

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 43 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait auprès de l'entreprise G._____ en qualité de maçon. Le 3 mars 2006, il a glissé sur un trottoir et a subi une contusion de la hanche droite (cf. rapport médical LAA du 24 mars 2006 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Le Dr J._____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de lombo-pygalgies dans le contexte d'un syndrome piriforme droit présent depuis le 3 mars 2006. Il a attesté plusieurs périodes d'incapacité de travail (cf. rapport du 13 mai 2008).

Le 28 avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 10 novembre 2008, les Drs Q._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et K._____, psychiatre, ont posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de syndrome pyramidal droit post-traumatique. Les diagnostics de majoration et d'amplification des symptômes avec comportement théâtral, de dysthymie, ainsi que de status après ténotomie pyramidale associée à une neurolyse du nerf sciatique le 23 janvier 2008 n'avaient quant à eux aucun effet sur ladite capacité. Les spécialistes ont retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans port de charges de plus de 19 kg, sans porte-à-faux et avec l'alternance des positions assise et debout) dès le 15 mars 2008, soit six semaines après l'intervention du 23 janvier 2008.

L'OAI a encore confié la réalisation d'une expertise au Dr Z._____, neurologue. Dans un rapport du 25 janvier 2010, ce dernier a retenu que les lombalgies et les douleurs des membres inférieurs n'avaient pas de substrat somatique clairement objectivable et n'entravaient pas la reprise d'une activité adaptée à 100 %. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 23 juin 2011 à l'OAI, la psychologue D._____, sous la supervision de la Dresse X._____, psychiatre, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen existant depuis septembre 2008, lequel avait un effet sur la capacité de travail.

Le Dr L._____, médecin au SMR, a constaté que la Dresse X._____ ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail de l'assuré et que le diagnostic retenu n'était pas étayé. Un examen clinique au SMR avait en outre permis d'écarter une incapacité de travail d'origine psychiatrique (cf. avis médicaux des 10 mai 2010 et 6 juillet 2011).

Par décision du 7 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008, soit trois mois après l'amélioration ayant eu lieu en mars 2008. La Cour des assurances sociales (arrêt CASSO 358/11 - 227/2013 du 11 septembre 2013), puis le Tribunal fédéral (TF 9C_763/2013 du 12 février 2014) ont rejeté les recours formés par l'assuré.

En parallèle, par décision sur opposition du 2 mars 2012, la CNA a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17 % dès le 1^{er} décembre 2011 et a nié tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette décision sur opposition a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans, laquelle l'a rejeté (arrêt CASSO AA 43/12 - 80/2013 du 11 septembre 2013).

B. Le 5 février 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a notamment joint un rapport du 23 octobre 2014 établi à la suite d'une hospitalisation du 13 août au 16 septembre 2014 à

l'HH._____ en raison d'une pancréatite aiguë d'origine indéterminée. Il a également annexé un rapport du 7 janvier 2016 de la Dresse C._____, psychiatre, et de la psychologue D._____, informant qu'il était revenu à leur consultation en mars 2015. Elles retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques.

Par la suite, l'assuré a transmis un rapport du 26 juin 2016 du Dr J._____, selon lequel il présentait un important déconditionnement musculaire et effectuait ses déplacements en chaise roulante. Le 1^{er} septembre 2016, le Dr J._____ a expliqué à l'OAI que son patient s'était acheté lui-même un fauteuil roulant car il ne pouvait pas marcher plus de 50 à 100 mètres en raison de spasmes du membre inférieur droit.

L'OAI a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire auprès du B._____ (ci-après : le B._____). L'assuré a été examiné le 30 mars 2017 par le Dr V._____, psychiatre, le 7 avril 2017 par la Dresse I._____, neurologue, et le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, puis le 11 avril 2017 par la Dresse T._____, spécialiste en médecine interne. Dans leur rapport du 20 juillet 2017, les experts ont posé, comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, celui de déconditionnement musculaire global depuis 2008. Quant aux diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, ils ont notamment retenu une pancréatite récidivante depuis août 2014, un probable phénomène d'amplification des plaintes, une dysthymie et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'incapacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10 kg et sans marche au-delà d'un kilomètre, ceci depuis juin 2008.

Par projet de décision du 1^{er} décembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Il a expliqué qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison entre le revenu qu'il pourrait obtenir sans invalidité et celui réalisable avec invalidité aboutissait à un degré

d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente.

Le 22 janvier 2018, l'assuré, par son conseil Me Ana Rita Perez, s'est opposé à ce projet. Le 2 février 2018, Me Perez a informé l'OAI que son client était hospitalisé depuis le 24 janvier 2018 en raison d'une nouvelle récurrence de pancréatite. Elle a sollicité de l'OAI qu'il demande des rapports aux médecins de l'HH._____.

Par décision du 2 mars 2018, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Dans un courrier du même jour, il a relevé que selon le SMR, il n'y avait pas de fait nouveau ou d'aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du 20 juillet 2017.

C. Par acte du 23 avril 2018, N._____, représenté par Me Perez, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée dès le 4 février 2016. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Il a soutenu qu'il se déplaçait en chaise roulante électrique, qu'il ressentait quotidiennement des douleurs et qu'il était dès lors incapable d'exercer une activité lucrative. Il a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise de médecine interne visant à examiner l'influence des pancréatites chroniques sur sa capacité de travail, et d'une nouvelle expertise tendant à étayer la présence ou l'absence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a également requis l'audition de son épouse et la mise sur pied d'une expertise sur ses relations psychosociales et sa capacité à effectuer les tâches quotidiennes. Il a joint un rapport du 21 mars 2018 des Drs O._____, médecin, et P._____, chirurgien au Service de chirurgie de l'Y._____, établi à la suite de son hospitalisation du 24 janvier au 7 février 2018 en raison d'une pancréatite aiguë d'origine indéterminée.

Par décision du 14 juin 2018, le juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au

23 avril 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Ana Rita Perez. Le recourant a par ailleurs été astreint à verser une franchise mensuelle de 100 fr. à compter du 1^{er} juillet 2018.

Les 18 juin et 24 septembre 2018, Me Perez a informé que le recourant avait à nouveau dû être hospitalisé pour une pancréatite le 11 juin 2018, respectivement le 20 septembre 2018.

Dans l'intervalle, dans sa réponse du 12 juillet 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 21 novembre 2018, le recourant, par son conseil, a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise gastro-entérologique et rhumatologique, tendant à examiner d'une part l'éventualité d'une pancréatite auto-immune de type II et d'autre part l'existence d'une autre maladie auto-immune. Le recourant a notamment joint un rapport du 25 juin 2018 du Dr S._____, allergologue, posant en particulier le diagnostic de pancréatites récidivantes de 2014 à 2018 et relevant que la question d'une pancréatite auto-immune s'était posée.

Le 5 décembre 2018, le recourant a transmis un rapport établi le 16 octobre 2018 par les Drs R._____, médecin, et P._____, faisant suite à son hospitalisation du 20 au 27 septembre 2018 à l'Y._____. Les médecins retenaient le diagnostic de pancréatite aiguë non sévère et constataient qu'il s'agissait du douzième épisode de pancréatite.

Par duplique du 14 janvier 2019, l'intimé a produit un avis du 2 janvier 2019 du Dr E._____, médecin au SMR, lequel proposait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rhumatologique, gastroentérologique et de médecine interne. Le Dr E._____ relevait que 18 mois s'étaient écoulés depuis l'expertise du B._____ et que deux [recte : trois] nouveaux épisodes de pancréatite avaient donné lieu à des hospitalisations par la suite. L'intimé a ajouté que l'aspect neurologique mériterait également d'être investigué.

Le 8 avril 2019, Me Perez a informé que le recourant avait à nouveau été hospitalisé pour une pancréatite le 25 mars 2019.

Le 11 avril 2019, le juge en charge de l'instruction a informé les parties que la cause paraissait en état d'être jugée. Il a rejeté les mesures d'instruction requises, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

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 - 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 art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 5 février 2016.

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). Est réputée incapacité de gain 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 al. 1 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 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). 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 (art. 16 LPGA).

b) Lorsque la rente a été refusée – en l'occurrence, supprimée – parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la

dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 février 2016 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision du 7 novembre 2011, confirmée par arrêts de la Cour de céans, puis du Tribunal fédéral, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit à la rente (cf. consid. 3b supra).

Par la décision du 7 novembre 2011, l'OAI a constaté que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2008 (cf. rapport du 10 novembre 2008 des Drs Q._____ et K._____, rapport du 25 janvier 2010 du Dr Z._____).

Pour rendre la décision litigieuse du 2 mars 2018, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 20 juillet 2017 des experts du B._____, lesquels retenaient également une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis 2008. Toutefois, sur le plan psychique, cette expertise ne répond pas aux réquisits posés par la jurisprudence récente du Tribunal fédéral concernant l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques (cf. consid. 5 supra). Certains indicateurs sont certes abordés, mais de manière trop succincte. Sur le plan somatique, les experts ont attribué les pancréatites à répétition à une médication analgésique par

MST, tout en observant que l'analyse sanguine réalisée ne permettait pas de déceler les doses que l'assuré avait annoncé prendre (cf. p. 35). Ceci paraît contradictoire. En outre, les experts ont estimé que les pancréatites récidivantes devaient désormais s'arrêter avec le sevrage de la médication. Selon eux, dans le cas contraire, il était nécessaire de réévaluer la pathophysiologie de ces pancréatites. Force est de constater que celles-ci n'ont pas cessé après l'expertise. Un nouvel épisode de pancréatite s'est d'ailleurs produit en janvier 2018, dont l'OAI a été informé avant de rendre la décision litigieuse. Cette question devait faire l'objet d'un nouvel examen, comme le suggère désormais le SMR.

La situation médicale du recourant n'a ainsi pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, comprenant un volet psychiatrique, gastroentérologique, rhumatologique et de médecine interne, spécialités qu'il a d'ailleurs lui-même proposées, comme le recourant. L'intimé a également suggéré l'ajout d'un volet neurologique. A première vue, l'adjonction d'un neurologue au panel d'experts qui sera désigné ne paraît pas nécessaire. Néanmoins, si ceux-ci estiment le contraire, ils pourront proposer qu'un neurologue - ou tout autre spécialiste - soit également consulté avant de rendre leur rapport d'expertise.

Il appartiendra ensuite à l'intimé, sur la base de cette expertise, de rendre une nouvelle décision.

7. Il n'y a pas lieu de procéder dans la présente procédure de recours, à l'audition de l'épouse du recourant, ni à la mise en œuvre d'une expertise spécifique sur ses relations psycho-sociales et sur sa capacité à effectuer les tâches quotidiennes, comme il le requiert. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance,

l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'500 fr., débours forfaitaires et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 2 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 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 la somme de 3'500 fr. (trois 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 Ana Rita Perez (pour N. _____)
- 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).

La greffière :