

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

N._____, à (...), recourant, représenté par Me Luis Carlos dos Santos
Gonçalves, avocat à Gland,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité de menuisier, a exercé l'activité d'aide-concierge auprès du [...] jusqu'au 16 janvier 2015.

En raison de plusieurs hernies discales récidivantes, il a présenté des incapacités de travail à 50 % du 16 au 22 avril 2014 puis à 100 % du 30 juillet au 15 août 2014 et du 19 janvier 2015 au 30 juin 2016.

Le 19 janvier 2015, le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, a effectué une fenestration interlaminaire au niveau des vertèbres L4-L5 et une cure de hernie discale chez l'assuré, après avoir posé le diagnostic de syndrome radiculaire irritatif au niveau de la vertèbre L5 à droite déficitaire au niveau sensitif sur hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 droite (cf. protocole opératoire du 19 janvier 2015).

Dans un rapport du 22 avril 2015, le Dr T._____, spécialiste en radiologie, a conclu que l'assuré présentait une récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 latérale droite luxée vers le bas, certainement responsable d'un conflit sur l'émergence de la racine de la vertèbre L5 à droite.

A la suite de cette imagerie, le Dr S._____ a réopéré son patient le 4 mai 2015 par une cure de récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite, en raison d'un syndrome radiculaire irritatif au niveau de la vertèbre L5 à droite sur récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite.

Par rapport du 20 août 2015 au Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, alors médecin traitant de l'assuré, le Dr S._____ a observé qu'une nouvelle IRM lombaire du 20 août 2015 avait mis en évidence une pointe de récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite. Pour cette raison, il a réopéré l'assuré le 24 août

2015, procédant à une reprise de fenestration interlaminaire au niveau des vertèbres L4-L5 à droite et à une cure de récurrence de hernie discale en technique microchirurgicale.

Dans un rapport du 6 avril 2016 à la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, le Dr S._____ a observé que la situation était stationnaire avec une récurrence de hernie discale au niveau des vertèbres L4-L5 à droite et une radiculopathie au niveau de la vertèbre L5 à droite. Il a indiqué avoir planifié une nouvelle opération.

Le 13 mai 2016, l'assuré a bénéficié d'une spondylodèse au niveau des vertèbres L4-L5 pratiquée par le Dr S._____ (cf. protocole opératoire du 13 mai 2016).

Dans un rapport du 25 mai 2016 à la Dre X._____, le Dr S._____ a fait état de suites opératoires tout à fait simples avec une disparition quasi immédiate de la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit. Il a établi un arrêt de travail à 100 % jusqu'à son prochain contrôle le 23 juin 2016.

Le 24 juin 2016, N._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état de hernies discales récurrentes.

Dans son rapport du 11 octobre 2016 au Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la [...], compagnies d'assurances SA, le Dr S._____ a relevé ce qui suit :

« Depuis mon rapport du 14 juin 2016, le patient a bénéficié d'une spondylodèse L4-L5 par un abord transmusculaire le 13 mai 2016 avec des contrôles à six semaines puis à trois mois qui marquaient une évolution très favorable au niveau des douleurs lombaires. Le patient a toujours un point douloureux au niveau du pied droit en particulier au niveau du talon pour lequel j'ai demandé un avis spécialisé au Docteur G._____.

D'un point de vue neurochirurgical, l'évolution est favorable malgré un déconditionnement important de la musculature lombaire mais

également physique général qui fait que lors de mon dernier rapport à la Doctoresse X._____, daté du 28 septembre 2016, j'ai proposé une reprise du travail progressive dès six mois postopératoires. J'ai encouragé dans ce sens le patient en lui demandant de reprendre contact avec sa conseillère AI pour une réhabilitation professionnelle dans une activité adaptée. Le patient paraissait très motivé quant à cette perspective et j'espère que l'on arrivera à une réinsertion professionnelle chez lui. »

Le 3 février 2017, le Dr S._____ a établi un certificat médical dont la teneur est suivante :

« J'atteste par la présente que Monsieur N._____ est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée.

Il doit pouvoir changer de position régulièrement (alterner la position assise et debout). Il est limité à un port de charge de 5kg. Il ne doit pas travailler en porte-à-faux, accroupi, sur une échelle ou les bras au-dessus de la tête et doit éviter les rotations répétées du tronc. »

L'OAI a requis des renseignements complémentaires auprès de la Dre X._____ et du Dr S._____.

Le 8 février 2017, le Dr S._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à compter du mois de février 2017.

Le 28 février 2017, la Dre X._____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de status post multiples opérations (4x) et de talalgies droites résiduelles depuis le mois de janvier 2015. Sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné une hypertension artérielle traitée et un acouphène chronique à l'oreille gauche sur presbyacousie de la même oreille. Elle a exposé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 19 janvier 2015. La Dre X._____ a estimé que les restrictions énumérées ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport du 14 juin 2017, le Dr H._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une

incapacité durable de travailler dans l'activité habituelle à 100 % depuis le 19 janvier 2015 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2017, précisant qu'un traitement médical n'était pas exigible.

Par projet d'acceptation de rente du 5 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait un droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017 compte tenu du délai de carence d'une année, du dépôt de la demande le 24 juin 2016 et du fait que le droit à la rente devait être supprimé trois mois après la date à laquelle il avait recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée, soit au 1^{er} février 2017.

L'assuré, désormais assisté par Me Luís Carlos dos Santos Gonçalves, a contesté ce projet le 16 octobre 2017. Il a soutenu que plusieurs tentatives de réadaptation avaient échoué dans le cadre d'activités adaptées sous l'égide de l'Office régional de placement de l'Ouest lausannois (ci-après : l'ORP). Ainsi, assigné à une mesure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle au sein de la Fondation IPT par décision du 17 mai 2017, l'assuré en aurait été libéré pour cause de «maladie/accident» selon décision de l'ORP du 26 septembre 2017. Aux yeux de l'assuré, l'OAI devait prendre connaissance des conclusions des rapports d'intervention de l'ORP et d'IPT avant de statuer. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, en déplorant le fait qu'il n'ait pas été examiné par le SMR. Il indiquait enfin qu'une consultation avec son spécialiste aurait lieu le 8 novembre 2017 et qu'il produirait son avis médical. L'intéressé a produit en annexe à sa contestation la décision de l'ORP du 26 septembre 2017 citée dans son écriture.

Dans un rapport du 14 novembre 2017 adressé à l'OAI, la Dre X. _____ a exposé ce qui suit :

« [...]. En effet il a tenté avec l'aide du chômage une réinsertion professionnelle, dans un autre métier que le sien, à cause de dorsalgies chroniques, qui l'empêche de rester dans une même

position pendant plus de 15-20 minutes, que ce soit assis ou debout. Il a fait un stage dans le métier de cordonnier puis d'aide-animateur entre février et septembre 2017. Mais il n'a pu supporter des journées entières, dans aucune de ces deux fonctions. Pour l'instant seul le targin 10mg pris occasionnellement le soulage.

Il a été revu par son neurochirurgien, le Dr S. _____, qui l'a opéré à plusieurs reprises sans succès définitifs, et qui ne propose plus d'autres traitements et qui l'a remis à l'AT [arrêt de travail], que je me suis permise de poursuivre. D'autre part M. N. _____ a une douleur au talon droit depuis le mois d'août 2016, que pour l'instant aucune des mesures actuelles (médicamenteuse, physiothérapie) ne semble soulager. »

Le cas a été soumis au SMR. Le 29 novembre 2017, le Dr H. _____ a estimé que la situation était inchangée.

Par certificat médical du 8 novembre 2017, produit au dossier de l'OAI le 11 décembre 2017, le Dr S. _____ a exposé que son patient se trouvait en incapacité de travail totale dans une activité adaptée, réclamant une réévaluation rapide de la situation par le médecin traitant.

Ce nouvel élément a été soumis au SMR. Le Dr H. _____ a relevé ce qui suit à cet égard par avis du 17 décembre 2017 :

« 3/ Nous recevons le 13.12.17 de son avocat un nouveau RM [rapport médical] du Dr X. _____ de quelques lignes : il parle comme en 2/ de dorsalgies qui ne permettraient pas un travail adapté du fait de douleurs (idem à 2/). Il parle aussi et encore des douleurs du talon D sans étiologies bien précises, et l'IT [incapacité de travail] serait de 100%. Il ne se prononce par contre sur aucune CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée], ce qui n'est pas possible en l'état. Il n'y a rien de nouveau dans ce RM par rapport à 1/ et 2/ et pour les mêmes raisons, nous le rejetons faute d'argumentation prouvant réellement une IT totale. Au final, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à un changement de situation et ceci à un degré suffisant de vraisemblance prépondérante.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. »

Par décision du 12 mars 2018 et motivation séparée du 10 janvier 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 octobre 2017.

B. Par acte du 3 mai 2018, N._____, représenté par Me dos Santos Gonçalves, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé et en réitérant les arguments soulevés dans le cadre de la procédure d'audition.

Par arrêt du 8 juillet 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision rendue le 12 mars 2018 par l'OAI, et lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La motivation de cet arrêt a en particulier la teneur suivante (consid. 6) :

« 6. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle d'aide-concierge.

Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il nie, à tout le moins implicitement, en déplorant l'absence de collaboration interinstitutionnelle et le fait que l'intimé ait « ignor[é] les autres acteurs sociaux. » Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas pris en compte les conclusions de la Fondation IPT et soutient que les raisons de l'échec de sa réinsertion auraient dû être prises en considération.

Selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Si les appréciations des médecins l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2), lorsque les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe toutefois à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les arrêts cités).

Or si, lorsqu'il a rendu son projet de décision, l'OAI ignorait l'existence des stages précités, on ne peut d'emblée considérer, à plus forte raison en présence de rapports médicaux contradictoires, que les observations faites par IPT dans le cadre du chômage ne doivent pas être versées au dossier. Ce seul élément ne serait toutefois pas à lui seul déterminant, si l'on ne se trouvait pas en présence d'un revirement de position du Dr S._____ : ce dernier a en effet fait état dans son rapport du 8 novembre 2017 d'une incapacité de travail à 100% de durée indéterminée, et ce même

dans une activité adaptée, et a préconisé une « réévaluation rapide de la situation » par le médecin traitant. Certes, cet avis du Dr S._____ n'est pas motivé. Il n'en demeure pas moins que l'avis de ce même spécialiste du 3 février 2017 sur lequel se fonde l'intimé pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'est guère plus motivé. En pareilles circonstances, l'office intimé ne pouvait pas se contenter de renvoyer sans autre au premier rapport du Dr S._____, sans compléter l'instruction du cas, notamment en interpellant ce dernier sur les raisons l'ayant conduit à revoir son appréciation de la situation du recourant. A cela s'ajoute que le Dr S._____ s'est concentré sur le rachis, sans prendre position sur les problèmes allégués au niveau du talon, dont fait en particulier état la Dre X._____ dans son rapport du 14 novembre 2017. Cette problématique doit également être élucidée, de sorte qu'il conviendra aussi d'interpeller la Dre X._____ à ce propos, ainsi que le Dr G._____, apparemment consulté (cf. rapport du Dr S._____ du 11 octobre 2016 adressé au médecin conseil de la [...]).

[...]

En l'occurrence, l'instruction du cas doit être complétée, en premier lieu par une ré-interpellation du Dr S._____, de la Dre X._____ et du Dr G._____, ainsi que de tout autre spécialiste consulté par l'assuré pour l'atteinte au talon.

Une fois les informations recueillies auprès des médecins précités, l'OAI mettra en œuvre un examen de l'assuré par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel pourra être organisé auprès du SMR, respectivement auprès d'un expert à désigner par l'OAI. »

C. A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du cas.

Le 5 août 2019, une juriste de cet office a établi une « marche à suivre », en expliquant qu'il y avait en premier lieu de réinterroger le Dr S._____, la Dre X._____, le Dr G._____, ainsi que tout autre spécialiste consulté pour l'atteinte au talon. Une fois ces informations obtenues, il conviendrait de mettre en œuvre un examen par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

L'OAI a ré-interpellé la Dre X._____ le 9 août 2019, qui a répondu le 29 août 2019 à ses questions. L'OAI a également ré-interpellé le Dr S._____, qui lui a fait savoir le 4 septembre 2019 qu'il n'avait jamais revu ce patient. Quant au Dr G._____, il a indiqué par téléphone à l'OAI le 11 septembre 2019 qu'il n'était pas en mesure de répondre à la

demande de rapport, car il n'avait plus revu l'assuré depuis le 11 octobre 2016.

Le Dr [...] [...] du SMR a estimé par avis du 31 octobre 2019 que l'étiologie de la talalgie demeurerait inconnue, et qu'il y avait une possibilité d'existence d'un trouble somatoforme douloureux ; il a suggéré que l'expertise à mettre en œuvre soit bi-disciplinaire, avec un volet de chirurgie orthopédique et un volet de psychiatrie.

Le 29 septembre 2019, l'OAI a confié la réalisation de l'expertise au Z. _____ (ci-après: Z. _____). Le même jour, il a informé l'avocat de l'assuré que les Drs K. _____, spécialiste en orthopédie, et J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, se chargeraient de l'expertise. L'assuré a été examiné par les médecins précités le 17 janvier 2020. Le rapport d'expertise a été adressé le 28 janvier 2020 à l'OAI. L'expert orthopédiste a estimé que la capacité de travail était de 50% dans l'ancienne activité, mais entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité se passant essentiellement en position assise, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans devoir se déplacer trop fréquemment sur des pentes, sans devoir monter sur des échelles, et sans devoir faire des mouvements de torsion répétitifs du rachis ou au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs) (expertise, p. 41). Quant à l'expert psychiatre, il a fait état d'une capacité de travail entière au plan psychiatrique, depuis toujours (expertise, p. 51).

Dans son avis du 10 février 2020, le Dr [...] du SMR a estimé que l'expertise était claire et convaincante, l'incapacité de travail ayant été totale du 19 janvier 2015 au 31 janvier 2017, puis de 50% à partir du 1^{er} février 2017. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2017.

La Dre X. _____ ayant sollicité l'envoi de l'expertise du Z. _____, l'OAI lui a fait savoir le 28 février 2020 que l'instruction du dossier de l'intéressé était terminée, et que si elle souhaitait en prendre

connaissance, elle était invitée à prendre contact directement avec son patient afin qu'il lui en transmette une copie.

Par projet de décision du 28 février 2020, l'OAI a fait savoir au conseil de l'assuré qu'après complément d'instruction, il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017.

Le 5 mars 2020, l'avocat de l'assuré a demandé à l'OAI de lui adresser une copie de son dossier. L'OAI a donné suite à cette demande le 6 mars 2020.

Le 28 avril 2020, l'OAI a adressé à la caisse de compensation [...] la motivation de sa décision en vue de notification.

Par courriel envoyé le 5 mai 2020 à 00:00, l'avocat de l'assuré a requis une prolongation de délai pour se déterminer sur le projet de décision, en indiquant ne pas être en possession de l'ensemble des pièces et informations nécessaires.

Donnant suite à cette requête le 5 mai 2020, l'OAI a accordé au conseil de l'assuré un délai au 10 juin 2020 à cet effet, en précisant que passé ce délai et sans nouvelle de sa part, il maintiendrait sa position et qu'il recevrait une décision conforme au préavis du 28 février 2020.

La décision reconnaissant le droit à l'assuré à une rente entière pour la période du 1^{er} décembre au 30 avril 2017 a été notifiée le 12 mai 2020, et communiquée à l'OAI, qui l'a indexée le 15 mai 2020.

Par courriel du 10 juin 2020, le conseil du recourant a requis une prolongation de deux mois du délai pour déposer ses déterminations [réd. : sur le préavis du 28 février 2020], en indiquant ce qui suit (sic) :

« J'expose à l'appui de ma requête qu'en raison des plusieurs observations médicales en cours notamment la vérification de l'expertise médicale réalisée, les médecins suivants ont besoin d'un

délai supplémentaire, adapté à la complexité de l'affaire, pour faire parvenir des déterminations :

Dr. [...], psychiatre
Dr [...], chirurgien orthopédiste

Dr S. _____ S. _____, neurochirurgien

Dr. X. _____, médecin de famille»

Par courrier du 11 juin 2020, l'OAI a accusé réception du courriel du conseil de l'assuré. Il a relevé que dans sa nouvelle demande de prolongation du 11 juin 2020, il n'avait pas amené d'informations ou de pièces complémentaires. L'OAI lui a fait savoir qu'il n'avait dès lors pas de matière à revenir sur la décision du 15 mai 2020, et qu'il pouvait recourir contre la décision dans les trente jours à compter de sa notification auprès du Tribunal cantonal.

Le 12 juin 2020, l'OAI a demandé à la caisse de compensation [...] d'émettre à nouveau la décision chiffrée du 15 mai 2020.

Par courrier A du 12 juin 2020, l'OAI s'est encore adressé en ces termes à l'avocat de l'assuré (sic) :

« Le présent courrier complète et rectifie celui que nous vous avons adressé le 11 juin 2020 en courrier B et que vous devriez recevoir en parallèle ou sous peu.

Faute de motifs précis et pertinents fournis dans votre requête par votre courriel du 11 juin 2020 de prolongation supplémentaire, nous n'avons en effet aucunement matière à prolonger une nouvelle fois le délai que nous avons déjà consenti à prolonger suite à votre première requête du 5 mai 2020 - ainsi qu'indiqué dans notre courrier précité (dont nous joignons une copie en annexe).

Dans ledit courrier, nous vous rappelons donc la possibilité que vous avez de recourir contre la décision émise par la caisse de compensation auprès du Tribunal Cantonal de la cour des Assurances sociales. Nous avons toutefois omis de préciser (raison du présent courrier) que vous allez prochainement recevoir de la caisse une nouvelle décision, pareille à celle que vous avez déjà reçue (datée du 15 mai 2020), suite à une erreur étant donné la prolongation du délai que nous vous avons accordée. Vous disposerez ainsi dès réception de ladite décision, du délai légal de recours de 30 jours comme il se doit. »

Par décision du 3 juillet 2020, annulant et remplaçant celle du 12 mai 2020, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017.

Le 30 juillet 2020, le Dr [...], psychiatre, a transmis à l'OAI un rapport à teneur duquel il indiquait suivre l'assuré depuis le 8 juin 2020. Ce dernier lui avait été adressé sur proposition de son avocat, « pour évaluation et traitement pour des troubles psychiques estimés comme étant en rapport avec des difficultés orthopédiques ». Ce médecin a relevé que la capacité de travail était de nulle dans l'activité habituelle, et de 50% dans une activité adaptée, compte tenu d'un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.1).

Le 12 août 2020, l'OAI a accusé réception du rapport du Dr [...] et a demandé à l'avocat de l'assuré de lui indiquer s'il désirait qu'il transmette ce courrier au Tribunal cantonal à titre de recours contre la décision du 3 juillet 2020. Aucune réponse à cette demande ne figure au dossier.

D. Par acte du 7 septembre 2020, N._____, toujours représenté par Me dos Santos Gonçalves, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, il fait valoir que son droit d'être entendu a été violé, au motif que l'OAI a refusé de lui accorder une nouvelle prolongation de délai pour qu'il puisse se déterminer sur le projet de décision et produire de nouveaux éléments médicaux, alors qu'il avait annoncé à l'appui de sa deuxième demande de prolongation de délai qu'il attendait des observations médicales de quatre médecins (Drs [...], [...], S._____ et Dre X._____). Il déplore en outre que l'intimé n'ait pas respecté les demandes d'instruction de la Cour des assurances sociales [réd. : formulées dans l'arrêt de renvoi du 8 juillet 2019].

Dans sa réponse du 9 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 2 décembre 2020, le recourant a maintenu sa position, en plaidant que la deuxième prolongation de délai qu'il avait sollicitée ne pouvait être refusée. Il a en outre exposé que la Dre X._____ ne pouvait être en mesure de donner son avis les 16 juillet et 9 août 2019 sur une expertise qui a été envoyée le 28 janvier 2020.

En duplique, le 21 décembre 2020, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

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) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est seule litigieuse - au regard des arguments et conclusions du recours - la question de savoir si le droit d'être entendu du recourant a été violé, motif pris qu'il s'est vu refuser sa deuxième prolongation de délai pour faire valoir ses déterminations sur le projet de décision du 28 février 2020, et s'il convient dès lors, pour ce motif, de retourner le dossier à l'intimé. Le recourant ne fait valoir aucun moyen de fond.

3. a) Le droit d'être entendu tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101], comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282). Selon la jurisprudence, sa violation peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2 et les références citées).

b) Selon l'art. 57a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020), au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (qui dispose que les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition). A teneur de l'art. 73^{ter} al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours.

Le Tribunal fédéral a statué que le délai fixé à l'art. 73^{ter} al. 1 RAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71, consid. 4.3).

Par le préavis, l'office AI indique à l'assuré la façon dont il compte régler sa demande et attire son attention sur son droit d'être entendu. Il lui signale que la décision lui sera notifiée sans qu'il ait été préalablement entendu s'il ne se manifeste pas dans un délai de 30 jours (ch. 3013.2 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} janvier 2018). Le délai de 30 jours ne peut en principe

être prolongé que dans des cas dûment motivés. Les art. 38 à 41 LPGA s'appliquent par ailleurs (ATF 143 V 71). Si toutefois, à l'expiration du délai de trente jours mais avant que la décision ne soit rendue, l'assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influencer sur la décision, ceux-ci doivent être pris en compte (ch. 30133 CPAI).

c) En l'occurrence, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu au motif que l'autorité intimée aurait refusé, à tort, de prolonger le délai de détermination de l'art. 73^{ter} al. 1 RAI pour la deuxième fois.

S'il s'agit d'un cas-limite, il convient cependant de constater que l'expertise sur laquelle le recourant entendait solliciter l'avis de ses médecins traitants a été rendue le 28 janvier 2020. Le 28 février 2020, l'OAI a informé la Dre X. _____ que l'instruction du dossier de son patient était terminée, et que si elle souhaitait prendre connaissance du rapport du Z. _____, il appartenait à l'intéressé de le demander puis d'en transmettre une copie à sa médecin. C'est également le 28 février 2020 que l'OAI a adressé son projet de décision à l'avocat du recourant. A la requête de ce dernier du 5 mars 2020, l'OAI lui a adressé le dossier de son mandant, le 6 mars 2020, en courrier A. Sans nouvelle du conseil du recourant, l'OAI a demandé le 28 avril 2020 à la caisse compétente d'envoyer la motivation de sa décision en vue de notification. Par courriel du 5 mai 2020 à l'OAI - dont on peut considérer qu'il est intervenu en temps utiles compte tenu de la suspension des délais du 21 mars au 19 avril 2020 décidée par l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19 ; RS 173.110.4) - , le recourant a toutefois requis une prolongation du délai pour déposer ses déterminations sur le préavis du 28 février 2020. Il a expliqué à l'appui de sa demande ne pas être à ce jour en possession de l'ensemble des pièces et informations nécessaires. L'OAI lui a alors accordé un délai au 10 juin 2020, en précisant que passé ce délai, et sans nouvelle de sa part, il maintiendrait sa position. Le 10 juin 2020, le conseil du recourant a requis une nouvelle prolongation, de deux mois, du délai

de déterminations sur le préavis du 28 février 2020, en faisant état de « plusieurs observations médicales en cours notamment la vérification de l'expertise médicale réalisée », en indiquant attendre les déterminations des Drs [...], [...], S._____, et X._____. Or, le 11 juin 2020 en courrier B, puis le 12 juin en courrier A, l'OAI a refusé de donner suite à cette requête, faute pour l'assuré d'avoir amené des informations ou de pièces complémentaires (courrier du 11 juin 2020), respectivement faute de motifs précis et pertinents dans la requête (courrier du 12 juin 2020).

L'OAI doit être suivi en tant qu'il a retenu qu'il n'existait pas de justes motifs devant conduire à accorder au recourant, respectivement à son conseil, une nouvelle prolongation du délai de déterminations sur le préavis du 28 février 2020. Le recourant aurait eu de nombreuses occasions d'exposer, ne serait-ce que succinctement, les raisons devant selon lui conduire à remettre en cause les conclusions de l'OAI selon lesquelles sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis février 2017. L'expertise a en effet été adressée le 28 janvier 2020 à l'OAI, plus de cinq mois avant que ne soit notifiée la décision attaquée. Le préavis a quant à lui été adressé un mois plus tard. Le recourant disposait dès lors d'un délai très suffisant pour se déterminer, à tout le moins sommairement. La suspension de délai consacrée dans l'ordonnance du Conseil fédéral du 20 mars 2020 précitée a par ailleurs permis de prolonger d'autant le temps dont disposait le recourant pour s'adresser à ses médecins. La Dre X._____ a au demeurant été informée depuis le 28 février 2020 que l'instruction de la demande de prestations était terminée, et qu'elle pouvait demander à son patient une copie du rapport d'expertise. Le Dr [...] n'a pour sa part été consulté qu'en juin 2020 ; quant au Dr S._____, il a indiqué à l'OAI le 4 septembre 2019 ne plus jamais avoir revu l'assuré. Quoi qu'il en soit, depuis fin février 2020, et malgré la situation sanitaire, le recourant disposait d'un temps suffisant pour s'exprimer.

En n'indiquant pas, même brièvement, en quoi l'expertise ne devrait selon lui pas être suivie, respectivement en ne faisant valoir aucun moyen de fond, mais en se limitant à lister les noms de quatre médecins,

le recourant n'a pas fait état de justes motifs qui auraient dû conduire à la prolongation du délai de déterminations sur le préavis. Cela étant, et même si l'on devait admettre une violation du droit d'être entendu du recourant par l'intimé dans le cadre de la procédure préalable (art. 57a al. 1 in fine LAI), celle-ci aurait pu être réparée dans le cadre de la présente procédure de recours, dans laquelle le recourant aurait non seulement pu faire valoir le moyen de nature formelle de la violation de son droit d'être entendu, dont il se prévaut, mais également tous ses moyens de fond. Il aurait pu faire valoir tous ses arguments de fond, et, notamment, produire les rapports annoncés, ce qu'il n'a pas fait. Il s'est pourtant écoulé près d'une année depuis l'envoi de l'expertise du Z._____ à l'OAI, respectivement plus de dix mois depuis l'envoi du préavis du 28 février 2020.

Enfin, le recourant, lorsqu'il a reçu le courrier de l'OAI du 12 juin 2020 envoyé en courrier A, disposait encore de près de trois semaines pour adresser à l'OAI des déterminations motivées, avant que ne soit notifiée la décision du 3 juillet 2020, ce qui constitue un délai suffisant, d'autant que l'avocat est en charge du dossier du recourant depuis des années, puisqu'il l'a non seulement assisté dans le cadre du premier recours adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, mais également dans le cadre de la procédure administrative de renvoi ayant suivi l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 8 juillet 2019. Par analogie avec la jurisprudence relative au droit à la réplique, on relèvera en effet que le Tribunal fédéral considère qu'un délai inférieur à dix jours ne suffit pas à garantir l'exercice du droit de répliquer, tandis qu'un délai supérieur à vingt jours permet, en l'absence de réaction, d'inférer qu'il a été renoncé au droit de répliquer (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1032/2012 du 17 décembre 2013 consid. 3.2 ; 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 2.1.2; 5A_155/2013 du 17 avril 2013 consid. 1.4; 1B_407/2012 du 21 septembre 2012 consid. 2.2). Compte tenu du temps écoulé entre l'envoi du courrier A de l'OAI du 12 juin 2020 et la décision attaquée du 3 juillet 2020, le recourant disposait ainsi bien d'un laps de temps suffisant pour faire valoir ses moyens auprès de l'intimé et exercé

son droit d'être entendu, et ce même en l'absence de fixation formelle d'un ultime délai de déterminations de la part de l'OAI.

Il suit de ce qui précède qu'il ne peut ainsi être fait grief à l'intimé d'avoir refusé de prolonger pour la deuxième fois le délai de déterminations de trente jours de l'art. 73^{ter} al. 1 RAI, et le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu doit dès lors être rejeté.

Enfin, le recourant n'a pas saisi la portée de l'arrêt de renvoi du 8 juillet 2019. En effet, il n'y est pas indiqué que ses médecins-traitants, parmi lesquels la Dre X._____, doivent se déterminer sur l'expertise que l'OAI mettrait en place, mais bien que l'instruction serait complétée, « en premier lieu » (cf. consid. 6 de l'arrêt du 8 juillet 2019), par une ré-interpellation du Dr S._____, de la Dre X._____ et du Dr G._____, ainsi que de tout autre spécialiste consulté par l'assuré pour l'atteinte au talon. « Une fois les informations recueillies auprès des médecins précités », il est indiqué dans l'arrêt de renvoi qu'il appartiendrait à l'OAI de mettre en œuvre un examen de l'assuré par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel pourrait être organisé auprès du SMR, respectivement auprès d'un expert à désigner par l'OAI. C'est précisément ainsi qu'a procédé l'OAI : cet office a dans un premier temps interpellé les médecins traitants du recourant, puis, dans un second temps, mis en œuvre une expertise, allant du reste au-delà des prescriptions de l'arrêt de renvoi, puisqu'il a non seulement mandaté un spécialiste en chirurgie orthopédique, mais également un psychiatre, et a fait réaliser une expertise bidisciplinaire, afin de s'assurer qu'un éventuel trouble somatoforme douloureux soit correctement évalué. Dans ces conditions, et là encore, on ne discerne pas de violation du droit d'être entendu du recourant de la part de l'OAI.

4. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé 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 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, Me dos Santos Gonçalves a produit une liste de ses opérations le 11 janvier 2021, qui totalise 9 heures et 35 minutes de travail, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Dans la mesure cependant où le seul moyen qui a été soulevé par le conseil d'office est celui, de nature formelle, de la violation du droit d'être entendu, que le conseil d'office est en charge du dossier depuis le premier recours déposé auprès de la Cour des assurances sociales, et qu'il n'a pas examiné le fond, le nombre d'heures consacré à la rédaction du recours - soit 5 heures et 25 minutes -, est excessif. Dans la mesure également où c'est ce seul moyen qui a été soulevé en réplique, la durée de 90 minutes qui y a été consacrée est considérable. Dans ces conditions, il y a lieu de ramener le nombre d'heures à 8, au tarif horaire de 180 fr., soit 1'440 fr., et d'y ajouter le forfait de 5 % applicable aux débours (art. 3bis al. 1 RAJ),

par 72 francs. Le montant total de l'indemnité de Me dos Santos Gonçalves s'élève donc à 1'512 fr., étant précisé que le conseil n'est pas soumis à la TVA.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 3 juillet 2020 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Luis Carlos dos Santos Gonçalves est arrêtée à 1'512 fr. (mille cinq cent douze francs), débours compris.
- 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 des frais judiciaires et de l'indemnité de la mandataire d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :
greffière :

La

Du

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

- Me Luis Carlos dos Santos Gonçalves, à Gland (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :

