condition diagnostique, d'un syndrome d'apnées-hypopnées d'origine obstructive et d'intensité sévère et mis en évidence une agitation motrice persistant sous traitement, sous la forme de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil. Le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du sommeil, a conclu à une altération de la continuité et la qualité du sommeil de l'assuré. Le 11 mars 2020, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé et lui a adressé un rapport établi le 28 février 2020 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sollicité pour avis, le SMR

a retenu que les derniers documents médicaux reçus n'étaient pas suffisants pour modifier ses précédentes conclusions (avis du 21 juillet 2020). Le 20 octobre 2020, le SMR a estimé, au vu du rapport du 6 juillet 2016 du directeur du COPAI, que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, exigible vraisemblablement à compter du 17 juin 2016. A teneur d'un projet de décision du 12 mai 2021, remplaçant et annulant celui du 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré entendre lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 30 septembre 2016. Depuis lors, le droit à la rente n'était plus ouvert, le taux d'invalidité étant de 17,8 %, conformément au rapport final du 19 avril 2021 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. L'assuré a soulevé des objections à l'encontre du projet de décision. Dans un courrier du 25 août 2021, auquel était jointe une nouvelle fiche de calcul du salaire exigible du 24 août 2021 de son service de réadaptation, l'OAI a indiqué à l'assuré que ses arguments n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision, lequel devait par conséquent être intégralement confirmé, hormis les montants des revenus avec et sans invalidité ainsi que le taux d'invalidité, lequel devait être porté à 10,35 %. Le 12 octobre 2021, l'assuré a informé l'OAI avoir été victime d'un infarctus du myocarde en date du 29 septembre 2021, et porté au dossier un rapport établi le 1<sup>er</sup> octobre 2021 par le Dr [...]. Par décision du 19 octobre 2021, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 30 septembre 2016, considérant qu'après avoir été incapable de travailler dans toutes activités, l'assuré avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % en raison d'une diminution de rendement de 20 %, dès le 17 juin 2016. Au-delà du 30 septembre 2016, le droit à la rente n'était plus ouvert, le taux d'invalidité étant de 17,8 % après comparaison des revenus avec et sans invalidité. B. Par acte du 22 novembre 2021, T. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision. Statuant par arrêt du 21 juin 2022 (AI 432/21 - 197/2022), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulé la décision 19 octobre 2021 et renvoyé la cause auprès de l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le tribunal a relevé, s'agissant des atteintes lombaires de l'assuré, que les nombreux rapports des médecins étaient peu étayés. Le SMR, dans son avis du 20 octobre 2020, s'était en outre fondé principalement sur le rapport du 6 juillet 2016 du directeur du COPAI et avait repris les conclusions de ce dernier à son compte. Or ce rapport avait été établi cinq ans auparavant et le SMR n'en avait pas réellement examiné les résultats, ni actualisé les renseignements médicaux relatifs à l'atteinte lombaire ou examiné les interactions entre ces atteintes et les troubles d'apnée du sommeil et le syndrome des jambes sans repos. La Cour de céans a également retenu que le SMR n'avait pas instruit à satisfaction l'influence de ces derniers troubles, dûment constatés par les Drs S. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, sur la capacité de travail de l'assuré. Le SMR s'était focalisé sur les premières conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_, à savoir le constat d'une pleine capacité de travail du point de vue respiratoire et une mauvaise compliance au traitement CPAP, sans discuter le résultat des investigations complémentaires réalisées en juin 2018 et août 2019. L'instruction menée par l'OAI était ainsi incomplète et ne permettait pas à la Cour de céans de se prononcer, raison pour laquelle la cause a été renvoyée à l'OAI pour qu'il reprenne l'instruction. L'OAI devait à cet égard recueillir des informations auprès des médecins traitants, les apprécier et examiner sur cette base la nécessité de la mise en œuvre d'un examen auprès du SMR, cas échéant d'une expertise. Dans ce cadre, l'OAI devait également procéder à l'instruction de la nouvelle atteinte cardiaque annoncée en octobre 2021 et déterminer les interactions de ce

trouble avec les pathologies préexistantes. Au vu du sort du litige, la Cour de céans n'a pas examiné les motifs soulevés par l'assuré s'agissant du calcul du taux d'invalidité. Elle a toutefois invité l'OAI à intégrer le nouveau calcul de son service de réadaptation et à examiner le bien-fondé des griefs soulevés par l'assuré. S'agissant du revenu sans invalidité, elle a précisé, à toutes fins utiles, que l'assuré ne se prévalait pas d'élément concret établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il aurait eu droit à une augmentation de salaire auprès de son dernier employeur. C. Le 5 juillet 2022, le conseil de l'assuré a informé l'OAI que ce dernier n'avait pas l'intention de recourir contre l'arrêt précité. Il a sollicité l'octroi de l'assistance juridique administrative. Par décision incidente du 20 juillet 2022, l'OAI a refusé d'accorder l'assistance juridique gratuite à l'assuré. Il a relevé que la procédure ne présentait pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, ni de caractère exceptionnel ou de particularité procédurale, la question litigieuse étant médicale. Les questions à résoudre, à savoir l'évaluation de la capacité de travail et le droit à une rente, se posaient communément dans la plupart des procédures ayant pour objet le droit à des prestations et ne comportaient intrinsèquement aucune difficulté particulière. De plus, l'OAI a considéré que le cas ne présentait aucune problématique, que ce soit sur le plan médical ou juridique, qu'un représentant d'une association, un assistant social ou une autre personne de confiance d'une institution sociale n'aurait pu traiter de manière satisfaisante, de sorte que les circonstances du cas n'exigeaient pas l'assistance d'un avocat durant la procédure administrative. Par courrier du 5 septembre 2022, l'OAI a requis du conseil de l'assuré qu'il lui communique le nom de tous les médecins consultés par celui-ci au cours des douze derniers mois. D. Par acte daté du 14 septembre 2022 (sceau postal du 15 septembre 2022), T. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Patrocle, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision incidente du 20 juillet 2022, concluant à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative menée devant l'OAI ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours. Il a en outre sollicité, à titre de mesures d'instruction, son audition, celle de témoins à assigner, ainsi que la tenue de débats publics. Sur le fond, le recourant a fait valoir que son affaire était complexe sur tous les plans. Sur le plan médical, il s'agissait de distinguer les affections – multiples – passées et les aggravations présentes, celles liées à sa personne ou à sa situation sociale. Sur le plan économique, il y avait lieu d'effectuer à nouveau les calculs de rente, en faisant notamment application des données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) et s'assurer que la bonne méthode de calcul soit appliquée. Sur le plan légal, il convenait d'examiner l'applicabilité des modifications du 19 juin 2020 relatives au développement continu de l'AI et de leurs dispositions transitoires. Par réponse du 25 octobre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par réplique du 30 octobre 2022, le recourant a confirmé ses conclusions. Par décision du 19 décembre 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 15 septembre 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Etienne Patrocle. 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 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). Le recours doit être déposé dans le délai légal non prolongeable de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 40 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). Ce délai commence à courir le lendemain de la communication de la décision attaquée (art. 38 al. 1 LPGA), sans courir notamment durant les fêtes estivales, soit du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Lorsque l'acte attaqué est notifié pendant les fêtes, le délai commence à courir le premier jour suivant la fin de celles-ci (ATF 131 V 305). Les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur, respectivement au tribunal compétent ou à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA cum 60 al. 2 LPGA). b) En l'espèce, la décision entreprise a été notifiée durant les fêtes estivales, de sorte que le délai de recours n'a commencé à courir que le 16 août 2022, pour arriver à échéance le 14 septembre 2022. Le recours est daté du 14 septembre 2022, mais le sceau postal indique la date du lendemain. Le conseil du recourant expose, dans le recours, avoir déposé l'acte à temps, le 14 septembre 2022, sans plus d'explication et sans en offrir la preuve. Selon le suivi des envois mis en place par la Poste suisse, le recours a été déposé le 14 septembre 2022, à 23h48, dans un automate My Poste 24, assimilé par le Tribunal fédéral à un bureau de la Poste suisse (TF 5A\_972/2018 du 5 février 2019 consid. 4.2). Le recours a ainsi été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), 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 porte sur le droit du recourant d'obtenir l'assistance juridique gratuite durant la procédure administrative, l'intimé l'ayant nié au motif que la complexité de la cause ne justifiait pas l'assistance d'un avocat. 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). Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGA), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n° 38 ad art 37 LPGA ; ATF 125 V 201 consid. 4a). 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).

4. En l'espèce, le recourant se prévaut du caractère complexe de son dossier, tant au plan des faits que du droit. Il met notamment en exergue l'admission du recours déposé à l'encontre de la décision de l'OAI du 19 octobre 2021 et le renvoi de la cause à cet office par arrêt de la Cour de céans du 21 juin 2022, pour complément d'instruction sur les plans médical et économique. Il tire également argument du fait qu'il était déjà assisté de son avocat au cours de cette procédure. Il invoque encore la durée de la procédure, de 2013 à ce jour, la multiplicité des atteintes dont il souffre et le fait qu'une expertise s'avérera nécessaire. Il se prévaut encore de la complexité juridique de son cas dès lors qu'il y aura lieu de recalculer le droit à la rente en ayant recours à l'ESS et que la question de l'application du nouveau droit se posera. L'argumentation du recourant ne saurait être suivie. Le litige au fond porte sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité. Il s'agit là de questions qui se posent communément dans la plupart des procédures ayant pour objet le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et qui ne comportent intrinsèquement aucune difficulté particulière. Le recourant ne met pas en évidence des circonstances propres à son affaire qui justifieraient une assistance que seul un avocat serait en mesure de lui apporter. En particulier, le fait que la cause ait été renvoyée par la Cour de céans à l'intimé dans son arrêt du 21 juin 2022 ne permet pas de conclure automatiquement à la nécessité d'être représenté par un avocat en procédure administrative. Le recourant se prévaut entre autres des erreurs commises par l'OAI qui ont justifié ce renvoi ainsi que de la multiplicité de ses atteintes, dont une dépression, pour justifier le caractère complexe de son dossier. Le recourant présente certes plusieurs atteintes à la santé différentes (lombalgies, troubles du sommeil, atteinte cardiaque, troubles psychiques) qui pourraient amener l'intimé, après avoir recueilli des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants, à ordonner une expertise pluridisciplinaire. La situation de fait et de droit n'en est pas pour autant particulièrement complexe, au point de rendre nécessaire une représentation par un avocat en procédure administrative. En effet, la mise en œuvre d'une expertise n'est qu'une faculté

laissée à l'OAI une fois les éléments recueillis auprès des médecins traitants. Il lui est également possible de décider de mettre en œuvre un examen auprès du SMR. A toutes fins utiles, on observera qu'alors que le recourant allègue souffrir de troubles psychiques qui l'empêcheraient de s'orienter dans la procédure, ces troubles ne sont pas établis, au regard notamment du rapport du 28 février 2020 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Dans ce rapport, le Dr Q.\_\_\_\_\_ fait essentiellement état de difficultés psychiques en lien avec une succession d'événements de vie, entre juillet 2016 et juillet 2017, ainsi qu'une reprise du suivi en novembre 2019, sans qu'un diagnostic psychiatrique ne soit posé. Aucune autre pièce au dossier n'établit que le recourant serait actuellement en dépression, comme il le soutient. Au demeurant, s'agissant d'atteintes très distinctes les unes des autres et survenues à des moments précis dans le temps, l'analyse de leur évolution et de leur effet sur la capacité de travail s'en trouve facilitée. La durée de la procédure, depuis le dépôt de la demande de prestations le 9 septembre 2013, ne peut certes pas être négligée, mais elle n'engendre pas pour autant de complications singulières dans le cas particulier dans l'examen de la capacité de travail et du droit à la rente. Sur le plan du droit, le recours aux données statistiques de l'ESS pour le calcul du droit à la rente est une pratique courante dans le domaine de l'assurance-invalidité et ne justifie généralement pas la désignation d'un avocat pour la procédure administrative. Rien ne permet de considérer différemment cette circonstance en l'espèce et le recourant n'étaye pas son point de vue à cet égard. En outre, les dispositions transitoires relatives au développement continu de l'assurance-invalidité entraîneront la fixation du droit aux prestations selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où ce droit a pris naissance avant cette date (let. b al. 1 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; Circ. DT DC AI du 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 1007ss). La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17, al. 1 LPGA (en particulier en cas de modification du taux d'invalidité de 5 %), si l'application de la loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (let. b al. 2 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022). Dans la situation dans laquelle se trouve le recourant, il apparaît que les dispositions transitoires ne sont pas complexes au point de justifier la désignation d'un avocat d'office pour la procédure administrative. Enfin, le fait que l'assuré soit représenté par Me Patrocle depuis plusieurs années ne suffit pas à démontrer que l'aide d'intervenants sociaux serait actuellement insuffisante ou requerrait des ressources démesurées en termes temporels ou financiers. Dans les circonstances dans lesquelles se trouve le recourant, il apparaît que l'assistance juridique d'un avocat au stade de la procédure administrative n'est objectivement pas indiquée. 5. Le recourant sollicite la tenue d'une audience publique, ainsi que son audition et l'audition de témoins à assigner. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 131 I 153 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; TF 9C\_272/2011 du 6 novembre 2011 consid. 3.1). b) En l'espèce, les pièces au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause. L'audition personnelle du recourant ou d'éventuels témoins – dont l'intéressé ne donne

d'ailleurs pas l'identité – se révèle ainsi superflue, puisqu'elle ne conduirait pas à modifier la conviction de la Cour de céans et ne serait par conséquent pas de nature à influencer sur l'issue de la présente cause. On précisera que la procédure d'assistance juridique gratuite ne relève pas du champ d'application de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), de sorte que le recourant n'a pas droit à une audience de débats publics (cf. TF 4A\_665/2015 du 21 avril 2016 consid. 2.2). 6. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire, ils sont provisoirement supportés par l'Etat. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Patrocle peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Celle-ci doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par avis du 20 décembre 2022, le juge en charge de l'instruction a imparti un délai au 9 janvier 2023 à Me Patrocle pour produire la liste de ses opérations, à défaut de quoi son indemnité d'office serait fixée en équité. Me Patrocle a produit la liste de ses opérations le 10 janvier 2023, soit hors du délai imparti. Sa liste ne peut donc en principe pas être prise en considération. Quoi qu'il en soit, cette liste serait jugée très excessive si elle était prise en compte, de sorte que la Cour de céans ne pourrait que s'en écarter et fixer en équité le montant de l'indemnité d'office. En effet, le temps consacré à l'étude du dossier, à la rédaction du recours et à la lettre d'accompagnement à la Cour des assurances sociales, soit plus de 8 heures (opérations du 12 août au 14 septembre 2022), est disproportionné au vu de l'objet du litige. Il l'est d'autant plus compte tenu de la connaissance préalable du dossier du recourant par le mandataire. Le temps consacré à l'étude du dossier et à la rédaction d'une réplique est également excessif. En effet, le total de ces opérations, soit 1 heure et 45 minutes, interpelle s'agissant d'un courrier d'une seule page, ce d'autant que cette écriture reprend les arguments déjà exposés dans le recours. Le temps consacré à la demande d'assistance judiciaire, aux contacts téléphoniques et aux courriers électroniques avec l'assuré, postérieurement au 14 septembre 2022, paraît également très déraisonnable. Celui-ci s'élève à près de 7 heures au total, alors même que l'assuré émarge au social et que l'OAI n'avait déposé qu'une très brève réponse se limitant pour l'essentiel à citer in extenso le contenu de la décision incidente litigieuse. Au vu de ce qui précède, une activité d'environ 10 heures peut être considérée comme raisonnablement nécessaire pour l'accomplissement de ce mandat d'office. L'indemnité d'office en faveur de Me Patrocle sera ainsi arrêtée en équité à 2'000 fr., débours et TVA compris. La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision incidente

rendue le 20 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'T.\_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Etienne Patrocle, conseil d'office d'T.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : La greffière : a Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Etienne Patrocle (pour T.\_\_\_\_\_), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.