

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
M.M. Piguët et Pittet, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est gestionnaire de vente / magasinier. Il travaillait, depuis le 7 août 1990, en cette qualité, à plein temps, pour le compte de la société R._____ (ci-après : la R._____).

B. Le 19 juin 2015, il a déposé une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité en raison de douleurs dorsales. Après des absences répétées, régulières et de courtes durées en 2014, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travailler, à des taux variables (100%, puis 50%), depuis le 9 février 2015.

Les 18 et 29 juin 2015, l'assureur perte de gain N._____ Assurance-maladie SA (ci-après : N._____) a notamment transmis les documents suivants à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) :

- un descriptif du poste de travail non daté, établissant que les tâches de l'assuré en tant que vendeur à la R._____ comprenaient le déchargement de camions (à 50%) et la mise en place en rayons de boissons (50%). Il était indiqué en fin de rapport que l'intéressé avait été affecté à un secteur plus léger, soit dans un poste adapté ne comportant en principe pas de port de charges d'un poids de plus de six kilos ;

- deux attestations des 18 mars et 11 juin 2015 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant. Le second certificat mentionne une dispense de l'assuré en lien avec le port de charges de plus de cinq kilos, les mouvements en flexion du dos et le travail au quai de chargement ;

- un rapport d'un entretien du 11 juin 2015 entre l'assuré et un collaborateur de N._____. Mentionnant un suivi depuis environ une année pour des problèmes de dos par son médecin traitant, l'assuré faisait

part de douleurs même dans un poste de travail adapté (en l'occurrence, vendeur à 100% en épicerie à la R. _____ [...]). Affecté de douleurs au bas du dos, sur son lieu de travail, il était contraint de s'asseoir sur un escabeau, puis de s'aider lui-même pour se mettre debout. Son traitement consistait en de la physiothérapie (deux fois par semaine) et la prise d'anti-douleurs (Dafalgan® et Irfen 600®). Aucune intervention chirurgicale n'était prévue en raison des risques encourus.

Selon un rapport initial du 16 juillet 2015, l'assuré a déclaré au spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI qu'étant contraint de limiter le port de charges à cinq kilos, son activité habituelle n'était plus adaptée. Le travail au rayon épicerie était parfois difficile, par exemple pour sortir les palettes. Il accomplissait ces travaux avec l'aide de collègues.

C. Le 24 juillet 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente auprès de l'Office AI en lien avec son problème de dos.

Le 28 juillet 2015, N. _____ a remis à l'OAI la copie d'un rapport du 22 juillet 2015 du Dr X. _____. Ce médecin a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies récurrentes sur troubles dégénératifs (depuis 2013). Les symptômes consistaient en des lombalgies et une raideur du rachis avec des épisodes de blocage lombaire. Retenant un pronostic favorable, le Dr X. _____ attestait les incapacités de travail suivantes :

- 100% du 9 au 22 février 2015;
- 50% du 23 février au 6 avril 2015.

Il estimait que dès le 7 avril 2015, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans sa profession habituelle. Cette activité était exigible, sans baisse de rendement, mais avec toutefois une adaptation nécessaire du poste de travail. Il ne devait pas effectuer des activités

uniquement en position assise ou debout ni porter des charges de plus de cinq kilos.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 3 août 2015 par R._____, l'assuré travaillait, depuis le 11 juin 2015, dans un poste adapté au rayon épicerie. Son revenu annuel brut s'élevait à 52'650 fr. dès le 1^{er} janvier 2015, soit un revenu mensuel de 4'050 fr. servi treize fois l'an. Il était indiqué en fin du rapport que l'assuré avait de la peine à se déplacer dans son travail qui demandait une bonne santé physique; une activité l'épargnant sur ce plan était indiquée.

Dans un rapport du 5 novembre 2015 à l'intention de l'OAI, le Dr X._____ a posé le même diagnostic invalidant que celui de son rapport du 22 juillet 2015 à l'assureur perte de gain. Le pronostic étant toujours favorable, le médecin traitant a confirmé son évaluation d'une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle depuis le 7 avril 2015, après adaptation du poste de travail. Les limitations fonctionnelles étaient identiques depuis février 2015, à savoir : pas d'activités uniquement en position assise ou debout (alternance des positions nécessaire), pas de port de charges supérieures à cinq kilos et pas d'activités à genoux ou exercées principalement en marchant (terrain irrégulier). En annexe à ce rapport figuraient les pièces suivantes :

- un rapport du 3 octobre 2014 d'une radiographie de la colonne lombaire et du bassin effectuée le même jour par le Dr K._____, spécialiste en radiologie ;

- un rapport du 20 février 2015 relatif à un nouveau bilan de lombosciatalgie du Dr B._____, spécialiste en radiologie, qui se termine ainsi :

"Conclusion :

En L2-L3, protrusion discale postéro-médiane et paramédiane bilatérale avec effet de masse sur le sac dural mais sans évidence de conflit radiculaire. Discopathie étagée de L3 à S1."

A l'occasion d'un avis médical du 23 novembre 2015, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a constaté que le poste occupé à la R._____ [...] avait été adapté à l'état de santé de l'assuré, mais uniquement temporairement depuis la reprise à plein temps. Les restrictions fonctionnelles n'étaient par ailleurs pas respectées dans l'activité habituelle de gestionnaire de vente / magasinier. Ce praticien retenait toutefois une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées par le Dr X._____.

Le 11 janvier 2016, l'assuré s'est vu octroyer par l'OAI une mesure d'intervention précoce (MIP) sous la forme d'un bilan de compétences auprès de la Fondation [...] à [...], du 17 décembre 2015 au 16 mars 2016. Cette mesure a par la suite été prolongée du 17 au 31 mars 2016.

Le 30 mars 2016, l'assuré a été licencié avec effet au 30 juin 2016.

Par projet du 5 avril 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente, compte tenu de l'absence de préjudice économique. Il a constaté en particulier que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique assis/debout prolongée, pas d'activités principalement en marchant ni d'agenouillement répété et pas de port de charges au-delà de 5kg. La comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa excluait ainsi un préjudice économique de l'assuré.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.

Le 17 mai 2016, l'OAI a notifié à l'assuré une décision confirmant l'intégralité de son préavis de refus de rente du 5 avril 2016.

Par lettre du 2 septembre 2016, le conseil du recourant, a fait part à l'OAI de son étonnement concernant l'absence d'envoi, à son adresse, d'une copie de la décision précitée. Il demandait la notification d'une nouvelle décision.

Le 6 septembre 2016, l'OAI a annulé la décision du 17 mai 2016 et rendu une nouvelle décision de refus de rente notifiée à l'avocat du recourant. Reprenant ses précédentes constatations en intégralité, il a conclu derechef à l'absence d'un préjudice économique dans le cas particulier.

D. Par acte déposé le 29 septembre 2016, V._____, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, recourt contre cette décision. Il conclut à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il allègue essentiellement que pour des raisons médicales, il lui serait impossible de retrouver un emploi tel celui qu'il a occupé pratiquement vingt-cinq ans à la R._____. Il prétend qu'il s'agit là d'une pure vue de l'esprit en contradiction avec la réalité du marché de l'emploi. Il serait patent, à le suivre, que son impossibilité à porter des charges supérieures à cinq kilos l'empêche d'accéder à un poste dans l'industrie légère ou de conditionnement pharmaceutique, voire de surveillant d'un processus de production. Il en veut pour preuve le fait que la R._____ n'a finalement pas été en mesure de le reclasser dans un poste de travail adapté.

Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il rappelle que le revenu d'invalidé se calcule par la prise en compte du gain hypothétique accessible au recourant moyennant la pleine mise à profit de sa capacité de travail résiduelle dans un emploi adapté au handicap sur un marché équilibré du travail. En l'absence de revenu effectivement réalisé en l'espèce, il estime que son service de réadaptation était fondé à fixer le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Il avait par ailleurs procédé à un abattement de 15% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service du recourant à la R._____.

Par prononcé du 10 novembre 2016, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 septembre 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch.

Le 6 décembre 2016, Me Bloch a produit la liste détaillée de ses opérations et débours en la présente procédure.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues par la 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 - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) En l'espèce, on doit se demander si l'assuré n'aurait pas dû communiquer plus rapidement la décision à son avocat, dans les trente jours, de manière à lui permettre de recourir avec un délai prolongé de trente jours pour tenir compte de la notification irrégulière (cf. TF 9C_296/2011 du 28 février 2012). On ignore toutefois la date exacte de notification de la première décision à l'assuré. Dans ces conditions, la question de la recevabilité du recours doit demeurer ouverte, dès lors que celui-ci est, quoi qu'il en soit, mal fondé.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux, on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

La détermination du revenu d'invalidé suppose de prendre en considération l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, contrairement à ce qui prévaut pour fixer le revenu sans invalidité (ATF 134 V 64 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 2108 p. 562). Cette exigence suppose, pour l'assuré qui demande une rente d'invalidité, l'obligation d'accepter d'exercer cette activité dans tous les domaines de l'économie, sans se limiter au domaine dans lequel il travaillerait s'il n'était pas atteint dans sa santé (TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3) et d'accepter la prise en considération d'un salaire plus élevé auquel il a volontairement renoncé. En effet, en vertu de son obligation de réduire le dommage il se doit d'utiliser de manière optimale sa capacité de travail résiduelle, une fois que l'invalidité s'est manifestée (TFA I 687/04 du 24 mars 2005 consid.2.3 ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 2108 p. 562).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid.3b ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 2112 pp. 563-564). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2 et la référence).

5. a) Il est constant en l'espèce qu'atteint de lombalgies récurrentes sur troubles dégénératifs, le recourant a présenté des incapacités de travail variables (100%, puis 50%), du 9 février au 6 avril 2015, dans son activité habituelle de gestionnaire de vente / magasinier à la R.____ (cf. rapport du 22 juillet 2015 du Dr X.____). Une reprise en tant que vendeur à plein temps en épicerie à la R.____ [...], depuis le 11 juin 2015, a finalement abouti au constat que cet emploi n'était plus adapté avec, à la clé, le licenciement intervenu au 30 juin 2016. Ce poste ne répondait pas aux limitations fonctionnelles fixées par les médecins (cf. avis médical SMR du 23 novembre 2015 du Dr H.____). Ces derniers - et notamment son médecin traitant - s'accordent à dire que l'assuré conserve une capacité de travail à 100 %, dès le 7 avril 2015, dans une activité adaptée aux limitations suivantes : pas de positions statiques assis / debout prolongées, pas d'activités principalement en marchant (terrain irrégulier) ou agenouillé de manière répétée ni port de charges au-delà de cinq kilos (cf. rapports des 22 juillet et 5 novembre 2015 du Dr X.____ ; avis médical SMR du 23 novembre 2015 du Dr H.____).

b) Le recourant ne conteste d'ailleurs pas cette appréciation médicale dans ses écritures. Il soutient en revanche que compte tenu des circonstances, l'intimé ne serait pas fondé à prendre en compte, pour le calcul de son préjudice économique, le revenu d'invalidé hypothétique réalisable dans l'exercice d'un emploi de l'industrie légère ou de conditionnement pharmaceutique, voire de surveillant d'un processus de production mentionnés dans la décision querellée. Il allègue être dans l'incapacité d'accéder à de tels postes compte tenu de ses limitations fonctionnelles, notamment celle lui interdisant le port de charges supérieures à cinq kilos. A le suivre, retrouver un travail, pour un assuré qui ne peut déplacer des charges de plus de cinq kilos, serait une vue de l'esprit qui ferait abstraction de la réalité du marché de l'emploi. La R.____ n'a d'ailleurs pas pu le reclasser dans un poste adapté.

c) Cette argumentation ne convainc pas. En effet, conformément aux constatations médicales émanant aussi bien de son

médecin traitant (cf. rapports du Dr X. _____ des 22 juillet et 5 novembre 2015) que du SMR, il est susceptible d'exercer une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à temps complet. Aucun reclassement n'ayant pu être retrouvé à l'interne à la R. _____, il lui incombe désormais, en lien avec l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, d'accepter d'exercer cette activité normalement exigible de sa part dans tous les domaines de l'économie, sans se limiter au domaine dans lequel il travaillerait s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. consid. 4a supra).

Contrairement à ce que soutient le recourant, la jurisprudence constante admet que les activités non qualifiées dans le secteur privé (niveau 1) prises en considération par l'OAI pour établir le revenu médian sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) recouvrent un éventail suffisamment large d'activités pour qu'un nombre significatif d'entre elles soient adaptées à ses limitations fonctionnelles et à sa situation personnelle. Une déduction de 25% au maximum est néanmoins admise pour tenir compte de tels facteurs personnels (cf. ATF 126 V 75 ; TF 9C_813/2015 du 31 mai 2016 consid. 3 et TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5, parmi d'autres).

En l'occurrence, l'intimé a procédé à une déduction de 15% qui ne prête aucun flanc à la critique. Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé est pour le surplus conforme au droit, sans qu'il soit nécessaire d'y revenir plus avant en l'absence de grief du recourant.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

c) Par décision du 10 novembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 29 septembre 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de

Me Jean-Pierre Bloch (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral 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 vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; 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 consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

d) Me Bloch a produit une liste des opérations qui, vérifiée d'office, ne prête pas flanc à la critique. Il convient donc de lui allouer une indemnité de 500 fr. (TVA comprise), provisoirement à charge du canton.

La procédure est onéreuse ; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les montants pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 6 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil du recourant, est arrêtée à 500 fr. (cinq cents francs), TVA et débours compris.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :