

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 février 2025

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Andres Perez, avocat à Genève,

et

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

Art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, travaillait comme préparateur automobile à 100% pour le compte de M._____SA depuis le 12 septembre 2011, lorsqu'il a été victime d'une chute, le 29 septembre 2014, ayant occasionné une entorse du genou droit.

La Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accident (CNA) a pris en charge le cas.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou droit de l'assuré réalisée le 8 octobre 2014 a montré une lésion mucoïde de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne, une chondropathie de grade II à III du plateau tibial externe, une lésion mucoïde de grade II des cornes antérieures et postérieures du ménisque externe, une chondropathie rotulienne de stade II à III, ainsi qu'une plica synoviale.

L'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le 30 septembre 2014 et les rapports de travail ont été résiliés par l'employeur le 6 février 2015 avec effet au 30 avril 2015.

Dans un rapport du 28 février 2015, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à des gonalgies de surcharge sur un morphotype en valgus chez un patient obèse dans les suites d'une entorse du ligament latéral interne. Il a prescrit des séances de physiothérapie, sans indication à une chirurgie et a recommandé la mise sur pied d'une consultation spécialisée pour l'obésité.

b) Le 5 mai 2015, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant quant au genre d'atteinte à la santé un ligament du genou droit déchiré et un ménisque endommagé.

Le dossier de l'assuré constitué auprès de la CNA a été versé dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI.

Dans un rapport du 26 mai 2015, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « forte » entorse du genou droit avec lésion du ligament collatéral interne et lésions mucoïdes des ménisques, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un excès pondéral, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, ainsi que des lombalgies. Le médecin précité n'a retenu aucune limitation fonctionnelle.

Dans un rapport du 17 juin 2015 de la consultation de prévention et de traitement de l'obésité du Centre hospitalier G._____, ([...]), il était fait état d'un trouble non spécifié du comportement alimentaire chez l'assuré. La question de la mise en place d'un by-pass était évoquée.

Dans un rapport du 14 août 2015, la Dre S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier G._____, a évoqué des douleurs mécaniques du genou droit de l'assuré avec une impossibilité de s'accroupir et de s'agenouiller. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors était de 100% avec une adaptation des conditions de travail et la possibilité d'être plutôt assis.

Une nouvelle IRM du genou droit de l'assuré a été réalisée le 24 septembre 2015, laquelle a mis en évidence une petite zone de défaut cartilagineuse de la portion centrale du plateau tibial externe, comblée par du matériel hyperintense T2, s'étendant sur environ 0,5/1 cm, sans altération du signal osseux sous-chondral, ni lésion méniscale associée, et de dysplasie de la trochlée, infiltration du Hoffa adjacent au pôle inférieur de cette dernière susceptible de refléter une surcharge de l'appareil extenseur.

Une arthro-IRM du genou droit de l'assuré a été effectuée le 21 avril 2016, laquelle a montré des déchirures intra-méniscales avec traits transverse et oblique intéressant respectivement le ménisque interne et externe, sans extension à la surface articulaire, deux fissures du cartilage fémoro-patellaire interne avec trois fragments visualisés dans la partie déclive du récessus articulaire, ainsi qu'une zone de chondromalacie du plateau tibial externe.

L'assuré a séjourné à la Clinique J._____ ([...]) du 12 avril au 18 mai 2016. Dans le rapport y relatif du 7 juin 2016, des limitations fonctionnelles provisoires au niveau du genou droit de l'assuré ont été retenues, soit les longs déplacements, le port de charges lourdes, les positions contraignantes pour le genou (accroupi et à genoux), les positions debout prolongées, ainsi que monter et descendre des escaliers et des échelles.

Dans un rapport SMR du 6 novembre 2017, le Dr W._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : les déplacements à pied prolongés, le port de charges limité à 5-10 kg, le travail en position accroupie et le franchissement régulier d'escaliers/escabeaux. Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2017, en dépit des facteurs contextuels défavorables (déconditionnement physique, comportement passif, autolimitant, sous-estimation des réelles capacités fonctionnelles et kinésiophobie).

Par décision du 11 octobre 2018 confirmant un projet du 2 mai 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2017.

c) Le 21 octobre 2020, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des douleurs au dos, au genou droit et à l'épaule droite.

Invité à fournir des éléments médicaux attestant d'une modification de son état de santé, l'assuré a notamment produit un

rapport du 12 janvier 2021 de la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel la médecin précitée mentionnait que l'assuré était suivi à sa consultation depuis janvier 2019 et que les diagnostics de dysthymie, de trouble anxieux avec agoraphobie et d'éventuelle majoration des symptômes douloureux pour raisons psychiques avaient été posés au début de la prise en charge du patient. La spécialiste précitée concluait que celui-ci, fragile psychologiquement, présentait des limitations fonctionnelles caractérisées essentiellement par une grande fatigabilité, une intolérance au stress et à la pression autoritaire, ainsi que des limitations relationnelles (difficultés dans la gestion des émotions, notamment irritabilité et colère), lesquelles empêchaient une potentielle reprise d'activité professionnelle.

L'assuré a également produit un rapport du 28 janvier 2021 de la DreP._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel celle-ci mentionnait une symptomatologie anxio-dépressive avec somatisation et listait diverses atteintes musculosquelettiques et articulaires, en particulier des blocages mécaniques de l'articulation sacroiliaque droite, de L4-L5, ainsi que de C4-C5-C6 du côté droit avec une colonne dorsale haute globalement raide et rigide, des dysfonctions costo-dorsales, une dysbalance musculaire des abdominaux obliques, des dysfonctions du sus-épineux, du sous-scapulaire, du biceps et du pectoral, ainsi qu'une perte de stabilité dynamique du genou droit sur inhibition fonctionnelle du quadriceps et de l'ischio-jambier droit. Au niveau neurologique, l'examen clinique était dans la norme. Le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle étaient contrôlés et le patient avait connu une perte pondérale significative.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a requis un rapport complémentaire de la Dre N._____. Aux termes de ce document, daté du 2 mars 2021, celle-ci a indiqué que l'état de santé du patient s'était légèrement péjoré depuis son dernier rapport dû à une légère montée d'anxiété à la suite de la suspicion d'un accident ischémique transitoire (AIT) par ses médecins, mais non envahissante, et d'un moral plus bas dans le cadre d'une séparation récente d'avec son épouse.

Sur demande du SMR du 26 avril 2021, une expertise psychiatrique a été réalisée auprès du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 octobre 2021, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic du registre psychiatrique avec une répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr V._____ a mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte depuis janvier 2018 (F41.2), des traits de personnalité émotionnellement labile et anxieuse (Z73.1), alors bien compensés - étant précisé que ce trouble n'avait pas empêché l'assuré de travailler et ceci, sans limitations, ni de gérer son quotidien sans limitations psychiques - ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) sans indices de gravité jurisprudentiels remplis en l'état. Selon l'expert, la capacité de travail de l'assuré était de 100% sur le plan psychique dans l'activité exercée jusque-là.

Dans un avis du 21 octobre 2021, le Dr K._____ du SMR a considéré que l'expertise était probante et qu'elle pouvait être suivie. Il a ainsi maintenu les conclusions du précédent rapport SMR.

Par décision du 17 janvier 2022 confirmant un projet du 22 octobre 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Le 13 mars 2024, C._____ a déposé, auprès de l'OAI, un questionnaire de révision, daté du 29 février 2024, dans lequel il a mentionné une « aggravation du rachis lombaire, de la colonne lombaire, des genoux, de l'épaule droite etc. selon les rapports des médecins », accompagné des pièces suivantes :

- un rapport du 27 novembre 2023 de la Dre P._____, qui faisait état d'une évolution clinique défavorable depuis 2015 confirmée, selon elle, par des éléments de constats objectifs (IRM, radiographies, consultations spécialisées périodiques réalisées par plusieurs spécialistes) se retrouvant dans les pièces médicales, et dans lequel celle-ci

concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité ;

- un rapport du 8 décembre 2023 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel ce médecin qui suivait l'assuré depuis septembre 2022, constatait un trouble d'adaptation, en réaction dépressive prolongée (F43.21) due aux affections médicales multiples et concluait à une capacité de travail nulle tant dans toute activité.

Un courrier du 12 mars 2024 du conseil de l'assuré, joint à la demande de révision, mentionnait en particulier une pathologie à l'épaule droite sous la forme d'une lésion musculo-tendineuse de la coiffe des rotateurs, ainsi que des lombalgies chroniques en raison notamment d'une hernie L3-L4.

Dans un compte rendu du 23 avril 2024, la permanence du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de modification notable de l'état de santé de l'assuré et que les limitations fonctionnelles retenues dans ses précédentes déterminations restaient inchangées. Ainsi, en l'absence de modification des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, retenue précédemment, restait totale.

Par décision du 10 juin 2024 confirmant un projet du 23 avril 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'assuré le 13 mars 2024.

B. Par acte du 3 juillet 2024, l'assuré, assisté de Me Andres Perez, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que l'OAI entre en matière sur la demande déposée le 13 mars 2024. Il fait en substance valoir que son état de santé s'est aggravé et mentionne en particulier une atteinte à l'épaule, un état dépressif ainsi qu'un trouble de l'adaptation lesquels n'auraient, selon lui, par été pris en compte dans le cadre de la décision du 17 janvier 2022.

Dans sa réponse du 5 août 2024, l'intimé propose le rejet du recours, en s'appuyant sur la jurisprudence selon laquelle seuls les documents et allégations déposés auprès de l'autorité inférieure jusqu'au prononcé de la nouvelle décision sont à prendre en considération.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité

déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande que celui-ci a déposée le 13 mars 2024, singulièrement sur le point de savoir si sa situation s'est modifiée dans une mesure susceptible d'influer le droit aux prestations depuis la précédente décision de refus du 17 janvier 2022.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5. a) 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

6. a) En l'espèce, par décision du 10 juin 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée le 13 mars 2024 par le recourant, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 17 janvier 2022.

Dans la mesure où l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision déposée le 13 mars 2024 par le recourant, il s'agit pour la Cour de céans d'examiner si le rapport du 27 novembre 2023 de la Dre P._____, d'une part, et celui du 8 décembre 2023 du Dr Q._____, d'autre part, établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue par l'intimé le 17 janvier 2022, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen du droit aux prestations.

b) Sur le plan somatique, la Dre P._____ soutient, dans son rapport du 27 novembre 2023, que les derniers examens pratiqués confirment une évolution défavorable, sans en donner les détails. Pour ce qui est du rachis lombaire en particulier, celle-ci se réfère à une IRM pratiquée le 10 octobre 2023 qui montrerait une aggravation par rapport à l'IRM pratiquée le 19 février 2018. Or le rapport d'IRM du 10 octobre 2023, cité par la Dre P._____, ne figure pas au dossier et n'a pas été produit par le recourant dans le cadre de la demande de révision. Au demeurant, ce rapport devrait être comparé à la situation telle qu'elle se présentait en janvier 2022, date de la dernière décision reposant sur un examen

matériel du droit aux prestations (et non en février 2018). On ne peut donc rien déduire des considérations de la Dre P._____. Concernant le genou droit, la médecin précitée cite un examen IRM du 13 octobre 2023, dont le rapport ne figure pas non plus au dossier et n'a pas non plus été produit par le recourant. On ne dispose que d'une interprétation de la Dre P._____ - de surcroît médecin généraliste - qui se contente de lister des atteintes déjà connues et pour lesquelles les limitations fonctionnelles suivantes avaient été retenues : déplacements à pied prolongés, port de charges limité à 5-10 kg, travail en position accroupie et franchissement régulier d'escaliers/escabeaux (cf. avis SMR du 6 novembre 2017), sans étayer des restrictions supplémentaires. Enfin, s'agissant de l'épaule droite du recourant, la Dre P._____ se réfère à une IRM du 13 octobre 2023 qu'elle compare à une IRM du 19 avril 2022 - dont les rapports ne figurent, là encore, pas non plus au dossier, ni n'ont été produits pas le recourant - pour prétendre à une aggravation des atteintes. A nouveau, on ne peut rien déduire du rapport de la Dre P._____ qui ne fait que citer des extraits de rapports d'IRM sans leurs conclusions et sans que nous n'ayons à disposition les documents en question. Cela étant, on relèvera que les atteintes à l'épaule droite du recourant sont déjà connues puisque la Dre P._____ avait déjà mentionné des dysfonctions du sus-épineux et du sous-scapulaire dans un rapport du 28 janvier 2021 fourni dans le cadre de la deuxième demande (cf. également demande du 21 octobre 2020). Le SMR a, pour sa part, estimé que ces atteintes n'avaient pas de répercussions fonctionnelles et s'est concentré sur le volet psychiatrique en proposant la réalisation d'une expertise dans ce registre uniquement (cf. avis du 21 avril 2021). En l'occurrence, à supposer même qu'une limitation fonctionnelle doive entrer en considération (en particulier les travaux nécessitant une position des bras au-dessus de l'horizontale), cela ne changerait rien quant à l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé du recourant rendue plausible dans ce registre, susceptible d'influencer son droit à des prestations.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr Q._____ a posé le diagnostic, dans son rapport du 8 décembre 2023, de trouble d'adaptation, en réaction dépressive prolongée (F43.21) due aux affections médicales multiples, sans toutefois motiver ce diagnostic. Dans le rapport d'expertise du 8 octobre 2021, le Dr V._____ avait retenu notamment le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte depuis janvier 2018. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, une composante dépressive avait bien été prise en compte par ce médecin mais considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail après une analyse détaillée. Quant au trouble de l'adaptation, il s'inscrit dans le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile et anxieuse retenu par ce spécialiste et considéré comme sans effet sur la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, on ne saisit pas comment le DrQ._____ parvient à la conclusion d'une capacité de travail nulle alors qu'il se borne à poser des diagnostics sans toutefois les motiver et qu'il n'évoque pas précisément de limitations fonctionnelles d'ordre psychique en lien avec ces diagnostics, contrairement au DrV._____ qui a mentionné en particulier une tristesse subjective fluctuante, une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, l'absence d'aboulie ainsi qu'un isolement social partiel dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2021 et qui a tout de même conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Le rapport du Dr Q._____, dans lequel ce médecin procède à une appréciation différente d'un même état de fait, ne permet ainsi pas d'admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique.

d) En conclusion, les rapports produits par le recourant à l'appui de la demande de révision qu'il a déposée le 13 mars 2024 n'établissent pas de manière plausible une aggravation de son état de santé. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur cette demande.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, celui-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement supportés par l'Etat.

c) Dans la mesure où l'octroi de l'assistance judiciaire en faveur du recourant comprend la désignation d'un avocat, Me Perez peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Celui-ci a produit une liste d'opérations le 3 février 2025, faisant état de 8 heures et 40 minutes consacré au dossier du recourant, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et 3 al. 1 RAJ). Ces opérations étant justifiées, il convient de fixer le montant de l'indemnité à 1'560 fr., montant auquel s'ajoutent la TVA par 126 fr. 35 (1'560 fr. x 8.1%) et le forfait de 5 % du défraiement hors taxe par 78 fr. ([1'560 fr. x 5%] ; art. 3bis RAJ). L'indemnité de Me Perez est ainsi arrêtée 1'764 fr. 35, débours et TVA compris.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 39a CDPJ ; BLV 211.02 par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

d) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

**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 10 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Andres Perez, conseil d'C. _____, est arrêtée à 1'764 fr. 35 (mille sept cent soixante-quatre francs et trente-cinq 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 judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Andres Perez (pour le recourant),
- 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 :