

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me M. _____, avocate à [...],

et

E. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], en Suisse depuis le 25 novembre 2006, sans formation, aide-cuisinier, a déposé le 5 juillet 2013 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une hépatite B chronique et d'une infection nerveuse consécutive à la première atteinte.

Dans un rapport du 15 juillet 2013 à l'OAI, le Dr B. _____, spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, qui suivait l'assuré depuis le 3 juillet 2009, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif. Une hépatite B virale chronique mise en évidence en 2011 lors d'un contrôle sanguin était retenue comme étant sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic s'agissant de l'hépatite était qualifié de bon sous traitement antiviral (Sebivo 600 mg, une fois par jour). Le Dr B. _____ a ajouté que l'hépatite ne devrait pas avoir d'implication notable sur la capacité de travail, si ce n'était une possible asthénie chronique.

Dans un rapport du 5 août 2013 à l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2007, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hépatite B chronique traitée à long terme, de syndrome des apnées du sommeil (SAS) nécessitant un appareil CPAP (Continuous Positive Airway Pressure, ventilation en pression positive continue), de ronchopathie nocturne, de status après septoturbinoplastie en septembre 2008, de troubles psychiatriques du comportement et d'état anxio-dépressif nécessitant un traitement psychiatrique, d'état de fatigue et de manque de concentration, de céphalées chroniques, d'obésité (114 kg pour 180 cm), ainsi que de gastrite. Le Dr G. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} octobre 2012.

Dans un rapport initial du 31 octobre 2013, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a exposé que selon l'assuré, il n'avait pas de problème psychique, mais que tout venait de son hépatite B. Elle a retenu qu'il mettait pourtant en échec toutes ses expériences professionnelles en raison de son comportement. En effet, il semblait qu'il se sente vite agressé ou injustement traité, et il aurait tendance à réagir violemment verbalement. L'intéressé s'était plaint d'une grande fatigue, mais exposait qu'en dehors de cela, il allait bien. Il aimerait bien travailler comme chauffeur de bus ou de bus scolaire.

Dans un rapport du 19 décembre 2013 à l'OAI, le Dr C._____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 10 septembre 2013, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis 2005, ainsi que d'hépatite B chronique. Il a retenu un trouble mixte de la personnalité (F61.0) comme diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Le traitement actuel consistait en un traitement médicamenteux psychotrope, soit des antidépresseurs et des anxiolitiques (Cipralex 10 mg à raison d'un comprimé par jour, Temesta 1 mg à raison d'un comprimé deux fois par jour) et une psychothérapie. Le Dr C._____ a attesté une incapacité totale de travail depuis 2012. Les restrictions sur l'activité d'aide-cuisinier consistaient en des difficultés d'adaptation et de résistance au stress, une perte de confiance en soi, ainsi que des difficultés relationnelles, qui se manifestaient au travail par des troubles de la concentration et des accès inopinés d'angoisses. L'activité habituelle n'était plus exigible. D'un point de vue psychique, une activité adaptée était possible à un taux de 50 % dès le jour de la rédaction du rapport.

Par avis médical du 5 février 2014, le Dr Z._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu que le rapport du 5 août 2013 du Dr G._____ n'était pas utilisable, dès lors qu'il n'était accompagné d'aucune anamnèse, ni d'un status ou de documents annexes. La seule atteinte potentiellement incapacitante serait d'ordre psychiatrique, mais le rapport du 19 décembre 2013 du Dr C._____

n'emportait pas conviction, car la notion de récurrence du trouble dépressif n'était pas établie et que l'épisode actuel n'était pas sévère, au vu du traitement minimal. Le Dr Z._____ a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

L'OAI a mandaté le T._____ afin de réaliser une telle expertise. Le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein dudit Centre, a examiné l'assuré le 25 juin 2014 et s'est entretenu téléphoniquement avec le Dr C._____ le 30 juin 2014. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2014, le Dr J._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité moyenne en rémission. Il a expliqué que la clinique observée chez l'intéressé ne répondait pas aux critères d'un épisode dépressif, même léger. L'épisode relaté par le Dr C._____ devait dès lors être considéré en rémission. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, le Dr J._____ a énoncé que la présence d'épisodes passés de dépression majeure paraissait peu étayée (durée, nombre et intensité des symptômes, nécessité d'un traitement antidépresseur, etc.). Il existait à sa connaissance un seul épisode précédent pouvant éventuellement remplir éventuellement les critères d'une dépression majeure, mais il remontait à l'âge de 19 ans. La séparation temporaire entre ces deux épisodes montrait un tableau clinique compatible avec une pleine capacité de travail en dehors des périodes de décompensation dépressive, ce qui n'était visiblement pas le cas à l'heure actuelle. Par ailleurs, l'expertisé ne répondait pas aux critères d'un trouble concret de la personnalité ni d'un trouble mixte ou non spécifié. Il présentait des traits de personnalité narcissique avec des défenses paranoïdes, mais son état n'était pas décompensé. Ces traits de personnalité ne l'avaient pas empêché de travailler dans le passé et n'interféraient pas actuellement dans sa vie sociale ou affective. En conclusion, le Dr J._____ a retenu que l'assuré était capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ceci depuis la date de leur entretien. Il n'y avait aucune limitation en relation avec le trouble constaté et aucune diminution de rendement. Auparavant, une incapacité de travail avait été attestée médicalement depuis le 11 octobre 2012.

Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr Z. _____ du SMR a retenu un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission en tant qu'atteinte principale à la santé. Il a également fait état d'une hépatite B chronique, d'obésité, de ronchopathie et de traits de personnalité narcissique et paranoïde comme diagnostics associés ne ressortant pas à l'AI. Le Dr Z. _____ a expliqué que depuis la fin de l'année 2012, l'assuré avait présenté un épisode dépressif au plus d'intensité moyenne, qui avait pu être incapacitant. Au jour de l'examen du Dr J. _____, cet épisode était clairement en rémission et la capacité de travail était entière. Le Dr Z. _____ a retenu une incapacité de travail totale du 11 octobre 2012 à novembre 2013, puis de 50 % de décembre 2013 - selon le rapport du 19 décembre 2013 du Dr C. _____ - au 24 juin 2014. Dès le 25 juin 2014, la capacité de travail était totale.

Par projet de décision du 8 octobre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, avec la motivation suivante :

« Depuis le 11 octobre 2012 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Dès cette date, vous avez présenté des problèmes de santé et vous avez été en incapacité de travail. Après examen de votre dossier et suite à l'expertise psychiatrique effectuée par le T. _____, nous pouvons admettre une incapacité de travail à 100 % du 11 octobre 2012 au 30 novembre 2013 puis à 50 % du 1^{er} décembre 2013 au 24 juin 2014.

Dès le 25 juin 2014, votre capacité de travail est considérée comme entière dans toute activité.

A l'échéance du délai de carence d'une année, vous auriez eu droit à des prestations.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

La demande déposée le 5 juillet 2013 est donc tardive.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} janvier 2014, soit six mois après le dépôt de la demande AI, vous avez droit à une rente entière d'invalidité à un degré de 100 % jusqu'au 28 février 2014, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé et votre capacité de travail de 50 %.

Dès le 1^{er} mars 2014, vous avez droit à une demi-rente d'invalidité à un degré de 50 % jusqu'au 30 septembre 2014, soit trois mois après

l'amélioration de votre état de santé et votre capacité de travail de 100 %.
Dès le 1^{er} octobre 2014, la rente est supprimée. »

Le 14 octobre 2014, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet précité en tant qu'il prévoyait la suppression de sa rente. Il a joint à son envoi un certificat médical du 11 août 2012 du Dr G._____, lequel énonçait que l'intéressé était sous traitement médicamenteux pour une affection nerveuse, ainsi qu'un certificat médical du 9 août 2014 de ce même médecin attestant d'une incapacité totale de travail dès le 1^{er} août 2014 pour une durée indéterminée. Etaient également annexés deux certificats médicaux du Dr B._____, l'un du 4 décembre 2012 exposant que l'intéressé devait être traité à long terme pour une hépatite B chronique, et l'autre du 26 août 2014 attestant d'une incapacité totale de travail dès le 26 août 2014 pour une durée indéterminée.

Le 18 novembre 2014, l'assuré a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 31 octobre 2014 du Dr G._____, énonçant que son patient souffrait d'une hépatite B chronique traitée à long terme, d'une ronchopathie nocturne, d'un status après septoturbinoplastie en 2008, d'obésité (116.5 kg pour 180 cm), d'un état de fatigue et d'un manque de concentration sur un état anxio-dépressif nécessitant un traitement psychiatrique, de syndrome des apnées du sommeil nécessitant un CPAP, ainsi que de céphalées chroniques ;
- un certificat médical du 7 novembre 2014 du Dr B._____, attestant que l'intéressé était régulièrement suivi à sa consultation pour une hépatite B chronique nécessitant la prise à long terme de médicaments. Le Dr B._____ ajoutait qu'en plus des nombreux problèmes de santé que présentait l'assuré, cette affection hépatique pouvait entraîner et aggraver un état de fatigue chronique compromettant son aptitude au travail ;

- un certificat médical du 10 novembre 2014 de la Dresse S._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, posant les diagnostics de rhinosinusite chronique légère, de status après septoturbinoplastie en 2008, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) sévère traité par CPAP, d'hépatite B chronique traitée, ainsi que d'état anxio-dépressif. La Dresse S._____ a expliqué que l'assuré présentait une rhinosinusite chronique légère, occasionnant une obstruction et des céphalées intermittentes, qui pouvaient rendre difficile l'utilisation du CPAP, indispensable en raison des apnées du sommeil sévères. Sur le plan thérapeutique, le patient devait utiliser régulièrement des lavages de nez, un onguent gras, ainsi qu'un corticoïde topique à la demande ;

- un rapport du 14 novembre 2014 du Dr C._____, énonçant que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, avec une personnalité émotionnellement labile de type mixte. Le Dr C._____ a expliqué que l'hépatite B chronique de son patient agissait de manière très négative sur son humeur. En dehors d'une asthénie constante, l'intéressé se plaignait notamment de troubles du sommeil, de tension nerveuse permanente et d'une baisse de l'élan vital. L'annonce de la remise en question de son droit à la rente était vécue de manière dramatique. Cela péjorait la labilité de son humeur et, par conséquent, décompensait son trouble de la personnalité.

Par avis médical du 25 novembre 2014, le Dr Z._____ du SMR a exposé que les pièces médicales transmises par l'assuré n'apportaient pas de faits médicaux nouveaux. Le rapport du SMR du 15 juillet 2014 prenant déjà en compte les diagnostics évoqués, ses conclusions demeuraient valables.

Le 10 février 2015, l'OAI a maintenu sa position.

La décision formelle confirmant le projet du 8 octobre 2014 de l'OAI a été rendue le 23 novembre 2015.

B. Par acte daté du 22 décembre 2015, reçu le 14 janvier 2016 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, I. _____ a recouru contre cette décision, en concluant implicitement à ce que la rente soit maintenue. En substance, il a fait valoir qu'il souffrait depuis plus de deux ans, se prévalant des rapports de ses médecins. Avec son recours, il a produit des rapports du 19 août 2015 du Dr C. _____ et du 19 novembre 2015 du Dr G. _____ attestant d'une incapacité totale de travail, ainsi qu'un rapport du 14 juillet 2015 du Dr B. _____ certifiant que l'intéressé souffrait d'une hépatite B chronique, ce qui entraînait fréquemment un état de fatigue chronique qui, associé à ses autres problèmes de santé, pouvait compromettre son aptitude au travail. Etaient également joints des résultats d'analyse médicale effectuée le 26 novembre 2015.

Par décision du 18 février 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 janvier 2016, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me M. _____.

Dans sa réponse du 17 mai 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 16 septembre 2016, le recourant, par son conseil, a conclu à l'annulation de la décision du 23 novembre 2015 et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants. Il a fait valoir que l'instruction de son cas avait été insuffisante. Il a soutenu que c'était la combinaison de ses différentes atteintes qui l'empêchait de travailler et a déploré qu'aucune expertise somatique n'avait été mise en œuvre. En annexe, il a produit les documents suivants :

- un courrier du 3 août 2016 du Dr G. _____ à Me M. _____, expliquant qu'il suivait l'assuré pour diverses pathologies,

notamment pour des troubles dépressifs récurrents, un état anxieux avec un manque de concentration et une irritabilité, une hépatite B chronique traitée par Sebivo 600 mg par jour avec un état de fatigue chronique et d'angoisse, un syndrome des apnées du sommeil nécessitant un CPAP, et une ronchopathie nocturne avec status après septo-turbinoplastie en 2008. En outre, l'intéressé avait été hospitalisé le 24 décembre 2011 pour des douleurs thoraco-abdominales avec bloc de branche gauche non datable et dysfonction globale discrète du ventricule gauche essentiellement sur trouble conducteur et hypertension pulmonaire discrète. De plus, un électroencéphalogramme effectué par le Dr D._____, spécialiste en neurologie, avait montré des décharges épileptiques de la région fronto-pariétale droite, ne nécessitant pas de traitement médicamenteux. Le Dr G._____ a exposé que la maladie était multi-factorielle et que cela entraînait un état de fatigue, de stress, ainsi qu'un manque de concentration. En réponse à la question de Me M._____ relative à l'évolution depuis février 2014, date de l'avis du SMR, le Dr G._____ a indiqué que l'état général restait stationnaire depuis cette date. Le médecin a estimé que l'avis des différents spécialistes, notamment des psychiatres, démontraient que l'incapacité de travail était totale. Une expertise polydisciplinaire pourrait être tentée ;

- un rapport du 14 janvier 2008 du Dr X._____, radiologue au R._____, consécutif à un CT-scan des sinus, concluant à des observations compatibles avec une composante de sinusite chronique, ainsi qu'à une hypertrophie du cornet nasal inférieur gauche ;
- un rapport du 28 janvier 2008 de la Dresse S._____, posant les diagnostics de céphalées chroniques, de déviation septale droite et hypertrophie turbinale, ainsi que de discrète sinusite chronique éthmoïdale droite. Elle a conclu à une rhino-sinusite chronique légère, qui pourrait justifier une septoplastie avec turbinoplastie ;

- un rapport d'électroencéphalographie du 9 février 2009 du Dr D._____, concluant à une activité paroxystique fronto-pariétale droite ;
- un rapport du 11 février 2009 de la Dresse K._____, radiologue au R._____, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du même jour, laquelle n'avait révélé aucune anomalie ;
- un rapport du 6 mars 2009 du Dr D._____, énonçant que l'assuré lui avait expliqué avoir été traité au [...] pour une épilepsie. Partant de l'idée qu'il n'y avait plus de traitement depuis environ sept ans, sans aucune manifestation significative sur le plan clinique, le Dr D._____ n'avait pas réintroduit de médicament ;
- un rapport du 14 octobre 2011 de la Dresse L._____, spécialiste en pathologie, établi à la suite d'une ponction-biopsie du foie, concluant à une hépatite chronique modérément active avec légère fibrose portale compatible avec une origine virale C ;
- un rapport du 1^{er} décembre 2011 du Dr B._____, posant le diagnostic d'hépatite B chronique et proposant un traitement antiviral de Sebivo ;
- un rapport du 10 janvier 2012 du Dr P._____, cardiologue au sein des U._____, où l'assuré avait séjourné du 24 au 26 décembre 2011 en raison de douleurs thoraco-abdominales avec bloc de branche gauche non datable. Le spécialiste posait les diagnostics de dysfonction globale discrète du ventricule gauche essentiellement sur trouble conducteur, d'hypertension pulmonaire discrète et d'hépatite B chronique. En raison de l'absence de cardiopathie majeure, il n'instaurait pas de traitement particulier du point de vue cardiologique. Etait joint son rapport du 27 décembre 2011 consécutif à une échocardiographie réalisée lors de l'hospitalisation de l'assuré aux U._____ ;

- un rapport du 24 janvier 2012 de la Dresse S._____, posant les diagnostics de ronchopathie nocturne et probable SAOS, de status après septoturbinoplastie en 2008, ainsi que d'hépatite B, et proposant en particulier un CPAP ;
- un rapport du 19 mars 2012 du Dr F._____, spécialiste en pneumologie, posant les diagnostics de SAS sévère de mécanisme obstructif, de status après septoturbinoplastie, d'hépatite B traitée, ainsi que d'obésité de grade I (114 kg pour 182 cm), et confirmant que le CPAP représentait un premier choix thérapeutique ;
- un courrier du 28 août 2012 du Dr F._____ à l'assuré, lui signalant qu'il ne s'était pas présenté aux deux dernières consultations de contrôle.

Par duplique du 2 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a joint un rapport du 31 octobre 2016 du Dr W._____ du SMR, lequel exposait que les pièces médicales fournies par le conseil du recourant dataient de deux ans et plus et ne fournissaient pas d'arguments qui n'auraient pas été considérés par l'OAI ou qui signaleraient une aggravation durable et documentée de l'état de santé en général ou d'une pathologie intercurrente.

Par déterminations du 22 décembre 2016, le recourant, par son conseil, a soutenu que le SMR bénéficiait d'une indépendance toute relative vis-à-vis de l'OAI. Il a répété que c'était la combinaison de ses affections psychiques et physiques qui l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – qui, selon l'avis du 31 octobre 2016 du SMR, « pourrait être tentée » – ainsi que son audition personnelle. En annexe, il a produit les documents suivants :

- un courrier du 8 mars 2016 du Dr B._____ à Me M._____, énonçant qu'il souffrait d'une hépatite B chronique avec, comme

impact sur la capacité de travail, une possibilité d'entraîner une fatigue chronique. Il était impossible de préciser le pourcentage de l'incapacité de travail. L'état dépressif associé étant certainement aussi en cause, une expertise psychiatrique se révélait nécessaire. Quant au pronostic, la situation était stable sous traitement médicamenteux à long terme ;

- un courrier du 14 mars 2016 du Dr G._____ à Me M._____, indiquant qu'il souffrait d'une hépatite B chronique traitée à long terme, d'un SAS nécessitant un CPAP, de rochopathie nocturne, de status après septoturbinoplastie en 2008, de troubles psychiatriques du comportement et d'un état anxio-dépressif nécessitant un traitement psychiatrique, de fatigue et de manque de concentration, de céphalées chroniques, d'obésité, ainsi que de gastrite. Il attestait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} octobre 2012. Le pronostic était défavorable, le patient devant être suivi très régulièrement pour son hépatite B chronique. Il devait également être soigné régulièrement par les psychiatres ;
- un courrier du 8 avril 2016 du Dr C._____ à Me M._____, faisant état d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, chez une personnalité émotionnellement labile de type mixte et d'une hépatite B. Ces atteintes affectaient de manière très négative l'humeur du patient, qui se plaignait notamment de moments de forte anxiété et d'anhédonie. Il « exist[ait] un impact important sur sa capacité de travail, celle-ci [étant] actuellement de 80 à 100 % ». Le pronostic était réservé ;
- un certificat médical du 9 juin 2016 du Dr G._____, au contenu strictement identique à celui qu'il avait rédigé le 31 octobre 2014.

Par déterminations du 25 janvier 2017, l'OAI, se référant au rapport du 31 octobre 2016 du Dr W._____ du SMR, a retenu qu'une expertise pluridisciplinaire n'avait pas lieu d'être. En outre, il a rappelé

que l'expertise psychiatrique réalisée en 2014 avait mis en évidence une capacité totale de travail.

Le 14 juin 2017, Me M. _____ a produit la liste de ses opérations.

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'AI (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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le présent litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, et porte singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité 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 (cf. 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 (cf. 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. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur

les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

e) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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 (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'occurrence, le recourant fait valoir que son cas n'a pas été valablement instruit, estimant que c'est la combinaison de ses atteintes qui l'empêchent de travailler. Il déplore dans ce contexte que seule une expertise psychiatrique ait été mise en œuvre, faisant grief à l'OAI de ne pas avoir organisé un examen au plan somatique, respectivement mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

a) Sur le plan somatique, le recourant est atteint d'une hépatite B chronique, laquelle a été diagnostiquée en 2011. Toutefois, dans son rapport du 15 juillet 2013, le Dr B. _____ a classé cette hépatite B au titre des diagnostics n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail. Il a précisé que cette atteinte ne devrait pas avoir d'implication notable sur

ladite capacité, si ce n'est une possible asthénie chronique. Il a ajouté que le pronostic était bon, compte tenu du traitement antiviral mis en place. Selon lui, c'était seulement le diagnostic d'état anxio-dépressif qui constituait un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Par la suite, ce médecin a expliqué qu'en plus des nombreux problèmes de santé que présentait l'assuré, cette affection hépatique pouvait entraîner et aggraver un état de fatigue chronique compromettant son aptitude au travail (cf. certificat médical du 7 novembre 2014, rapport du 14 juillet 2015). Enfin, dans le courrier du 8 mars 2016 à l'attention du conseil du recourant, ce médecin a énoncé que son patient souffrait d'une hépatite B chronique avec, comme impact sur la capacité de travail, une possibilité d'entraîner une fatigue chronique. Il a toutefois ajouté qu'il était impossible de préciser le pourcentage de l'incapacité de travail et que l'état dépressif associé était certainement aussi en cause, raison pour laquelle il estimait qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Ainsi, il ressort des différents rapports du Dr B. _____ qu'au début de la procédure auprès de l'Al, il retenait que l'hépatite n'était pas un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, seul l'état dépressif devait être considéré comme tel. Par la suite, ce médecin s'est contenté de répéter que l'hépatite B pouvait entraîner un état de fatigue chronique et n'a pas été en mesure de préciser un pourcentage d'incapacité de travail, renvoyant à une expertise psychiatrique. L'atteinte hépatique, dont le traitement n'a au demeurant pas varié, ne saurait ainsi justifier une incapacité de travail.

Le Dr G. _____, médecin traitant de l'assuré, a quant à lui listé les mêmes diagnostics somatiques depuis le début de la procédure. Outre celui d'hépatite B, il a fait état de ronchopathie nocturne, de syndrome des apnées du sommeil, de status après septoturbinoplastie, d'un état de fatigue et d'un manque de concentration, de céphalées chroniques, d'obésité, ainsi que de gastrite. Il a d'ailleurs indiqué, en réponse à la question du conseil du recourant concernant l'évolution de l'état de son patient depuis février 2014, que l'état général restait stationnaire (cf. courrier du 3 août 2016). Dans cette même lettre, il a estimé que l'avis des différents spécialistes, notamment des psychiatres,

démontraient que l'incapacité de travail était totale. Il a ainsi également mis l'accent sur l'aspect psychiatrique pour justifier l'incapacité de travail, évoquant toutefois qu'une expertise polydisciplinaire pourrait être tentée. Par ailleurs, il est le médecin traitant de l'assuré, dont les constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3e supra).

Les diagnostics de ronchopathie et d'obésité, de même que d'hépatite B chronique, ont déjà été retenus par le Dr Z. _____ du SMR dans son rapport du 15 juillet 2014. Selon l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations ; ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui ; ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. En l'occurrence, il n'y a pas lieu d'écarter ce rapport pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin du SMR. Cette appréciation est fondée sur les différentes pièces figurant au dossier et conclut à juste titre que les diagnostics précités ne ressortent pas de l'AI, et que la capacité de travail sur le plan somatique est entière.

Quant au syndrome d'apnée obstructive du sommeil sévère retenu par la Dresse S. _____ et évoqué par le Dr G. _____, cette spécialiste précise que ce syndrome est traité par CPAP (cf. rapport du 10 novembre 2014). Ce rapport fait pour le surplus état uniquement d'une septoturbinoplastie réalisée en 2008 - alors que le début de l'incapacité de travail remonte à 2012 - et d'une rhinosinusite chronique légère, soit une atteinte notoirement non invalidante, qui ne requiert que l'utilisation de lavages de nez, d'un onguent gras, ainsi que d'un corticoïde topique à la demande, selon la Dresse S. _____.

Les autres rapports produits ultérieurement par le recourant ne font pas état de nouvelles atteintes ou de nouveaux éléments qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause l'appréciation du SMR, à l'instar de ce qu'ont exposé ses médecins (cf. avis médical du 25 novembre 2014 du Dr Z. _____ et rapport du 31 octobre 2016 du Dr

W._____). En particulier, l'évocation d'une hospitalisation à la fin du mois de décembre 2011 pour des douleurs thoraco-abdominales avec bloc de branche gauche non datable n'est pas suffisante (cf. rapport du 3 août 2016 du Dr G._____). En effet, le rapport du cardiologue ayant pris en charge le recourant à cette occasion fait état d'une absence de cardiopathie majeure, raison pour laquelle ce spécialiste n'instaurait pas de traitement particulier du point de vue cardiologique (cf. rapport du 10 janvier 2012 du Dr P._____). Il en va de même des décharges épileptiques de la région fronto-pariétale droite mentionnées par le Dr G._____ dans le rapport précité. Certes, le rapport d'électroencéphalographie établi le 9 février 2009 par le Dr D._____ conclut à une activité paroxystique fronto-pariétale droite. Toutefois, l'IRM cérébrale réalisée quelques jours après n'a révélé aucune anomalie, et le Dr D._____ n'a pas estimé nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux, étant donné qu'il n'y avait eu aucune manifestation significative sur le plan clinique ces dernières années (cf. rapport du 6 mars 2009 du Dr D._____).

Au vu de ce qui précède, le dossier était complet du point de vue somatique et l'intimé était ainsi fondé à statuer sur le droit aux prestations sans mettre en œuvre un examen somatique. L'assuré n'a en effet pas de droit à faire l'objet d'un tel examen si les rapports produits sont suffisants pour permettre à l'OAI de rendre une décision.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut notamment des différents rapports établis par son psychiatre traitant, le Dr C._____, lequel a posé comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

Toutefois, dans son rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2014, le Dr J._____ a expliqué que la clinique observée chez l'assuré au jour de son examen, le 25 juin 2014, ne répondait pas aux critères d'un épisode dépressif, même léger. Ainsi, l'épisode dépressif relaté par le Dr C._____ devait être considéré en rémission. De plus, le Dr J._____ a expliqué

qu'outre cet épisode dépressif, il n'existait à sa connaissance qu'un seul autre épisode pouvant remplir éventuellement les critères d'une dépression majeure, lequel s'était produit alors que l'assuré avait 19 ans. Selon l'expert, la séparation temporaire entre ces deux épisodes montrait un tableau clinique compatible avec une pleine capacité de travail en dehors des périodes de décompensation dépressive, ce qui n'était visiblement pas le cas à l'heure actuelle. Par ailleurs, le Dr J._____ a ajouté que les différents traits de personnalité de l'intéressé ne l'avaient pas empêché de travailler dans le passé et n'interféraient pas actuellement dans sa vie sociale ou affective. L'expert a dès lors posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité moyenne en rémission, et a retenu une pleine capacité de travail depuis la date de l'examen, soit le 25 juin 2014, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a pour le surplus indiqué qu'avant cette date, il existait une incapacité de travail attestée médicalement depuis le 11 octobre 2012.

L'expertise du Dr J._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Ce spécialiste a notamment tenu compte de l'appréciation du Dr C._____, avec lequel il s'est en outre entretenu téléphoniquement. De plus, les plaintes du recourant ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert a expliqué de manière détaillée et pertinente les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr Z._____ du SMR (cf. rapport du 15 juillet 2014).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, le Dr J._____ a expliqué de manière claire les raisons pour lesquelles il écartait l'appréciation du Dr C._____. Le Dr Z._____ du SMR avait d'ailleurs également expliqué que l'appréciation de ce médecin n'emportait pas conviction, car au vu du traitement minimal, l'épisode

dépressif actuel n'était pas sévère ; le Dr Z._____ avait dès lors estimé qu'une expertise était nécessaire (cf. avis médical du 5 février 2014). Par ailleurs, le Dr C._____ est le psychiatre traitant de l'intéressé, dont les constatations doivent être admises avec réserve. Pour le surplus, les rapports établis par ce médecin postérieurement à l'expertise du Dr J._____ ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet.

Il en va de même des rapports des Drs B._____ et G._____, selon lesquels le recourant souffre d'un état anxio-dépressif ayant une répercussion sur la capacité de travail, ces médecins n'étant au demeurant pas spécialisés en psychiatrie (cf. consid. 3c supra).

Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du rapport du Dr J._____, à savoir la pleine capacité de travail du recourant dès le 25 juin 2014 sur le plan psychiatrique.

c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à se fonder sur les pièces figurant au dossier pour statuer sur le droit aux prestations, et conclure que le recourant disposait d'une capacité de travail totale dès le 25 juin 2014. Il ne se justifiait pas d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire regroupant les aspects somatiques et psychiatriques. Contrairement à ce que soutient l'assuré, le Dr W._____ du SMR n'a pas estimé qu'une expertise pluridisciplinaire pourrait être tentée, puisque ce médecin ne faisait que résumer le courrier du 3 août 2016 du Dr G._____ (cf. avis du 31 octobre 2016).

5. Au surplus, l'OAI a fixé correctement le début de la rente temporaire au 1^{er} janvier 2014. En effet, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En l'occurrence,

l'intéressé ayant déposé sa demande de prestations le 5 juillet 2013, la rente devait effectivement être versée dès le 1^{er} janvier 2014.

La suppression de la rente temporaire au 1^{er} octobre 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant ayant eu lieu à la fin du mois de juin 2014, ne prête pas non plus flanc à la critique (cf. consid. 3b et 4b supra).

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ni de procéder à l'audition du recourant, tels que requis par ce dernier.

7. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet

tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me M._____ (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invitée à produire sa liste des opérations (art. 3 al. 1 RAJ), cette dernière a communiqué le 14 juin 2017 une liste totalisant 53 heures et 15 minutes de travail. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Ainsi, les 8 heures 15 chiffrées pour l'étude du dossier avant le dépôt des explications complémentaires – faisant office de réplique – sont disproportionnées au vu des pièces figurant au dossier. Il en va de même pour le temps consacré à la rédaction des écritures, arrêté à 18 heures 30 s'agissant des explications complémentaires et de leur bordereau, ainsi qu'à 14 heures 05 effectuées par un stagiaire pour les déterminations et leur bordereau. Par ailleurs, Me M._____ a indiqué à plusieurs reprises avoir consacré 10 minutes à des courriers où elle s'est limitée à demander une prolongation de délai à la Cour de céans, avec 10 minutes supplémentaires pour en transmettre une copie à l'intimé. En outre, elle a systématiquement attribué 10 minutes par lettre envoyée à son client pour lui faire parvenir une copie de la plupart des courriers qu'elle avait adressé le même jour à la Cour de céans ou à un médecin, ou reçu de ces derniers. Les opérations « reçu correspondance du Tribunal cantonal », toutes chiffrées à

5 minutes, ne seront pas non plus prises intégralement en compte, puisqu'elles ne nécessitent qu'une lecture cursive et brève (Bohnet/Martenet, Droit de la profession d'avocat, Berne 2009, n. 2962 p. 1170 et la jurisprudence citée ad n. 873 ; CACI Juge délégué 19 août 2015/427). Il convient toutefois d'ajouter à la note d'honoraire présentée un montant de 100 fr. de débours, plus TVA à 8 %, soit 108 francs. En définitive, compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr., respectivement 110 fr. pour les heures effectuées par un stagiaire, l'indemnité d'office sera arrêtée globalement à 3'000 fr., TVA et débours compris.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

**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 23 novembre 2015 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me M._____, conseil du recourant, est arrêtée à 3'000 fr. (trois mille francs), TVA et débours 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 provisoirement 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 M. _____ (pour I. _____)
- 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 :