

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Thalmann, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P._____, à **Q.**_____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après: l'assuré), né le [...], marié et père de trois enfants nés en 1989, 1991 et 1995, était manœuvre auprès de l'entreprise « Maçonnerie et béton armé R. _____ SA » depuis le 2 décembre 2000.

Le 23 février 2001, il a été victime d'un accident : à la fin de la journée, il est descendu de la mini-pelle qu'il conduisait et s'est fait une entorse du genou et de la cheville gauches en posant le pied sur un gros caillou. La SUVA a pris en charge ce cas et a mis un terme au versement de ses prestations en septembre 2002 (décision du 20 septembre 2002, confirmée sur opposition le 29 novembre 2002).

Statuant sur le recours de l'assuré, le Tribunal des assurances pour le canton de Vaud l'a rejeté et a maintenu la décision attaquée. Il a considéré que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 27 août 2001, que ses plaintes dépassaient largement le territoire du genou et de la cheville gauches, qu'il y avait de nombreux signes de non-organicité et qu'il n'était pas possible d'établir - au degré de la vraisemblance exigé par la jurisprudence - des liens médicalement explicables entre les troubles déclarés par l'assuré et l'événement accidentel du 23 février 2001 (jugement n° AA 20/03 - 35/2004 du 7 juin 2004).

b) Invoquant les séquelles de cet accident, P. _____ a déposé le 24 septembre 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à un reclassement dans la même profession et à l'octroi d'une rente. Il a fait valoir une atteinte au genou et à la cheville.

Par décision du 30 septembre 2003, confirmée sur opposition le 13 août 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a rejeté la demande tant de mesures professionnelles

que de rente, la capacité de travail de l'assuré étant pleine et entière dans son activité habituelle de manœuvre.

Par jugement du 9 août 2005 (AI 93/04 - 133/2005), le Tribunal des assurances a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'office AI.

c) Le 16 décembre 2005, P._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Il a fait valoir un état anxio-dépressif réactionnel avec somatisation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'office AI a mis en œuvre une expertise médicale auprès du Centre W._____ de V._____ comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Dans leur rapport du 15 juin 2007, les experts ont conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans l'activité habituelle de manœuvre sur les chantiers en l'absence de limitation psychique ou mentale ainsi que de toute pathologie somatique susceptible de réduire de façon significative et durable la capacité de travail.

Par décision du 4 juillet 2008, l'office AI a rejeté la demande de rente.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 28 janvier 2010 (AI 424/08 - 41/2010), au motif que, suivant les conclusions des experts, il ne présentait pas un épisode dépressif sévère, ni une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

d) Le 15 mai 2012, P._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en invoquant une aggravation de son état de santé physique et psychique depuis 2007.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'office AI a diligenté une seconde expertise médicale pluridisciplinaire auprès du

Centre W._____ comportant des examens de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 18 juin 2013, les experts n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et ont conclu à l'absence de limitation tant sur le plan psychique que physique. Selon eux, la capacité de travail de l'intéressé était entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle.

Considérant que la situation médicale de P._____ était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise de 2007 et qu'il ne présentait ainsi aucune aggravation durable de son état de santé, l'office AI a rendu, en date du 10 octobre 2013, une décision aux termes de laquelle il a dénié le droit de l'intéressé à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel).

e) Le 9 septembre 2015, P._____, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a sollicité le réexamen de sa situation médicale à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes.

Dans un projet de décision du 26 janvier 2016, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la requête, au motif qu'il n'avait pas produit de rapport médical ou tout autre élément propre à rendre vraisemblable une modification de la situation de fait.

A l'appui de ses objections du 26 février 2016, l'assuré a produit un rapport adressé à son conseil le 2 novembre 2015 par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, à la teneur suivante :

(...)

Les diagnostics somatiques retenus sont :

Un status post arthroscopie du genou gauche avec chondrectomie du condyle interne et résection de la corne postérieure du ménisque interne en 2001, une colonne lombaire modérément dégénérative, un status post transposition du nerf cubital gauche en 2010, des épigastralgies à répétition sur bulbite et antrite érosive.

Pour la problématique psychiatrique, merci de vous référer à son psychiatre traitant le Docteur F._____.

Concernant les répercussions professionnelles de ses atteintes à la santé, je n'ai pas d'argument majeur au plan somatique pour contrer les vues de l'office AI (merci de vous référer à mon courrier du 31 octobre 2013 qui garde toute sa valeur).

Il va par contre sans dire qu'un travail lourd physiquement resterait contre-indiqué du fait de ses séquelles orthopédiques.

On peut retenir chez ce patient un syndrome douloureux chronique dont l'origine psychiatrique est certaine. Ce problème ne permet pas d'espérer une quelconque capacité de travail.

Le 9 mai 2016, l'assuré a transmis à l'office AI les réponses apportées par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitant, aux questions posées par son conseil en date du 4 février 2016 :

1. Quel est le status, le diagnostic, en rapport avec les atteintes à la santé ?

Cf. rapport ci-joint du 13 juin 2012 + lettre du 28 août 2013. Péjoration nette depuis le stage à M._____.

2. Existe-t-il une capacité de travail résiduelle compte tenu des atteintes à la santé ?

Aucune.

(...)

Par décision du 7 juillet 2016, l'office AI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, car celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 10 octobre 2013.

B. Par acte du 13 septembre 2016, P._____ a déféré cette décision à la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI « pour mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires ». Il a fait valoir une violation du principe inquisitoire, en reprochant à l'administration intimée d'avoir instruit son cas de manière lacunaire. Alors que dans son rapport du 9 mai

2016, le Dr F. _____ faisait clairement état d'une aggravation de son état de santé depuis le mois de novembre 2015, l'intimé ne lui a pas demandé de renseignements complémentaires, ce qui revenait, selon le recourant, à éluder purement et simplement son rapport.

Dans sa réponse du 17 octobre 2016, l'office AI a rappelé, d'une part, que, par sa décision du 7 juillet 2016, il avait refusé d'entrer en matière sur la quatrième demande de prestations déposée par l'assuré et, d'autre part, que le principe inquisitoire ne trouvait pas application dans le cas d'espèce. Après examen des deux rapports transmis à l'appui de la requête du 9 septembre 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité a estimé qu'en l'absence de document médical permettant d'attester une péjoration de la situation depuis son rapport du 2 juillet 2013, celui-ci demeurait probant. En conséquence, l'intimé proposait le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

A l'appui de sa réplique du 9 décembre 2016, le recourant a produit un rapport du 5 décembre 2016, dans lequel le Dr F. _____ diagnostiquait des troubles mixtes de la personnalité, lesquels excluaient, selon ce médecin, l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle. De plus, l'intéressé présentait une importante agressivité induite par ses troubles psychiques. Le recourant a inféré de ce rapport l'existence d'une aggravation de son état de santé, intervenue au plus tard à l'automne 2015. En outre, le diagnostic posé constituait un élément nouveau, devant à tout le moins conduire l'intimé à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires en vue de clarifier son éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dupliquant en date du 9 janvier 2017, l'intimé a indiqué que, dans la mesure où le certificat médical du Dr F. _____ du 5 décembre 2016 était postérieur à la décision litigieuse, la preuve d'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rapportée dans le cadre de la procédure administrative. Dès lors, le bien-fondé de la décision querellée n'avait pas été remis en question. Partant, l'intimé concluait derechef au rejet du recours.

Cette écriture a été communiquée pour information au recourant, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu

plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré

que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ;

9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

d) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 9 septembre 2015. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 10 octobre 2013 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 7 juillet 2016 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 10 octobre 2013. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

a) La décision du 10 octobre 2013 refusant au recourant le droit à des prestations retenait que la situation médicale de l'intéressé était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise effectuée en 2007, si bien qu'il n'existait aucune aggravation durable de l'état de santé. L'office intimé se fondait sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 juin 2013 du Centre W._____. Selon les experts, le recourant souffrait alors d'un status après entorse de la cheville et du genou gauches le 23 février 2001, de lombalgie commune sur discopathies lombaires débutantes (sans hernie discale), d'une dysthymie existant depuis 2004 ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2003 environ. Ils n'ont toutefois retenu aucune limitation fonctionnelle tant sur le plan psychique que somatique, si bien qu'ils ont conclu à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans la profession habituelle.

b) A l'appui de sa demande de réexamen, le recourant se prévaut du rapport du Dr X._____ du 2 novembre 2015 et de celui du Dr F._____ du 5 décembre 2016, ainsi que des réponses apportées par ce

même praticien aux questions posées par son conseil en date du 4 février 2016.

Le Dr X._____ a évoqué divers diagnostics affectant les membres inférieur et supérieur gauches, la colonne lombaire et le système digestif. Renonçant à se prononcer sur la capacité de travail, il s'est borné à écarter l'exercice d'une activité exigeante sur le plan physique. De son côté, le Dr F._____ s'est contenté dans ses réponses aux questions de Me Duc de renvoyer à ses rapports des 13 juin 2012 et 28 août 2013 et a exclu toute capacité de travail résiduelle.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

Sur le plan somatique, le rapport du Dr X._____ du 2 novembre 2015 ne contient aucun élément qui attesterait d'une évolution par rapport à la situation au moment où la seconde expertise du Centre W._____ a été établie. Au demeurant, les diagnostics évoqués par ce médecin ont déjà été discutés dans le cadre de cette même expertise. Sur le plan psychiatrique, les brèves réponses données par le Dr F._____ aux questions posées par le représentant du recourant n'apportent aucun argument médical ni indice rendant plausible une modification significative de son état de santé. Quant au rapport du 5 décembre 2016, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, puisque celui-ci a été établi ultérieurement à la décision litigieuse.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 9 septembre 2015, celui-ci n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible de modifier ses droits.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (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).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Le recourant bénéficie cependant, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me

Jean-Michel Duc. Celui-ci a produit la liste de ses opérations le 5 mai 2017, faisant état d'un temps consacré au dossier de 7 heures et 55 minutes, dont 7 heures 10 par une avocate-stagiaire et 45 minutes par ses soins. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Conformément au tarif horaire applicable, le défraiement équitable de Me Duc doit être fixé à 45 minutes à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), auxquelles s'ajoutent 7 heures et 10 minutes à 110 fr. pour son avocate-stagiaire (art. 2 al. 1 let. b RAJ), soit 944 fr. 55, débours par 21 fr. 20 compris. A cela s'ajoute la TVA au taux de 8%, de sorte que le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Duc s'élève à 1'020 fr. 10.

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ces montants dès qu'il est 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 remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 juillet 2016 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 laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc est arrêtée à 1'020 fr. 10 (mille vingt francs et dix centimes), débours et TVA 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 de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :