

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2020

Composition : M. NEU, président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de chauffeur-livreur jusqu'au mois d'août 2013.

b) Le 8 juillet 2013, 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), invoquant un « petit problème respiratoire » et indiquant avoir été victime de deux accidents et se trouver depuis dans l'incapacité de travailler à 100 %.

Le 17 juillet 2013, la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents a adressé à l'OAI copie de son dossier. Y figurait en particulier un rapport du 12 juin 2013 du Dr G. _____, spécialiste en neurologie, dont le contenu était notamment le suivant :

« RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

M. B. _____ est un homme âgé actuellement de [...] ans, originaire [...], responsable de chantier, victime le 06.07.2011 d'un premier accident lors duquel son véhicule est entré en collision avec le véhicule qui le précédait et qui avait brusquement freiné pour tourner. L'événement accidentel précité a vraisemblablement entraîné une entorse cervicale. L'évolution post-traumatique a été caractérisée par l'apparition de cervico-brachialgies droites d'évolution lentement favorable sous traitement habituel avec persistance néanmoins de quelques douleurs cervico-brachiales résiduelles.

A relever qu'une IRM cérébrale a été effectuée à [...] le 09.09.2011 qui a révélé uniquement une petite protrusion médiane C5-C6.

Suite au premier accident, M. B. _____ a séjourné à R. _____ où il a rapidement fait valoir une amélioration de la symptomatologie douloureuse de telle sorte que le séjour a été écourté et que le bilan neurologique avec ENMG n'a pas été pratiqué.

Le 02.11.2012, M. B. _____ a été victime d'un 2^{ème} accident lors duquel il a été heurté à la tête par des portes fenêtres entreposées sur le plateau d'une camionnette qu'un coup de vent avait fait basculer.

Transporté à [...], une importante du cuir [sic] chevelu a été suturée chez un patient qui se plaignait par ailleurs de cervicalgies.

L'évolution ultérieure a été caractérisée par l'aggravation et la persistance de cervico-brachialgies droites prédominant au niveau de l'épaule et à la mobilisation de l'épaule avec en outre des paresthésies et un endormissement digitaux ddc à prédominance droite, diurnes et nocturnes, sans altération de la force musculaire et sans anomalie au niveau des membres inférieurs.

Dans les suites du 2^{ème} accident, 2 IRM cervicales ont été pratiquées qui ont révélé une accentuation de la protrusion discale médiane C5-C6 objectivée lors de l'examen du 09.09.2011, associée à une composante inflammatoire, sans signes de myélopathie. A la suite de l'examen du 08.02.2013, une intervention chirurgicale a été proposée au patient qui s'est montré très réticent.

Les traitements ont comporté jusqu'ici AINS, antalgiques mineurs et majeurs, physiothérapie.

A votre examen, vous avez relevé surtout un léger syndrome vertébral cervical et un possible conflit sous-acromial droit.

[...]

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

[...]

Conclusion :

- Discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, à la limite du significatif.
- Absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit et dépendant des myotomes C5 à D1.

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

[...]

Au terme du présent bilan, on peut considérer que M. B. _____ a été victime de 2 traumatismes successifs ayant vraisemblablement comporté, entre autres, une distorsion cervicale. Cette distorsion cervicale n'a clairement entraîné que des cervicalgies voire des brachialgies droites mais n'a pas causé de lésion structurelle du système nerveux périphérique et central. Ces 2 distorsions cervicales se sont produites chez un patient présentant des altérations dégénératives disco-vertébrales pré-existantes tout particulièrement au niveau C5-C6 et C6-C7. Alors que l'atteinte C6-C7 n'a pas progressé, les examens radiologiques successifs ont montré par contre une progression de la protrusion discale C5-C6 qui est venue entraîner un rétrécissement du diamètre du canal rachidien et une compression médullaire toutefois sans myélopathie, compression médullaire asymptomatique jusqu'ici. [...]

Actuellement, le tableau comporte essentiellement une limitation de la mobilité de la nuque et une limitation également de la mobilité de

l'épaule droite à caractère mécanique, sans atteinte radiculaire et médullaire. Par contre, expliquant les troubles sensitifs au niveau des 2 mains, l'examen clinique et l'ENMG mettent en évidence une discrète atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien ».

Par rapport du 19 février 2014, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics incapacitants de traumatisme axial de la colonne cervicale survenu à la mi-novembre 2012, d'entorse cervicale, épitrochléite post-traumatique, entorse interphalangienne proximale au troisième doigt de la main droite suite à un accident de la circulation le 6 juillet 2011, de hernie discale cervicale C5-C6, de cardiopathie éthylique dilatée, d'apnées du sommeil, de scoliose dorsale, de discopathies avec pincements latéraux gauches des étages T6-T7 et T7-T8, de spondylolyse lombaire étagée, d'arthrose articulaire postérieure débutante en L5-S1, d'obésité et d'alcoolisme chronique en rémission partielle ; les diagnostics d'œsophagite type 2, hernie hiatale axiale, d'hypercholestérolémie, de tabagisme chronique et d'hypertension artérielle étaient sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a indiqué que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une évaluation dans le cadre d'un stage permettrait de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a précisé que l'idéal serait que son patient puisse exercer une activité sans port de charges, évitant les mouvements de rotation cervicale et dorso-lombaires, avec possibilité de changer de position. En annexe à son rapport, le Dr L._____ a adressé à l'OAI différents documents, dont notamment :

- un rapport du 8 novembre 2011 du Dr [...], spécialiste en pneumologie, posant les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil avec un index apnées-hypopnées à 24/heures, de bronchite chronique secondaire à un tabagisme, de cardiopathie éthylique dilatée, d'état de stress post-traumatique, d'entorse cervicale avec cervicalgies, post-traumatique, (juillet 2011), d'obésité et d'hypercholestérolémie traitée.
- un rapport du 19 juillet 2012 de R._____ retenant les diagnostics de cervicobrachialgies droites chroniques, d'accident de la voie publique le 10 juillet 2011 avec entorse cervicale et contusion

lombaire, de troubles lombaires dégénératifs, d'uncarthrose cervicale, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil, d'obésité morbide selon l'organisation mondiale de la santé, d'hypercholestérolémie traitée, d'hypertension artérielle traitée et d'épigastalgies. Le rapport précisait que le consultant psychiatre n'avait constaté aucune atteinte psychopathologique.

Dans un avis du 22 avril 2014, le Dr H._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré présentait des cervicobrachialgies droites post-traumatiques et sur hernie discale en C5-C6, un traumatisme axial de la colonne cervicale suite à l'accident de 2012, une entorse cervicale et status post épitrochléite post-traumatique suite à l'événement du 6 juillet 2011, une cardiopathie éthylique dilatée, une scoliose dorsale, une discopathie dorsale diffuse, une spondylose lombaire étagée et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Il a estimé que les diagnostics d'obésité et d'alcoolisme chronique en rémission partielle n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il a également considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail entre les 2 novembre 2012 et 1^{er} juillet 2013 et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était complète depuis. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « inapte activité uniquement debout, dans différentes positions, déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, travail bras-au-dessus de la tête, accroupie ou à genoux, rotation du tronc en position assise/debout, travail en hauteur, port de charges ».

Par décision du 27 octobre 2014 confirmant un projet du 13 août 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une mesure de reclassement ou à une rente d'invalidité. Il a considéré que le degré d'invalidité de l'assuré, de 14.61 %, était insuffisant à ouvrir le droit à ces prestations. Les limitations fonctionnelles retenues reprenaient celles décrites par le Dr H._____ le 22 avril 2014.

c) Le 24 août 2016, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Par courrier du 25 août 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour produire tout document rendant plausible une modification de son degré d'invalidité.

Par projet du 5 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rendre une décision de refus d'entrer en matière.

Le 3 novembre 2016, l'assuré, représenté par Inclusion Handicap, a fait part de ses objections au projet de décision susmentionné. Il a notamment produit :

- un rapport du 28 avril 2015 du Dr M._____, spécialiste en cardiologie, posant les diagnostics cardiovasculaires de :
 - « • Cardiomyopathie dilatée éthylique et hypertensive actuellement compensée sous traitement (avec une FE actuelle de 50% et un VVG (163 ml) normal-supérieur après indexation[.]
 - Hypertension artérielle sévère, longtemps négligée par le patient, vraisemblablement favorisée par l'important SAS (dont le traitement de CPAP est lui-même vraisemblablement aussi souvent négligé) mais avec une rééquilibration rapide et assez satisfaisante sous la quadri-thérapie récemment introduite
 - HVG modérée dans ce contexte ;
 - Ectasie "limite" de l'aorte ascendante (3.8 cm) ;
 - Antécédent d'extrasystolie ventriculaire isolée (mais en tri-quadri- ou penta-gémisme), non constatée lors de l'évaluation de ce jour ».

- un rapport du 21 juillet 2015 rendant compte du séjour de l'assuré auprès de R._____ entre les 24 juin et 14 juillet 2015 et indiquant notamment :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du genou gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Gonarthrose bicompartimentale tibio-fémorale bilatérale
- 27.08.2014: entorse genou gauche (compatible avec entorse sans rupture du LCM)

CO-MORBIDITES

- Cardiopathie dilatée avec fraction d'éjection diminuée
- Hypertension artérielle traitée mais mal contrôlée
- Anémie normocytaire normochrome hyporégénérative
- Carence en fer
- Diabète type II débutant (HbA1c 44.3 mmol/L)
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (CPAP)
- Obésité stade II OMS (BMI 40.7 kg/m²)
- Hypercholestérolémie traitée
- Tabagisme et OH chroniques
- Œsophagite grade II et gastrite chronique (gastroscopie 2013)
- Hémorroïdes grade II-III (colonoscopie 2013)
- Troubles lombaires dégénératifs
- Uncarthrose cervicale
- Hypovitaminose D

[...]

MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'un patient de [...] ans, qui a présenté une entorse du genou gauche en août 2014, sans lésion conséquente. L'imagerie a révélé une discrète gonarthrose bicompartimentale.

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La perception du handicap fonctionnel apparaît en effet hors de proportion avec les données objectives, laissant suspecter l'existence de facteurs contextuels non-médicaux. D'autre part, cliniquement, l'entorse du LCM est guérie et les gonalgies sont davantage en lien avec les troubles dégénératifs déjà constatés sur les radiographies initiales.

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : aucune d'ici à la reprise prévue le 17 août 2015.

La situation est en bonne voie de stabilisation du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, pour ce qui est en lien avec l'accident.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai d'1 mois.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est favorable, en se basant sur les éléments objectifs. [...]

Il a été convenu avec le patient une pleine capacité de travail à partir du 17 août. Le patient devra se ré-inscrire au chômage, n'ayant plus de contrat de travail.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
CHAUFFEUR-LIVREUR

100 % du 24.06.2015 au 16.08.2015.
0 % à partir du 17.08.2015 ».

- un rapport médical du 15 septembre 2016 du Dr L. _____ au contenu suivant :

« Par la présente, j'appuie la demande de révision demandée par le patient.

Il s'agit d'un patient connu pour les problèmes suivants influençant sa capacité de travail :

Douleurs persistantes après entorse cervicale, épitrochléite post-traumatique, entorse IPP du 3ème doigt de la main D suite à un accident de la circulation le 6.7.2011. Hernie discale cervicale C5-C6.

Cardiopathie éthylique dilatée.

Apnées du sommeil.

Scoliose dorsale.

Discopathies avec pincements latéraux gauches des étages T6-T7 et T7-T8.

Spondylose lombaire étagée. Arthrose articulaire postérieure débutante L5-S1.

Obésité morbide.

Gonarthrose fémoro-tibiale du compartiment médial gauche (nouveau diagnostic).

Dépression (nouveau diagnostic).

Le patient présente des douleurs cervico-dorso-lombaire persistante exacerbée [sic] par l'exercice et les changements de temps. Présence de douleurs nocturnes.

Douleur et épanchement du genou G exacerbés par la marche. Périmètre de marche limité à 15 minutes au maximum, par son genou.

Baisse de la thymie et anxiété ayant nécessité l'introduction d'un traitement spécialisé [...]

Sa capacité de travail dans le bâtiment et comme chauffeur livreur est nulle et de manière durable ».

Dans un avis du 15 mars 2017, la Dre [...], médecin auprès du SMR, a constaté que l'OAI avait déjà retenu une incapacité totale de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur et que les limitations fonctionnelles décrites dans l'avis SMR du 22 avril 2014 étaient conservatrices pour le genou. La dépression légère à modérée évoquée, prise en charge au [...] n'était pas incapacitante.

Par décision du 27 mars 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré. Il a considéré que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

B. Par acte du 15 mai 2017, B._____ a déféré la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il a fait valoir que l'OAI n'avait pas tenu correctement compte des rapports médicaux qu'il avait produit. Il a en particulier relevé que le Dr L._____ attestait de deux nouveaux diagnostics - une gonarthrose fémoro-tibiale du compartiment médial gauche et une dépression - limitant sa capacité de travail. Le recourant a en outre requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour les frais de la procédure.

Par décision du 6 juin 2017, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 mai 2017, à concurrence de l'exonération d'avance et de frais judiciaires, le recourant étant exonéré de toute franchise mensuelle.

Le 4 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 août 2016 par le recourant.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). 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 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).

b) 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 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande,

l'administration doit donc 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 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 l'assuré 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).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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 attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 24 août 2016. Il convient dès lors d'examiner si ce dernier a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 27 mars 2017 avec ceux prévalant à l'époque de la décision du 27 octobre 2014 (consid. 3c *supra*).

b) Le recourant estime que sa situation personnelle s'est modifiée depuis le 27 octobre 2014 de manière à influencer ses droits. Il se prévaut à cet égard du rapport du Dr L._____ du 16 septembre 2016 attestant de deux nouvelles atteintes à la santé, une gonarthrose fémoro-tibiale du compartiment médial gauche et une dépression.

Preliminaires, on relève avec le recourant que les autres atteintes énumérées par le Dr L._____ dans son rapport du 16

septembre 2016 avaient été examinées dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations et avaient conduit l'OAI à retenir une incapacité totale de travail dans toute activité entre les 2 novembre 2012 et 1^{er} juillet 2013 puis une incapacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur et une capacité de travail entière dans toute activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles d'inaptitude aux activités uniquement debout, dans différentes positions, déplacement en terrain irrégulier, en se penchant, travail bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, rotation du tronc en position assise ou debout, travail en hauteur et port de charges.

Le recourant invoque son atteinte au genou droit. Il ressort cependant du rapport du 21 juillet 2015 rendu à la suite du séjour de l'intéressé entre le 24 juin et le 14 juillet 2015 auprès de R. _____ dans le but, précisément, de traiter les douleurs au genou que les plaintes et limitations fonctionnelles alléguées ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées. En particulier, l'imagerie ne révélait qu'une discrète gonarthrose bicompartimentale. La perception du handicap fonctionnel apparaissait hors de proportion avec les données objectives, laissant suspecter l'existence de facteurs contextuels non médicaux. Or, l'analyse des atteintes à la santé doit être effectuée sur la base des constatations objectives et plus particulièrement porter sur les empêchements qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 6 avril 2018 consid. 5.2). C'est le lieu de relever que la gonarthrose n'a entraîné aucune limitation fonctionnelle supplémentaire à celles retenues dans la décision du 27 octobre 2014 (rapport de R. _____ du 21 juillet 2015 ; avis du SMR du 15 mars 2017) et qu'une incapacité de travail a été attestée uniquement entre les 24 juin et 16 août 2015, durée insuffisante à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (art. 88a al. 2 RAI). C'est le lieu de relever que, selon le rapport de R. _____, le recourant avait également estimé que ses gonalgies restaient sans effet sur sa capacité de travail puisqu'il est mentionné : « il est convenu avec la patient une pleine capacité de travail à partir du 17 août [2015] ». Ainsi, la gonarthrose invoquée par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations n'a entraîné aucune conséquence

durable sur sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI dans sa décision du 27 octobre 2014.

Le recourant se réfère encore à l'atteinte psychique évoquée par le Dr L. _____ dans son rapport du 16 septembre 2016. Si une telle atteinte n'avait en effet pas été invoquée ni - dès lors - examinée dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée par le recourant, force est de constater qu'elle est alléguée par un médecin non spécialiste et qu'elle n'est pas documentée. On ignore en particulier quelle est la nature du suivi mis en place au [...]. En outre, le rapport du 21 juillet 2015 de R. _____ relève l'absence de diagnostic psychiatrique. Au demeurant, même à admettre l'existence d'une atteinte psychiatrique, l'éventuel effet de celle-ci sur la capacité de travail n'est pas démontré ni d'ailleurs allégué. Or, comme relevé ci-dessus (cf. consid. 3b *supra*), il appartenait à l'assuré d'en attester.

Enfin, il y a lieu de relever que certains des diagnostics cardiovasculaires posés par le Dr M. _____ n'ont pas été examinés dans la décision du 27 octobre 2014. Ceux-ci sont cependant sans conséquence sur la capacité de travail dès lors que, selon le rapport du 28 avril 2015, les traitements prescrits permettent d'en traiter les effets.

En définitive, les pièces produites par le recourant à l'appui de sa deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. L'intimé était donc fondé à prononcer le refus d'entrer en matière querellé.

5. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant – par ailleurs non représenté – n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :