

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mme Pasche et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

B. _____, à (...), recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

O. _____, à Vevey, intimé.

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], a été employé auprès de l'entreprise [...] dès [...] en qualité de manutentionnaire. Victime d'un accident de moto le 22 juin 2001 qui s'est soldé par une fracture de la rotule droite, il n'a plus travaillé depuis.

Le 19 février 2002, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de problème de genoux et de dos en lien avec l'accident subi en 2001.

L'assuré a suivi un stage d'évaluation et d'observation au Centre de formation professionnelle [...] du 25 août au 24 novembre 2003. Il a résulté du rapport faisant suite à ce stage que l'assuré disposait d'aptitudes dans les travaux manuels mais que son absence de motivation, en lien avec ses douleurs physiques, ne permettait pas d'envisager la poursuite du stage ou la mise en place d'un projet professionnel.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, réalisée par la Dresse P._____, spécialiste en rhumatologie. Aux termes de son rapport d'expertise du 18 octobre 2004, elle a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose fémoro-rotulienne droite évolutive post-traumatique et de lombalgies communes. En raison de ces troubles, la capacité de travail dans l'activité habituelle de manutentionnaire était de 50% et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (activité semi-sédentaire avec alternance des positions, éviter de monter sur une échelle ou se déplacer sur un terrain instable et des sols mouillés ; pas de port de charge de plus de 15 à 20 kg).

L'assuré a bénéficié d'un suivi sur le plan psychiatrique auprès de la [...], spécialiste en psychiatrie auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...], laquelle a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 7 janvier 2005. Elle a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, et trouble dépressif d'intensité moyenne avec tendance à la chronicisation. L'incapacité de travail était de 50%, avec un pronostic à moyen et long terme réservé.

Par avis du 16 février 2005, le SMR s'est rallié à l'appréciation de la Dresse P._____ sur le plan somatique et a considéré que les troubles psychiques de l'assuré n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Il a ainsi retenu, au titre d'atteinte principale à la santé, une arthrose fémoro-rotulienne droite post-traumatique, des lombalgies communes, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, ce dernier trouble étant sans influence sur la capacité de travail. Il a écarté le diagnostic de trouble dépressif retenu par la Dresse [...], en présence d'un premier épisode dépressif. L'appréciation de la Dresse [...] sur le plan somatique n'était par ailleurs pas pertinente, émanant d'une psychiatre et étant, pour le surplus, contradictoire aux observations de la Dresse P._____.

Partant, l'OAI a procédé à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assuré, tenant compte d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, en renonçant à suggérer d'autres mesures professionnelles. Il a fixé un revenu sans invalidité de 56'380 fr. et un revenu d'invalidité de 51'307 francs. Ressortait de la comparaison des gains un taux d'invalidité de 9%.

Partant, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 6 juillet 2005, le degré d'invalidité de 9% n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. L'assuré a fait une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI le 1^{er} juin 2007.

Par projet de décision du 13 juillet 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 1^{er} juin 2007, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié depuis sa dernière décision. L'OAI a confirmé son projet par décision du 21 septembre 2007.

C. Le 12 juillet 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Il a produit un rapport médical du 5 décembre 2012 établi par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et le psychologue N._____, lequel faisait état d'une symptomatologie dépressive importante avec des troubles du sommeil, une thymie triste, des troubles de la concentration et de l'attention, de l'irritabilité et un sentiment de désespoir.

Dans un rapport médical du 28 janvier 2013 sur formulaire ad hoc à l'intention de l'OAI, le Dr [...], spécialiste en médecine générale, a posé le diagnostic de fracture de la rotule droite et lombalgies chroniques récidivantes depuis 2001. L'assuré était néanmoins en mesure d'effectuer un travail léger, sans gros efforts, en évitant la position accroupie.

Dans son rapport du 21 mars 2013, le Dr S._____ a retenu le diagnostic affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'immédiat.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié à la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie. Dans un rapport du 3 décembre 2013, faisant suite à un examen du 13 novembre 2013, la Dresse Q._____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. L'assuré présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ces troubles étant cependant sans influence sur la capacité de travail. Les facteurs psychosociaux étaient au premier plan avec une situation de couple difficile, une épouse bénéficiant

d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, des difficultés financières importantes et des dettes. Le pronostic paraissait mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, dans la mesure où l'assuré adoptait un comportement d'invalidé.

Par avis médical du 12 février 2014, le Dr D._____, du SMR, a constaté que l'état somatique de l'assuré n'avait pas évolué. En l'absence de troubles psychiatriques invalidants, la capacité de travail précédemment admise pouvait être retenue (50% dans l'activité exercée, et 100% dans une activité adaptée).

Partant, l'OAI a établi un projet de décision le 1^{er} mai 2014 dans le sens d'un refus de rente. Il a confirmé ce projet par décision du 18 juin 2014.

Par courrier du 23 juin 2014, le Dr S._____ et le psychologue N._____ ont fait savoir à l'OAI que l'état de santé psychiatrique de l'assuré se péjorait, précisant que le trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2) dont il était atteint perdurait malgré une bonne compliance au traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

L'OAI n'a pas donné suite à ce courrier, produit tardivement, ce dont elle a informé l'assuré par courrier du 30 juin 2014.

D. Le 23 septembre 2016, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations, en mentionnant être atteint d'un trouble dépressif récurrent et un trouble somatoforme.

Le 26 septembre 2016, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible l'aggravation de son état de santé.

Le 11 novembre 2016, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie, et le psychologue N._____ ont adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel ils ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme indifférencié. Le Dr K._____ et le

psychologue N._____ ont constaté une aggravation du trouble dépressif récurrent, ayant nécessité plusieurs réévaluations de la médication prescrite, ce qui indiquait que le trouble dépressif avait cessé d'être épisodique et rémittent pour devenir constant. Ils déduisaient par ailleurs des plaintes somatiques exprimées de façon persistantes par l'assuré qu'il souffrait d'un trouble somatoforme.

L'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 2 décembre 2016, par lequel il a indiqué à l'assuré qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une modification substantielle de sa situation depuis la précédente décision de refus de rente.

Dans son avis médical du 28 mars 2017, la Dresse L._____, du SMR, a indiqué que l'assuré n'apportait aucun élément nouveau permettant d'entrer en matière sur sa demande. En particulier, le syndrome douloureux somatoforme était déjà rapporté par la Dresse Q._____ dans son expertise du 3 décembre 2013 et considéré comme non incapacitant.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 28 juin 2017, identique à son projet de décision du 2 décembre 2016.

E. Par acte du 25 août 2017, B._____, représenté par son conseil Me Paul-Arthur Treyvaud, a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une nouvelle expertise. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant a fait valoir que son état de santé s'était aggravé, ce que le Dr K._____ avait confirmé dans son rapport du 11 novembre 2016.

Le 28 septembre 2017, la juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 25 août 2017, avec exonération de frais et désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud.

Dans sa réponse du 26 octobre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a constaté que la décision litigieuse se référait par erreur à la décision du 6 juillet 2005, en lieu et place de celle du 18 juin 2014, pour apprécier l'évolution de la situation médicale du recourant. L'erreur ne portait néanmoins pas à conséquence. L'intimé a par ailleurs retenu que le rapport médical du Dr K. _____ du 11 novembre 2016 n'apportait pas de fait nouveau par rapport à l'expertise psychiatrique du 3 décembre 2013, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

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 (art. 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 en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 23 septembre 2016.

3. a) En vertu 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.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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.

b) 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2a ; TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). 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 ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 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 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et les références citées). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – 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]).

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 et 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 (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

d) 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 en va de même de la jurisprudence applicable.

e) 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 et 130 V 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, il convient d'examiner si, dans le contexte de sa nouvelle demande du 23 septembre 2016, l'assuré a rendu plausible une modification de son état de santé de nature à influencer sur sa capacité de travail et de gain depuis la précédente décision statuant au fond sur son droit à une rente AI, à savoir celle du 18 juin 2014. Le fait que la décision litigieuse se réfère par erreur à la décision du 6 juillet 2005 est sans conséquence dans la mesure où le SMR a en réalité comparé la situation médicale actuelle avec celle de l'époque de la décision du 18 juin 2014, en se référant à l'expertise du 3 décembre 2013. La Cour de céans se bornera dès lors 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.

b) A l'appui de sa demande du 23 septembre 2016, le recourant a produit un rapport médical du 11 novembre 2016 établi par le Dr K._____ et le psychologue N._____. Ceux-ci retiennent les diagnostics de troubles dépressifs récurrents et de trouble somatoforme indifférencié, attestant une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de l'importance et de la persistance des symptômes dépressifs et des douleurs physiques. Le courrier du 23 juin 2014 établi par le Dr S._____ est également à prendre en compte dans le cadre de cette quatrième demande de prestations, puisqu'il a été produit après la décision du 18 juin 2014 (troisième demande). Il ressortait de ce rapport que l'état de santé psychiatrique de l'assuré se péjorait, malgré une bonne compliance au traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

L'OAI a retenu que l'assuré n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 18 juin 2014. Il s'est référé à l'avis du 28 mars 2017 établit par la Dresse L._____ du SMR, laquelle observait que le syndrome douloureux somatoforme évoqué par le Dr K._____ avait déjà été rapporté dans l'expertise du 3 décembre 2013. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur les éléments en lien avec le trouble dépressif rapporté par le Dr K._____.

Or, par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 18 juin 2014, le Dr K. _____ a fait état dans son rapport du novembre 2016, de plusieurs symptômes du registre dépressif qui n'étaient pas présents - ou à tout le moins pas dans une telle mesure - lorsque l'expertise du 3 décembre 2013 a été réalisée. Il a en effet rapporté que le recourant présentait une thymie triste, une irritabilité, une grande fatigue, une anhédonie, une perte d'estime de soi, un retrait social fort, des ruminations, des idées noires et des plaintes somatiques. L'assuré présentait par ailleurs une conscience morbide. En comparaison, on rappelle que l'experte psychiatre avait objectivé dans le rapport d'expertise du 3 décembre 2013 une humeur dépressive, un manque d'énergie et un sentiment de dévalorisation. Aucun autre symptôme du registre dépressif n'était observé.

La Dresse Q. _____ avait par ailleurs exclu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en l'absence de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de période de rémission. Le Dr K. _____ a quant à lui expliqué qu'il avait dû réévaluer à plusieurs reprises depuis 2013 le traitement prescrit, en raison de l'aggravation du trouble dépressif récurrent. Pour lui, une telle évolution indiquait que le trouble dépressif avait cessé d'être épisodique et rémittent pour devenir constant. On remarquera à cet égard que la prescription de Tranxilium a effectivement augmenté depuis 2013 puisqu'elle est passée de 5mg à 20mg en 2016. On notera par ailleurs que la Dresse Q. _____ avait observé une mauvaise compliance de l'assuré au traitement antidépresseur prescrit alors que ce dernier semble désormais se soumettre à son traitement, mais sans bénéfice, S. _____ dans son rapport du 23 juin 2014. Les éléments médicaux récents contrastent donc avec les constatations faites à l'époque de l'expertise du 3 décembre 2013 et rendent plausible une aggravation de l'état de santé au plan psychiatrique, propre à influencer le taux d'invalidité du recourant. Vu ces éléments, il se justifie que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 23 septembre 2016 et reprenne l'instruction du dossier.

On notera au surplus que le trouble somatoforme douloureux évoqué par le Dr K. _____ dans son rapport du 11 novembre 2016 n'est

pas un diagnostic nouveau puisque la Dresse Q._____ le mettait déjà en évidence dans son expertise du 3 décembre 2013. On observe cependant qu'aucun élément au dossier ne permet d'apprécier la capacité de travail du recourant au regard des nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de trouble somatoforme (cf. ATF 141 V 281), ce à quoi l'OAI devra être attentif dans le cadre de l'instruction du dossier à venir.

5. Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée s'avère bien fondée. Il y a donc lieu d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la nouvelle demande, soit déterminer la capacité de travail du recourant au regard des troubles psychiatriques qu'il présente, en procédant aux investigations médicales utiles et, en cas de modification effective de l'exigibilité, à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré.

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 ; 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'000 fr., débours et TVA compris, et couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 28 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- 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 une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat (pour B. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :