

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

Y. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me David Métille,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 37 al. 4 LPGA ; art. 74 al. 4 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, d'origine macédonienne, arrivé en Suisse en 1992, sans formation, a travaillé comme vitrier durant environ 25 ans. Sans activité professionnelle depuis plusieurs années, il a bénéficié de l'assurance-chômage du mois de juin 2005 au mois de mars 2006, puis de l'assistance sociale.

L'assuré a déposé une demande de prise en charge de chaussures orthopédiques en janvier 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office), ce qui lui a été refusé par décision du 21 mai 2008. Il a ensuite déposé une demande de rente le 11 août 2008 en raison d'un infarctus, d'un angor et d'un diabète insulino-dépendant.

B. a) Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a interpellé le Dr Q._____, médecin traitant de l'assuré, qui a rendu un rapport médical le 25 août 2008, posant les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de status triple pontage coronarien depuis 2007 ; angor stade II depuis 2007 et syndrome métabolique depuis 2002. Le diabète, de type II, n'avait quant à lui pas d'influence sur la capacité de travail. Le Dr K._____ a précisé que cette dernière était nulle depuis le 20 juillet 2008 et a suggéré la mise en œuvre d'une évaluation professionnelle.

Egalement interrogé, le Dr L._____, spécialiste en cardiologie, n'a retenu, dans un rapport du 11 septembre 2008, que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne de trois vaisseaux, avec status après angioplasties multiples et status après triple pontage aorto-coronarien. Il en a conclu que l'activité habituelle de l'assuré était exigible à 100 % du point de vue cardiologique.

Le Dr X._____, également médecin traitant de l'assuré, a considéré, dans un rapport du 30 septembre 2008 adressé à l'OAI, que le status après infarctus, ainsi que le status après triple pontages notamment avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré, tandis que le syndrome métabolique et le diabète notamment n'en avaient pas.

b) Les divers rapports médicaux précités ont été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui s'est déterminé le 21 octobre 2008, retenant une incapacité de travail totale du mois de juillet 2007 au 1^{er} septembre 2008, la capacité de travail étant ensuite entière dans l'activité habituelle.

Suite à la réception de certificats médicaux établis par le Dr X._____ le 22 juin 2009 et attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1^{er} octobre 2008 au 30 juin 2009, le SMR a souhaité réinterroger ce médecin (cf. avis médical du SMR du 17 août 2009). Ce dernier n'étant plus consulté par l'assuré depuis novembre 2009, il a renvoyé le SMR à son nouveau médecin traitant, le Dr V._____. Ce dernier a adressé à l'OAI un rapport médical le 10 juin 2010, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de prostatisme obstructif ; status post mise en place de deux stents au niveau de la coronaire droite ; status post triple pontage coronaire ; angor de stade II sur coronaropathie tritronculaire ; diabète de type II insulino-dépendant ; hypertension artérielle ; troubles érectiles et broncho-pneumopathie chronique obstructive. Le Dr V._____ a également mentionné un état dépressif chronique et a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

c) Dans un avis du 22 septembre 2010, le SMR a retenu que l'activité de vitrier n'était plus exigible de l'assuré en raison des limitations fonctionnelles découlant de la cardiopathie. Une activité adaptée était par contre exigible à 100 % dès le 1^{er} septembre 2008.

C. Le 14 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son droit au placement. Il a également rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, au motif que l'assuré pouvait prétendre à un revenu d'invalidité de 52'177 fr. dans une activité adaptée, en tenant compte d'un taux d'abattement de 15 %, ce qui, comparé au revenu sans invalidité de 56'368 fr., entraînait une perte de gain de 4'191 fr., soit un taux d'invalidité de 7.43 %, ne donnant pas droit à une rente.

D. a) Le 5 novembre 2010, l'assuré a fait part à l'OAI des objections suivantes :

"Suite à votre décision concernant le droit au placement, j'estime que je suis en mesure de faire opposition. En effet, en raison de mon grave handicap psychophysique, je pense qu'un travail dans une activité simple et répétitive serait tout simplement irréalisable. Je demande donc que ma décision soit sujette à un recours."

b) Le 9 novembre 2010, Me David Métille a informé l'OAI qu'il avait été mandaté pour représenter l'assuré et a demandé une prolongation de délai aux fins de permettre à son mandant de se déterminer sur le projet de décision du 14 octobre 2010. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a ainsi formulé le 15 février 2011 ses objections à l'encontre du projet de décision. Il a produit un rapport médical du Dr V. _____ du 11 février 2011, rappelant les diagnostics formulés dans le rapport du 10 juin 2010, et a mentionné un suivi psychiatrique, suggérant à l'OAI d'instruire sous cet angle. Il a relevé qu'une expertise médicale pluridisciplinaire pouvait s'avérer utile.

Interrogé par l'OAI, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 15 mars 2011 que l'assuré n'était venu en consultation chez lui que deux fois et avait arrêté son suivi. Il n'avait dès lors pas assez d'informations pour pouvoir remplir le questionnaire de l'OAI.

Le 5 avril 2011, Me Métille a prié l'OAI de réinterroger le Dr P. _____, son mandant étant d'avis que rien n'aurait pu empêcher ce spécialiste de répondre aux questions relatives aux motifs des

consultations, aux différentes constatations qu'il avait pu faire en ces occasions, ainsi qu'aux diagnostics posés.

Sollicité par l'OAI, le SMR a rendu un avis médical le 8 avril 2011. Il a retenu que les diagnostics susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré relevaient uniquement du domaine cardiovasculaire.

L'OAI a informé l'assuré le 12 avril 2011 du fait qu'il lui incombait de faire le nécessaire auprès du Dr P._____ afin d'obtenir un rapport médical. Il l'a par ailleurs informé le 18 avril 2011 de la nécessité de procéder à une expertise médicale cardiologique, auprès du Dr M._____.

L'assuré, toujours par l'intermédiaire de son mandataire, a écrit à l'OAI une nouvelle fois, le 18 avril 2011, priant l'Office de réinterroger le Dr P._____. Il a produit, le 21 avril 2011, un rapport du 5 janvier 2011 des Drs J._____ et F._____ relatif à une consultation en raison d'un malaise. Ce rapport faisait état de malaises à répétition, dont les causes devaient être investiguées par l'OAI selon l'assuré. Ce dernier a encore produit le 26 avril 2011 deux ordonnances médicales établies par le Dr P._____ les 29 novembre et 6 décembre 2010, par lesquelles il avait prescrit à l'assuré du Fluoxetine Sandoz 20mg, respectivement du Seraline Nepta 100 mg. L'assuré a fait valoir que ces médicaments visaient à traiter les troubles dépressifs graves et a prié l'OAI d'instruire de manière plus complète les motifs qui avaient poussé le Dr P._____ à les prescrire. Concernant l'expertise cardiologique prévue par l'OAI, l'assuré s'est déterminé le 27 avril 2011, estimant qu'il aurait été plus judicieux de procéder à une évaluation multidisciplinaire intégrant également les volets rhumatologique et psychiatrique.

Le Dr M._____ a rendu un rapport d'expertise le 30 mai 2011, sur la base du dossier de l'assuré et d'une consultation avec examens spécialisés effectuée le 27 mai 2011. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne avec : infarctus inférieur le 13 juillet 2007, sans atteinte de la fonction globale du

ventricule gauche ; angioplastie et stents de la coronaire droite en juillet 2007 et triple pontage coronarien avec anastomose de l'artère mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure et pontages veineux sur la coronaire droite et sur une marginale le 15 février 2008. Il a retenu le diabète, l'obésité, une dyslipidémie, un état dépressif possible et un syndrome des apnées du sommeil comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale de juillet 2007 jusqu'en avril 2008. Une reprise partielle dans une activité aménagée avait été possible dès mars 2008. Dès fin 2008, l'activité habituelle de vitrier n'était plus exigible, mais une activité adaptée était possible à temps complet.

A nouveau interpellé par l'OAI (cf. courrier de l'OAI du 10 mai 2011), le Dr P._____ a répondu le 25 juillet 2011. Il a indiqué que l'assuré était suivi à sa consultation depuis le 23 novembre 2010 et l'était encore. Son patient avait progressivement développé un état dépressif sévère avec un premier épisode en 2008 suite à son infarctus du myocarde. Le Dr P._____ a ainsi posé, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. L'incapacité de travail de l'assuré était totale en raison de troubles du sommeil très importants avec troubles de l'endormissement et réveils nocturnes multiples, d'un ralentissement psychomoteur important avec une thymie effondrée, d'une irritabilité accrue, d'un sentiment de désespoir et de troubles de la concentration et de l'attention très importants.

Se référant au rapport précité, l'assuré a à nouveau requis une expertise multidisciplinaire le 26 juillet 2011.

Sans se prononcer sur le rapport d'expertise du Dr M._____, l'assuré a demandé à l'OAI, par courrier du 31 août 2011, quelle suite l'Office entendait donner au rapport du Dr P._____.

Le Dr B._____, du SMR, s'est prononcé sur les rapports des deux médecins précités le 30 septembre 2011 et a relevé la nécessité de

mettre en œuvre un examen psychiatrique au SMR, lequel a eu lieu le 24 octobre 2011.

L'assuré s'est adressé à l'OAI le 9 novembre 2011 afin d'obtenir les conclusions du SMR suite à l'examen précité, ainsi que l'intégralité de son dossier postérieur au 28 juillet 2011. L'OAI a transmis le dossier à l'assuré le 14 novembre 2011, l'informant par ailleurs qu'il n'était pas encore en possession du rapport SMR demandé.

L'assuré a écrit à l'OAI le 18 novembre 2011 remettant en cause l'indépendance et l'impartialité du Dr B. _____ notamment, au motif qu'il aurait prétendu à tort que selon l'expertise du Dr M. _____ l'assuré ne présentait pas de diminution de sa capacité de travail, alors qu'il ne pouvait exercer d'activité impliquant des efforts prolongés. L'assuré a mis en doute l'existence d'une telle activité sur le marché équilibré du travail. Il a requis une expertise psychiatrique "en bonne et due forme", "au vu du parti pris adopté par le Dr B. _____, qui émet d'emblée des doutes quant à la réalité des troubles psychiques évoqués par le Dr P. _____".

Le Dr R. _____, médecin examinateur du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 28 novembre 2011 suite à l'examen clinique psychiatrique de l'assuré du 24 octobre 2011. Ce spécialiste a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger (F 32.0), n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail.

L'assuré s'est déterminé sur le rapport précité le 30 janvier 2012. Il a relevé la divergence de diagnostic opposant le Dr P. _____ au Dr R. _____ et a demandé à ce que cette divergence soit tranchée par un expert externe à l'OAI, à l'occasion d'une expertise multidisciplinaire, psychiatrique, cardiologique et rhumatologique. Il a remis en cause l'impartialité du Dr R. _____, lequel n'avait pu être qu'influencé par les propos du Dr B. _____. En cas de refus de la part de l'OAI de procéder à un complément d'instruction, l'assuré a prié l'Office de rendre une décision incidente susceptible de recours.

c) Se fondant sur les conclusions du Dr M._____, l'OAI a informé l'assuré le 21 mai 2012 qu'il considérait qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire, dans la mesure où l'Office disposait de rapports médicaux tant sur le plan cardiologique que sur le plan psychiatrique. Il n'y avait par ailleurs aucun diagnostic d'ordre rhumatologique dans les différents rapports médicaux du dossier, ce qui ne rendait pas nécessaire une expertise sur ce plan. Il n'existait en outre pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance et cette question, qui relevait de l'appréciation des preuves, devait être traitée dans la décision au fond et non dans une décision incidente. L'OAI a en revanche admis que les conclusions de l'expertise du Dr M._____ modifiaient quelque peu le droit aux prestations de l'assuré. Ce dernier avait en effet droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2008 (soit une année après le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle) au 31 mars 2009 (soit trois mois complets après le début de l'aptitude à la réadaptation). Par la suite, son taux d'invalidité n'était plus que de 7 %, comme indiqué dans le projet de décision du 14 octobre 2010.

E. a) Le 24 mai 2012, Me Métille a demandé à l'OAI de prendre en charge ses frais d'intervention dans le cadre de la requête d'assistance judiciaire, respectivement administrative, qui serait déposée prochainement sur la base de l'art. 37 al. 4 LPGA, son mandat étant sans ressources financières. Son intervention pour défendre les intérêts de l'assuré se justifiait de par la complexité de la problématique médicale posée et des questions juridiques soulevées.

b) L'assuré s'est déterminé le 29 mai 2012 sur le courrier de l'OAI du 21 mai 2012, niant l'objectivité de l'appréciation médicale faite par le médecin de l'Office. Il a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise et a en outre demandé à l'OAI d'étayer par des références de jurisprudence ses affirmations quant à l'inexistence d'un droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance.

c) L'assuré a déposé une demande formelle d'assistance judiciaire en matière administrative le 1^{er} juin 2012. Il a également demandé un délai afin de pouvoir produire des informations complémentaires de la part du Dr P._____.

Le 22 juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré les références jurisprudentielles demandées et lui a imparti un délai pour fournir des observations complémentaires. Il lui a par ailleurs adressé un projet de décision de refus de l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative, au motif que le degré de complexité du point litigieux n'était pas tel qu'il nécessitait l'assistance d'un avocat, ce malgré le fait que les avis médicaux au dossier divergeaient.

Le 27 juin 2012 l'assuré s'est opposé au projet de refus d'assistance juridique, estimant que la complexité du litige nécessitait l'assistance d'un avocat. Il a par ailleurs réitéré ses critiques à l'encontre du refus de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Il a produit le 9 juillet 2012 un rapport médical du Dr P._____ du 29 juin 2012. Ce dernier y a indiqué suivre régulièrement l'assuré et avoir pu constater qu'il souffrait d'une symptomatologie dépressive importante sous forme d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une anhédonie et une aboulie. Il a conclu à une incapacité totale de travailler dans toute activité.

Le 11 septembre 2012, l'assuré a adressé à l'OAI un courrier lui communiquant la référence d'un arrêt du Tribunal fédéral concernant l'assistance judiciaire (9C_735/2011 du 22 juin 2012).

L'OAI a confirmé son projet du 22 juin 2012 de refus de l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative par décision du 20 septembre 2012.

Le 19 octobre 2012, l'assuré a informé l'OAI de son intention de recourir contre la décision précitée et a suggéré à l'Office de surseoir à

la probable décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps jusqu'à droit connu au sujet de l'issue "d'une telle procédure". Il a de plus requis un complément d'expertise de la part du Dr M. _____ afin d'évaluer l'évolution de sa situation sur le plan cardiologique, dans la mesure où ce spécialiste avait émis des réserves à moyen et long terme en raison de risques non négligeables de récurrence. Ces dernières observations avaient du reste été confirmées par le Dr T. _____, spécialiste en cardiologie, dans un rapport du 10 août 2011 - que l'assuré a produit avec son courrier -, préconisant une prise en charge très stricte des facteurs de risques cardio-vasculaires. L'assuré a finalement une nouvelle fois réitéré sa demande d'expertise psychiatrique.

F. L'assuré a recouru contre la décision du 20 septembre 2012 de refus de l'assistance juridique gratuite auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 19 octobre 2012, concluant à l'admission du recours et à l'annulation de la décision précitée en ce sens qu'il est dit que le recourant a droit à l'assistance juridique gratuite d'un mandataire dans le cadre de la procédure administrative, ceci avec effet au 28 juillet 2011 ; à la condamnation de l'intimé à allouer à son mandataire des pleins dépens, selon la note d'honoraire qui serait produite à l'issue des mesures d'instruction, respectivement des échanges d'écritures, pour le cas où le recourant devait obtenir gain de cause ; à l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite au recourant en le dispensant de l'avance de frais et en taxant le mandataire selon la note d'honoraires qui serait produite à l'issue des mesures d'instruction, respectivement des échanges d'écritures, au tarif y afférent pour le cas où il devait entièrement succomber.

L'assuré a soulevé en substance que sa situation personnelle ne pouvait que rendre nécessaire l'assistance d'un mandataire qualifié (connaissances très limitées du français ; absence de qualification et de formation ; problèmes psychiques importants), d'un avocat en particulier, attendu qu'un assistant social ou un spécialiste d'une institution sociale n'était probablement pas en mesure de conseiller de la manière la plus appropriée un assuré sur un plan procédural, en particulier dans le cadre

de la mise en œuvre d'une expertise médicale sur un plan psychiatrique, qui plus est lorsqu'elle était refusée par l'OAI.

L'OAI a conclu au rejet du recours par écriture du 16 novembre 2012.

Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 12 décembre 2012.

G. Par décision du 22 octobre 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré pour la procédure de recours contre la décision de l'OAI du 20 septembre 2012, dans le sens de la désignation de Me Métille en tant que mandataire d'office et d'une exonération d'avances et de frais judiciaires.

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]). Les art. 34 ss LPGA, qui concernent la procédure administrative devant les autorités d'assurances sociales, s'appliquent ainsi à la procédure menée par l'OAI, lorsque cet office traite une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cas d'espèce, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 37 al. 4 LPGA, qui prévoit que, lorsque les circonstances l'exigent, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur.

b) Lorsque l'OAI refuse d'octroyer l'assistance gratuite d'un conseil juridique, il rend une décision incidente qui peut être attaquée directement devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en vertu de l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, car le refus de l'assistance judiciaire est de nature à

causer un “préjudice irréparable” au sens de cette disposition (cf. en droit fédéral, le régime analogue de l’art. 93 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110] et, à ce propos : CORBOZ/WURZBURGER/FERRARI/FRÉSARD/AUBRY GIRARDIN, Commentaire de la LTF, 2009, n° 17 ad art. 93 et les références citées). La Cour statue à trois juges sur les recours contre des décisions incidentes notifiées séparément, dans les cas prévus à l'article 74 al. 4 LPA-VD (art. 37 al. 4 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007, RSV 173.31.1]).

c) Le présent recours, interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 69 al. 1 let. LAI et 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

2. Il s'agit d'examiner en l'espèce si l'intimé a rejeté à juste titre, par sa décision du 20 septembre 2012, la demande d'assistance juridique déposée par le recourant au cours de la phase d'instruction administrative faisant suite au projet de décision de l'OAI du 14 octobre 2010.

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). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1 ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.1 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 22 ad art. 37). 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 – soit la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toute chance de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1 ; 125 V 32 consid. 2 et les références ; TFA I 676/04 précité consid. 6.2 et les références) – continue de

s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 précité consid. 3.1 ; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.1, et I 386/04 du 12 octobre 2004 consid. 2.1 ; FF 1999 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné à l'aune 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, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le "justifient", tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances "l'exigent" (TF I 674/04 précité consid. 6.2 et les références ; KIESER, *op. cit.*, n° 22 ad art. 37).

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 apparemment 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 précité 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. Sans cela, elle ne le sera 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 182 consid. 2.2 et les références ; 125 V 32 précité consid. 4 ; TF I 676/04 précité consid. 6.2). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 précité consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants 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 précité consid. 2.2 ; TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

3. L'intimé a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite déposée par le recourant, considérant que la situation de fait ne posait aucun problème et que le cas d'espèce ne présentait pas de questions de droit spécifiques.

a) Il convient donc d'examiner si l'assistance d'un avocat était nécessaire.

b) Le litige porte au fond sur le droit éventuel à une rente d'invalidité. Selon la jurisprudence, un tel litige 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 précité consid. 3.1 ; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. supra consid. 2).

c) A titre d'exemple, dans l'affaire qui a donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral I 127/07 du 7 janvier 2008, l'OAI avait refusé l'assistance juridique gratuite à une assurée, motif pris que le degré de complexité du cas n'était pas telle que l'assistance d'un avocat fût nécessaire. Le Tribunal cantonal des assurances avait confirmé la décision de l'OAI, au motif que la complexité du cas n'était pas telle que d'autres personnes, comme un assistant social, ou un spécialiste œuvrant au sein d'une institution sociale, n'auraient pas pu être valablement consultées. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a admis le fait que l'intéressée n'était pas en mesure d'agir seul, ceci n'étant pas contesté par les parties. Il a cependant examiné la nécessité ou non de l'assistance par un avocat.

L'assurée souffrait de syndrome cervico-lombo-vertébral chronique et de fibromyalgie et demandait une rente d'invalidité pour cette raison. Les éléments du dossier démontraient qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a estimé que l'état de fait n'était pas problématique et qu'il n'y avait pas de questions de droit spécifiques. Sur cette base, il a retenu que l'assistance d'un avocat n'aurait pas été nécessaire, un assistant social ou tout autre personne qualifiée œuvrant au sein d'une institution sociale aurait suffi. Le recours interjeté par l'assurée a ainsi été rejeté.

Dans l'arrêt précité 9C_105/2007, le Tribunal a considéré que le fait pour un assuré de ne pas avoir un niveau de formation et des connaissances en français suffisants pour contester seul une décision de refus de prestations suffisait à considérer qu'une assistance était nécessaire, mais ne permettait pas de justifier en soi l'assistance par un avocat (consid. 3.2).

d) En l'espèce, il peut certes être constaté que le recourant présente des difficultés à s'exprimer en français et dispose d'un faible niveau de formation, ce qui peut conduire à admettre la nécessité d'une assistance. Toutefois, il convient de constater par ailleurs que l'affaire ne présentait pas de caractère exceptionnel au niveau de la phase d'instruction administrative après la communication du projet de décision de l'OAI. Le mandataire du requérant s'est borné à relever les contradictions des divers rapports médicaux et à renouveler à plusieurs reprises une demande d'expertise médicale. La problématique médicale n'était pas en soi complexe, puisqu'elle comportait un volet cardiologique, bien documenté, et dont l'influence sur l'atteinte à la santé du recourant avait été admise par l'OAI, ainsi qu'un volet psychiatrique se manifestant par un éventuel état dépressif, dont il s'agissait uniquement de déterminer l'existence et le degré. Cette affaire ne soulevait pas non plus de particularité procédurale, puisqu'il s'agissait uniquement d'apprécier la valeur probante des divers rapports médicaux et l'opportunité de la mise en œuvre d'une expertise par un médecin externe à l'OAI. D'un point de vue tant médical que juridique, le cas du recourant ne présentait donc

aucune problématique qu'un représentant d'une association, un assistant sociale ou une personnes de confiance d'une institution sociale n'aurait pu traiter de manière satisfaisante.

e) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire au recourant pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée. Il en résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique gratuite formée par le recourant et les griefs formulés par ce dernier doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

4. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances est en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). L'art. 69 al. 1bis LAI prévoit toutefois une dérogation en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité.

Le Tribunal fédéral (ci-après : TF) a jugé que cette dernière disposition, en tant qu'exception au principe de la gratuité de la procédure, devait être interprétée de manière restrictive (TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.4, *in* : SVR 2013 IV n° 2). Ainsi, le TF a, certes, considéré que le litige portant sur une demande de remboursement de prestations de l'assurance-invalidité tombait dans le champ d'application de l'art. 69 al. 1bis LAI. Ce n'était par contre pas le cas pour des litiges relatif à la remise d'une obligation de restituer des prestations (ATF 122 V 221 consid. 2 ; TF 9C_639/2011 précité consid. 3.2), ni pour des litiges portant sur la question de savoir si une rente de l'assurance-invalidité doit être versée à un tiers (ATF 121 V 17 consid. 2), ni pour des litiges portant sur des dépens à la charge de l'OAI dans la procédure administrative (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.3 avec renvoi à l'ATF 130 V 570 consid. 3). Le TF n'a pas non plus considéré que le litige sur le montant de l'indemnité de l'avocat désigné d'office, dans le cadre d'une procédure sur l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, était assimilable à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité ; dès lors, l'instance cantonale n'était pas habilitée à prélever des frais

judiciaires pour ce litige relatif au montant de l'indemnité de l'avocat (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.2 et 3.3). Le TF a finalement aussi expliqué que des frais de justice ne pouvaient être prélevés en application de l'art. 69 al. 1bis LAI au seul motif qu'il s'agissait d'un litige accessoire à un litige principal qui portait sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (TF 9C_639/2011 précité consid. 3.4).

Dans cette mesure, il est douteux que le présent litige portant uniquement sur le refus d'octroyer l'assistance juridique administrative tombe dans le champ d'application de l'art. 69 al. 1bis LAI. En l'espèce, cette question peut toutefois rester indécise. En effet, vu la situation financière précaire du recourant, le Tribunal renoncerait de toute manière et exceptionnellement à prélever des frais judiciaires pour la procédure portant sur le droit à l'assistance judiciaire (cf. pour le reste : BOVAY/BLANCHARD/GRISEL RAPIN, Procédure administrative vaudoise, Bâle 2012, n° 3 ad art. 50 LPA-VD avec renvois ; ATF 138 V 122 ; art. 50 LPA-VD).

b) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle 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 (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, le conseil

d'office a produit une liste de ses opérations pour un total de 7h05. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, par 11 fr., et la TVA, ce qui représente un montant total de 1388.90 francs. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 1388 fr. 90, TVA comprise.
- V. 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 de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me David Métille, avocat (pour Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance-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 :