

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me M. _____, avocat à [...],

et

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

Art. 8 et 44 LPGA, art. 8 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1967, est employé d'exploitation dans l'entreprise Z._____. Le 28 mars 2011, il a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 6 avril 2011 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a attesté une incapacité de travail de 100% du 19 au 30 mai 2010 et de 50% du 31 mai au 30 juin 2010, en raison de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle, de troubles statiques, de séquelles d'ostéodystrophie de croissance et d'une dysbalance musculaire, d'une tendinopathie du moyen fessier gauche et de réactions mixtes anxieuses et dépressives. La Dresse T._____ a également attesté une incapacité de travail de 50% du 18 octobre au 7 novembre 2010, de 50% du 23 novembre 2010 au 28 février 2011 et de 100% depuis le 23 mars 2011. Elle précisait néanmoins que l'assuré disposait déjà d'un poste de travail adapté à ses troubles de la santé, avec un minimum de port de charges, mais qu'elle ne parvenait pas "à le garder en capacité de travail adéquate".

Dans un rapport du 23 mars 2011 au Dr L._____, médecin conseil de l'employeur de l'assuré, la Dresse T._____ a également exposé qu'il n'y avait pas de restrictions médicalement justifiées dans le poste de travail actuellement proposé à l'assuré. L'employeur était compréhensif et lui permettait d'effectuer son travail dans les meilleures conditions possibles, en diminuant la charge des paquets et en évitant un travail répétitif, tout en lui autorisant des changements fréquents de position.

La Dresse T._____ a joint divers documents médicaux à son rapport du 6 avril 2011 à l'OAI. Parmi ces documents figure un compte-rendu d'une scintigraphie osseuse trois phases, réalisée par le

Dr X._____. Cet examen avait permis d'exclure un éventuel processus expansif osseux sur les vertèbres lombaires ou le bassin, de type ostéome/ostéoïde, ainsi qu'une pathologie inflammatoire/infectieuse. Il démontrait une hyperfixation sur les articulations sacro-iliaques, sur phénomènes arthrosiques débutants et/ou par surcharge, ainsi qu'une hypercaptation sur les os du carpe de chaque côté, prédominant sur les os de la première rangée à droite (rapport du 31 mars 2011 du Dr X._____ à la Dresse T._____.). Un rapport d'imagerie par résonance magnétique de la colonne totale, réalisée le 3 décembre 2010, a également été produit. Mis à part des discopathies lombaires basses avec protrusions discales et des signes de discopathies lombaires avec déformation en poisson des vertèbres lombaires étagées, cet examen était resté dans les limites de la norme (rapport du 6 décembre 2010 du Dr F._____.). On mentionnera encore un rapport établi le 22 novembre 2010 par la Dresse K._____, médecin associée à l'unité du rachis de l'hôpital Q._____, qui diagnostique des lombalgies chroniques d'origine multifactorielle sur troubles statiques du rachis, séquelles d'ostéodystrophie de croissance, dysbalances musculaires et tendinopathie du moyen fessier gauche, déconditionnement physique focal et global, réaction mixte anxieuse et dépressive, difficultés dans l'environnement familial. La Dresse K._____ a également posé le diagnostic de très discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien. En conclusion de son rapport, elle a exposé se trouver "devant une situation où les plaintes subjectives n'ont pas de répercussions sur le plan objectif", dans laquelle "l'état psychologique de Monsieur B._____ est responsable de ce ressenti douloureux". Dans l'immédiat, il retournerait au travail avec "les mêmes conditions de restrictions qui lui [avaient] été accordées avant le traitement".

Le 24 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision l'informant de son intention de rejeter la demande de prestations, en l'absence d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité professionnelle habituelle.

Le 14 juin 2011, Me M._____, agissant au nom et pour le compte de l'assuré, a contesté ce projet de décision. Dans le cadre de l'instruction complémentaire menée par l'OAI sur le plan médical, il s'est avéré que l'assuré avait été suivi psychologiquement par le Département psychiatrique de l'hôpital Q._____, sur le site de J._____, de manière ambulatoire, depuis le 6 mai 2011. Dans un rapport du 22 janvier 2012 à l'OAI, le Dr V._____, chef de clinique adjoint, et le psychologue H._____ ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, depuis 2007. Il n'y avait pas de contre-indication à une reprise d'activité, mais des limitations du fait du trouble de l'humeur et des difficultés psychologiques du patient. Le rendement était réduit en raison d'une grande fatigabilité limitant les capacités d'adaptation et de rendement de l'assuré.

A la suite de ce complément d'instruction, l'OAI a mandaté le Centre G._____ pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Cette expertise a été réalisée par les Drs S._____, spécialiste FMH en médecine interne, W._____, psychiatre-psychothérapeute FMH et P._____, rhumatologue FMH. Dans un rapport du 24 septembre 2012, ces médecins ont posé les diagnostics de périarthrite de la hanche gauche sur tendinite d'insertion du moyen fessier, de rachialgies chroniques sans explication objectivable, de paresthésies des mains d'origine fonctionnelle probable, de toux récidivante sur maladie de reflux traitée, de sinusite maxillaire récidivante et de trouble douloureux somatoforme. Ces atteintes à la santé n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle de l'assuré. La périarthrite de la hanche gauche pouvait justifier des limitations temporaires (il ne s'agissait pas d'une affection inguérissable), soit la possibilité d'éviter de longues déambulations et la marche en terrain inégal. Elle ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée et les limitations décrites faisaient d'ores et déjà partie des adaptations du poste de travail que l'employeur avait consenties. La symptomatologie dépressive était fluctuante et pouvait parfois entraîner, temporairement, une limitation de rendement de l'ordre de 10 à 20% au plus.

L'OAI a communiqué cette expertise à Me M._____ par lettre du 7 décembre 2012, notifiée le 10 décembre 2012, en lui impartissant un délai de 30 jours pour se déterminer. Par décision du 31 janvier 2013, notifiée le 5 février 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Le 31 janvier 2013 également, Me M._____ a écrit à l'OAI pour demander une prolongation du délai de détermination qui lui avait été imparti, en précisant que l'assuré se soumettait à "un examen complémentaire". Cette lettre est parvenue à l'OAI le 1^{er} février 2012. Le 5 février suivant, l'OAI a rejeté cette demande de prolongation au motif qu'une décision avait déjà été rendue.

Dans l'intervalle, l'assuré avait soumis le dossier au Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une "étude de faisabilité d'expertise". Le Dr N._____ a fait réaliser une densitométrie osseuse (rapport du 7 février 2013) et un scanner lombaire (rapport du 13 février 2013). Dans un rapport du 19 février 2013 intitulé "étude de faisabilité d'expertise", il expose avoir évoqué le diagnostic de fractures vertébrales lombaires, un diagnostic d'ostéoporose ayant été confirmé par ostéodensitométrie osseuse. En outre, cet examen avait mis en évidence une ostéopénie au niveau des fémurs. Enfin, le scanner lombaire avait permis de constater "un spondylolisthésis de la 5^{ème} vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée de type I selon Myerding sur spondylolyse". Le Dr N._____ observait qu'il s'agissait de diagnostics très pointus, particulièrement difficiles à reconnaître. Ils requéraient une prise en charge spécialisée. De l'avis du Dr N._____, les pathologies de l'assuré étaient "désormais étiquetées et prouvées par l'imagerie et l'ostéodensitométrie osseuse, [les plaintes de l'assuré] relevant d'un substratum anatomique claire". La "capacité médico-théorique de travail" de l'assuré était nulle et le Dr N._____ estimait qu'il pouvait tout à fait revoir l'entier du dossier asséculoologique de l'assuré pour établir une expertise médicale complète.

B. Le 7 mars 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de Me M._____, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision de refus de prestations du 31 janvier 2013. Il conclut à que soit reconnu son droit "à toutes les prestations de l'assurance-invalidité", sous suite de frais et dépens. Il expose notamment qu'à la suite des examens pratiqués par le Dr N._____, son médecin traitant l'a adressé au Centre des maladies osseuses de l'hôpital Q._____ pour examens complémentaires. A titre de mesure d'instruction, il demande l'administration d'une expertise médicale par le tribunal, son audition et celle de ses médecins traitants. Le recourant a par ailleurs demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet rétroactif au 18 janvier 2013.

Le 28 mars 2013 (AJ 37/13), le juge en charge de l'instruction de la cause a alloué l'assistance judiciaire, notamment en désignant d'office Me M._____, avec effet dès le 7 mars 2013.

Le 16 mai 2013, l'intimé s'est déterminé sur le recours, dont il a proposé le rejet. Il a produit un avis établi le 6 mai 2013 par son Service médical régional (SMR). Les Drs R._____ et C._____ y exposent que le Dr N._____ ne pose pas le diagnostic de fractures vertébrales lombaires, mais se limite à évoquer ce diagnostic. Selon les médecins du SMR, de telles fractures ne pouvaient pas être constatées sur la base des résultats des examens spécialisés ordonnés par le Dr N._____. Ces examens mettaient uniquement en évidence une "description classique d'ostéoporose au niveau des vertèbres avec, outre la diminution de la densité osseuse, le cadre et l'aspect biconcave réalisant l'aspect de vertèbres de poisson" déjà décrit dans l'expertise établie par les Drs S._____, W._____ et P._____. La description d'un "petit antélisthésis de degré I de L5 sur S1 sur spondylolyse isthmique de L5 avec discopathie et protrusion discale circonférentielle modérée actuellement, sans contrainte sur le fourreau dural et radiculaire» était effectivement nouvelle. Mais la légère protrusion discale était déjà décrite dans les comptes-rendus d'examens pris en considération par les Drs S._____, W._____ et P._____. En lui-même, ce spondylolisthésis minime n'était pas de nature à provoquer des douleurs, d'autant qu'il n'y avait pas de

contrainte sur le fourreau dural ou radiculaire. Dans ces conditions, les Drs R._____ et C._____ considéraient que le rapport du Dr N._____ ne permettait pas de constater une incapacité de travail et n'apportait pas de faits nouveaux par rapport à la situation décrite dans l'expertise. Cependant, "pour être complet", les Drs R._____ et C._____ recommandaient de demander un rapport médical au Centre des maladies osseuses de l'hôpital Q._____, auquel l'assuré avait été adressé.

Le 18 juin 2013, le recourant s'est déterminé en maintenant ses conclusions et en demandant l'administration de nouveaux moyens de preuve, notamment la production d'un rapport médical du Centre des maladies osseuses de l'hôpital Q._____. Il a par ailleurs transmis une prise de position du 1^{er} juin 2013 du Dr N._____ sur l'avis médical du 6 mai 2013 du SMR.

Le 28 octobre 2013, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait que les requêtes d'instruction complémentaires étaient rejetées et qu'une audience de jugement serait appointée prochainement. L'audience a été fixée au 25 novembre 2013 et les parties ont été citées.

Le 11 novembre 2013, le juge en charge de l'instruction de la cause a dispensé l'intimé de comparaître à l'audience.

Par acte du 15 novembre 2013, Me M._____ a exposé que les atteintes diagnostiquées par le Dr N._____ faisaient l'objet de nouveaux examens médicaux à l'hôpital Q._____ et a requis un renvoi de l'audience "jusqu'à droit connu des investigations complémentaires entreprises". Le 18 novembre 2013, le juge en charge de l'instruction de la cause a rejeté cette demande de renvoi.

Le 21 novembre 2013, Me M._____ a réitéré sa demande de renvoi en produisant un rapport médical établi le 15 novembre 2013 par le Dr N._____. Ce rapport expose que l'état de santé du recourant ne présente pas d'amélioration, que l'intéressé souffre d'une ostéoporose et

d'un glissement vertébral (spondylolisthésis par lyse isthmique), comme cela avait été constaté en février 2013 déjà. Ces atteintes expliquent, selon le Dr N._____, les douleurs dont le recourant se plaint. Il convient donc, toujours selon le Dr N._____, d'"attendre les résultats de la prise en charge de ces deux problèmes avant de pouvoir évaluer à nouveau [la] capacité médico-théorique résiduelle de travail". Un délai de plusieurs mois était nécessaire à cet effet.

Le 22 novembre 2013, le juge en charge de l'instruction de la cause a derechef rejeté la requête de renvoi.

Le 25 novembre 2013, le tribunal a tenu une audience de jugement.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Malgré l'absence de conclusion précise dans le recours, on peut en déduire que celui-ci porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesure d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité. Rien au dossier n'indique que d'autres prestations entreraient en considération.

3. a) Le droit aux prestations litigieuses implique que le recourant subisse ou soit menacé d'une diminution notable de sa capacité de travail et de gain en raison d'atteintes à sa santé (art. 8 LPGA, 8 al. 1 et 28 LAI). A cet égard, l'intimé a considéré, en se référant aux constatations des experts mandatés en procédure administrative, que cette condition n'était pas remplie. Le recourant soutient le contraire et allègue souffrir d'atteintes à la santé que les experts n'ont pas constaté, à savoir une ostéoporose et des fractures vertébrales, ainsi qu'un spondilolisthésis de la 5^{ème} vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée. Il se réfère sur ce point à l'"étude de faisabilité d'expertise" établie par le Dr N. _____ le 19 février 2013. Il demande donc que l'instruction soit complétée sur ces points, notamment par l'administration d'une expertise judiciaire.

b) aa) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisé par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

bb) En ce qui concerne l'administration de nouveaux moyens de preuve en procédure de recours, l'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst., notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire

effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148; TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1; 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3). Dans un ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a, par ailleurs, considéré que le droit à un procès équitable garanti par l'art. 29 al. 1 Cst n'impose pas l'administration systématique d'une expertise judiciaire. Le juge peut et doit se fonder sur les expertises médicales ordonnées par l'administration lorsque celles-ci répondent aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, en cas de divergences avec d'autres rapports médicaux probants figurant au dossier, justifiant un complément d'instruction, le Tribunal fédéral a considéré qu'il convenait en principe de mettre en oeuvre une expertise judiciaire, puis de statuer sur le droit aux prestations litigieuses, plutôt que de renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision (cf. consid. 4.2 et 4.4.1 de l'arrêt cité). Un renvoi reste possible dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert, ou encore lorsqu'un aspect essentiel de l'état de fait n'a pas été traité du tout dans l'expertise réalisée en procédure administrative (cf. consid. 4.4.1.4 de l'arrêt cité).

4. En l'espèce, le Dr N._____ fait état d'un spondylolistésis de la 5^{ème} vertèbre lombaire sur la 1^{ère} vertèbre sacrée sur spondylolyse isthmique de L5 avec discopathie et protrusion discale circonférentielle modérée, sans contrainte sur le fourreau dural ou radiculaire. L'expertise réalisée en procédure administrative mentionne notamment un rapport d'imagerie par résonance magnétique réalisé le 6 décembre 2010 par le Dr F._____ et constatant des discopathies lombaires basses avec protrusion discale et des signes de discopathie lombaire avec déformation en poisson des vertèbres lombaires étagées. Pour le surplus, l'IRM était dans les limites de la norme avec notamment l'absence de signes de spondylarthrite, de lésion osseuse focale suspecte, de hernie ou de canal

lombaire étroit. Il est donc très douteux que les constatations du Dr N._____ sur ce point soient fondamentalement nouvelles. Le Dr N._____ s'abstient d'ailleurs d'expliquer en quoi l'atteinte constatée entraînerait une incapacité de travail totale dans une activité permettant au recourant de ménager son dos.

Le Dr N._____ a également fait réaliser une ostéodensitométrie qui a permis de mettre en évidence une ostéoporose et une ostéopénie. Cette constatation est véritablement nouvelle et les experts du COMAI, comme d'ailleurs les différents médecins traitant consultés par l'assuré, n'en avaient pas connaissance. Il est prématuré, à ce stade, de déterminer si elle permet de conclure à l'existence de fractures vertébrales et à une incapacité de travail totale dans toute activité, comme l'affirme le Dr N._____. En effet, cette atteinte à la santé, nouvellement constatée, n'a encore fait l'objet d'aucune mesure d'instruction en procédure administrative. Le recourant a toutefois été adressé par son médecin traitant au Centre des maladies osseuses de l'hôpital Q._____ pour un complément d'évaluation et pour déterminer le traitement à mettre en œuvre. Il appartiendra par conséquent à l'intimé de compléter l'instruction en requérant d'abord un rapport médical à cette institution, comme le proposent les Drs R._____ et C._____, puis de déterminer si, compte tenu des renseignements communiqués, un complément d'expertise ou une nouvelle expertise se justifie. Telle aurait du reste été la procédure suivie si le recourant avait déposé sa demande de prolongation du délai pour se déterminer sur l'expertise du COMAI dans le délai qui lui avait été imparti à cet effet. Le complément d'instruction permettra également de vérifier si le spondylolistésis diagnostiqué par le Dr N._____ correspond effectivement à une constatation nouvelle, comme l'allègue le recourant, ou s'il correspond aux atteintes déjà constatées par les experts du Centre G._____.

5. a) Vu ce qui précède, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et mis à la charge de l'intimé.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD), compte tenu de la difficulté de la cause et du temps que le mandataire du recourant a dû, raisonnablement, y consacrer. Dans ce contexte, on précisera que le recourant a déposé et obtenu le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il demande que l'indemnité d'office qui lui est due soit fixée en prenant en considération les opérations effectuées dès le 18 janvier 2013, date à laquelle il a examiné le rapport d'expertise du Centre G._____, convoqué l'assuré pour discuter de la suite de la procédure, notamment des mesures d'instruction complémentaires à entreprendre afin de contredire les conclusions défavorables du rapport d'expertise. Toutefois, dans la mesure où ces opérations ont été effectuées pendant la procédure administrative, avant la décision contestée, elles n'ont pas à être couvertes ni par l'indemnité d'office, ni par les dépens alloués pour la procédure de recours.

Pour le surplus, la liste des opérations produites en audience du 25 novembre 2013 fait état de plus de 25 heures de travail pour le mandat d'office, ce qui paraît très largement exagéré. Dans ce contexte, on admettra que seules les opérations pour la période courant dès le 19

février 2013 correspondent à la préparation du recours, à l'établissement du recours et aux actes nécessaires au mandat d'office pendant la procédure de recours. Parmi les opérations mentionnées depuis cette date, plusieurs ont été accomplies par une secrétaire de l'étude, selon une première liste des opérations produite avec le recours, alors que selon la liste des opérations produite en audience du 25 novembre 2013, il est indiqué qu'elles ont été accomplies par l'un des avocats travaillant en l'étude de Me M._____. On serait toutefois surpris que les trois-quarts d'heure consacrés à l'établissement d'un bordereau de pièces le 7 mars 2013, par exemple, ne correspondent pas au travail de secrétariat mentionné dans la première liste des opérations, étant précisé que les frais de secrétariat font partie des frais généraux couverts par le tarif de 180 fr. de l'heure prévu par le Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile, du 7 décembre 2010 (RAJ; RSV 211.02.3), qui est applicable en l'espèce (art. 18 al. 5 LPA-VD). Quoi qu'il en soit, à supposer que ce temps ait été consacré par un juriste de l'étude de Me M._____ à l'établissement du bordereau de 15 pièces produites en appui du recours, il serait très largement excessif pour la bonne exécution du mandat d'office. Par ailleurs, plusieurs opérations, effectuées par un avocat de l'étude de Me M._____ selon le décompte produit, ont consisté en un simple envoi à l'assuré ou au Dr N._____ d'une copie d'un courrier adressé à un tiers ou d'un courrier reçu d'un tiers. Là encore, il paraît douteux qu'il ne s'agisse pas, en réalité, de simple frais de secrétariat. Quoi qu'il en soit, le temps consacré à l'envoi d'une copie, à raison de 5 minutes pour chaque copie, paraît largement excessif. D'autres opérations comptabilisées n'étaient pas utiles à la bonne exécution du mandat d'office, en particulier la rédaction de deux requêtes successives de renvoi d'audience, pour une durée d'exécution totale de 1 heures 05, alors que 15 à 20 minutes auraient suffi pour établir une seule requête de renvoi d'audience. Enfin, on observera que deux avocats et une avocate-stagiaire ont traité successivement ce dossier pour lequel seul Me M._____ était mandaté d'office. On doit raisonnablement admettre que le temps d'étude du dossier s'en est trouvé considérablement rallongé, sans motif admissible. A cet égard, force est de constater que les opérations d'étude du dossier, de rédaction du recours et de la demande

d'assistance judiciaire, pour une durée de l'ordre de 13 à 14 heures ("demande AJ", "rédaction recours+demande AJ", "revue recours", "étude du nouveau dossier reçu de l'OAI", "étude du dossier avis SMR+rapport Dr N. _____", "étude du dossier", "examen dossier et préparation audience", "entrevue client et audience au Tribunal"), l'audience au tribunal ayant duré une vingtaine de minutes, sont excessives. Cela vaut d'autant plus que le mandataire du recourant connaissait déjà le dossier de l'assuré, qu'il suivait en procédure administrative. Dans ces conditions, il n'appartient pas au Tribunal de reprendre plus en détail la liste des opérations produites à l'audience du 25 novembre 2013, en précisant, opération par opération, laquelle serait admise ou refusée. Il convient de constater que l'indemnité de 2'500 fr. allouée à titre de dépens couvre intégralement celle qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire, pour un tarif horaire de 180 fr. (110 fr. pour les opérations effectuées par Me D. _____, avocate-stagiaire) débours et TVA compris. Le montant alloué paraît par ailleurs constituer une participation équitable aux dépens du recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 31 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me M. _____ (pour le recourant), avocat à [...],
- 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 :