

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

A.E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Flattet, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A.E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait en qualité de maçon pour P._____ SA, à [...] (Maurice), succursale de [...] (ci-après : P._____) depuis février 2000.

Le 22 mars 2002, l'assuré a déposé 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), invoquant un lumbago et des problèmes de dos.

Dans un rapport médical du 3 avril 2002, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs lombaires avec dysbalances musculaires des membres inférieurs (depuis février 2001). Il a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail de 50 % ou 100 % suivant les périodes, depuis le 6 avril 2001. Le praticien a en outre observé que l'activité habituelle était encore possible à 50 %, au maximum 4 heures par jour, avec la nécessité de pouvoir se reposer. En revanche, le patient pouvait exercer une activité adaptée, permettant d'éviter les maintiens de positions statiques prolongées, les mouvements en hyperextension et le port de charges lourdes de plus de 15 kg, « *probablement à temps complet* ».

Dans un rapport médical du 15 avril 2002, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin associé au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier D._____), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (syndrome lombo-vertébral spondylogène, cervicalgies chroniques récidivantes et insuffisance posturale et troubles statiques rachidiens) et de dysbalances musculaires étagées, rachidiennes et appendiculaires, depuis 1985 avec

une aggravation des lombalgies dès février 2001. Il a ajouté que le dernier examen du patient datait du 24 septembre 2001 et qu'il l'avait renvoyé au Dr K._____, son médecin traitant habituel, en proposant de réévaluer la capacité de travail après quelques mois. Il ne pouvait donc se prononcer de façon catégorique. Cela dit, il était fort peu probable que sa capacité de travail sur un chantier soit exigible jusqu'à l'âge de la retraite.

Par courrier du 22 avril 2002, l'assurance perte de gain maladie de P._____ a transmis à l'OAI son dossier relatif à l'assuré.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 10 juillet 2002, P._____ a relevé que l'assuré percevait un salaire de 48'000 fr. depuis le 1^{er} février 2000. Sans atteinte à la santé, il aurait gagné le même salaire. L'horaire de travail normal de l'entreprise était de 8.5 heures cinq jours par semaine, étant précisé que l'intéressé travaillait à 50 % en raison d'une maladie.

Dans un rapport médical du 17 septembre 2003 (daté par erreur du 17 septembre 2002), le Dr K._____ a répété les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail posés dans son rapport médical du 3 avril 2002. Il a ajouté que, théoriquement, l'assuré aurait pu effectuer une activité principalement debout, sans port de charges supérieures à 15 kg et sans position statique prolongée. Le praticien a encore relevé qu'il lui semblait difficile que l'assuré puisse supporter une activité à un taux supérieur à 70 % (baisse de rendement), étant précisé qu'il aurait à son sens été utile de procéder à un stage d'observation dans un Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (COPAI), afin d'évaluer la tolérance à l'effort physique du patient et de procéder à une observation de son potentiel de rendement.

Un stage a été effectué au sein du COPAI [...] entre le 29 mars et le 23 avril 2004.

Selon le rapport du COPAI [...] du 7 mai 2004, l'intéressé travaillait à cette époque à temps partiel dans des activités de finition

dans les façades. Cette activité, qui convenait aussi bien à ce dernier qu'à l'employeur et qu'il avait trouvée lui-même, était mieux adaptée. Elle lui permettait de valoriser sa capacité résiduelle de travail et de dégager un salaire mensuel intéressant qu'il n'aurait probablement pas pu obtenir dans un autre secteur. Par ailleurs, les rendements dans les activités adaptées avaient débuté à 45-50 %, pour diminuer et arriver péniblement à 40 %. Compte tenu de ses atteintes à la santé, l'assuré ne pouvait pas faire plus qu'un temps partiel à 50 % dans l'activité qu'il assumait alors. Des mesures professionnelles n'étaient pas adaptées à la situation professionnelle de l'intéressé qui avait réussi une reconversion par lui-même. Un rapport médical du 20 avril 2004 de la Dresse N._____, médecin-conseil au COPAI, était joint au rapport du 7 mai 2004. Selon cette praticienne, même dans des activités répétitives et légères (pour lesquelles l'assuré n'avait aucun intérêt), un inconfort important engendrant des baisses de rendement de l'ordre de 40 % avait été observé. Le poste qu'il occupait à cette époque était à préserver puisqu'il ne pouvait fournir de prestations meilleures dans un autre domaine.

Selon une note d'entretien du 11 juin 2004, M._____ Sàrl, à [...], a confirmé qu'elle employait l'assuré à mi-temps sans heures supplémentaires, moyennant un salaire de 2'388 fr. 30 payable treize fois l'an. Cette solution était satisfaisante pour l'employeur et le poste n'aurait pas dû être menacé.

Dans un rapport d'examen du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 9 novembre 2004, la Dresse Y._____, médecin au SMR, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes sur trouble statique et dégénératif avec dysbalance musculaire. Constatant que les experts arrivaient tous à la conclusion que la capacité de travail, même dans une activité adaptée, ne serait plus entière et pas supérieure à l'activité habituelle, elle a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter une position statique prolongée en flexion/extension, rotation du

tronc et en porte-à-faux, le port de charge est limité à 15 kg et l'assuré doit avoir la possibilité de changer régulièrement de position.

Par décision du 15 mars 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente AI à compter 1^{er} avril 2002. En substance, il a relevé que sa capacité de travail s'était considérablement restreinte depuis le 6 avril 2001 (début du délai d'attente d'un an). Il présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'ouvrier au ravalement de façade et de 60 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter les positions statiques prolongées en flexion/extension, rotation du tronc en porte-à-faux, port de charges limité à 15 kg, possibilité d'alterner régulièrement les positions). L'OAI a retenu que l'assuré réalisait un revenu annuel de 31'047 fr. 90 dans son activité d'ouvrier au ravalement de façade à 50 %, cette activité étant adaptée à son état de santé. Il aurait en outre pu prétendre à un revenu annuel de 62'095 fr. 80 (à 100 %) sans atteinte à la santé dans son activité habituelle. Une comparaison de ces revenus correspondait à un degré d'invalidité de 50 %.

B. Par courrier du 30 juin 2008, le H. _____ a transmis à l'OAI un rapport de contrôle du 24 juin 2008, duquel il ressortait notamment que A.E. _____ avait travaillé six jours comme façadier sur un chantier d'O. _____ Sàrl (ci-après : O. _____), société sise à [...], en juin 2008.

Par courrier du 22 août 2008, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a transmis à l'OAI son dossier relatif à l'intéressé.

Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 8 septembre 2008, l'assuré a allégué que son état de santé s'était aggravé depuis le 12 juillet 2007 en raison d'un accident. Il avait été totalement incapable de travailler depuis cette date jusqu'au 22 janvier 2008, puis du 19 février au 5 mars 2008. L'intéressé a également soutenu qu'il travaillait pour le compte de « T. _____ », à [...]. Son horaire de travail avant la modification de l'état de santé était de 8.5 heures par jour

et 42 heures par semaine « *mais à 50 %* ». Il était de 8 heures par jour et de 40 heures par semaine depuis le 12 juillet 2007 « *à 50 %* ».

Dans un rapport médical pour la révision du droit à la rente du 23 septembre 2008, le Dr K._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs lombaires avec dysbalances musculaires des membres inférieurs depuis février 2001, de fracture tassement aiguë de D12 le 12 juillet 2007, de dystrophie rachidienne de croissance dorsale et de canal lombaire étroit modéré congénital L4-L5. Il a indiqué que l'activité exercée était encore exigible à condition qu'il puisse bénéficier des aménagements habituels. Le rendement était réduit mais il pouvait estimer que l'assuré arrivait tout de même à œuvrer à 50 %. Le Dr K._____ a ajouté que la capacité de travail était inchangée depuis le dernier questionnaire AI. Il pouvait estimer une exigibilité de 50 % dans un travail adapté comme le travail réalisé, l'assuré ayant selon ses déclarations et celles de la CNA, bénéficié d'un aménagement de son poste de travail suite à l'octroi de sa demi-rente AI.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 19 février 2009, U._____ SA (ci-après : U._____), à [...], a indiqué que l'assuré travaillait pour la société depuis le 1^{er} février 2007. Avant l'atteinte à la santé, il exerçait l'activité de maçon-façadier. L'employeur a déclaré que l'horaire de travail de l'assuré avant et après l'atteinte à la santé était de 9 heures par jour et 45 heures par semaine, ce qui correspondait également à l'horaire de travail normal dans l'entreprise. Son salaire mensuel s'élevait à 4'100 fr. depuis 2003 (point 2.10 du questionnaire), respectivement depuis juin 2006 (point 2.12 du questionnaire). La personne de contact pour des questions éventuelles était B.E._____.

Le 3 septembre 2009, l'OAI a enregistré dans le dossier de l'assuré le courrier qu'elle avait adressé le 5 août 2009 à O._____ afin de lui transmettre un questionnaire pour l'employeur. Il y figurait une note manuscrite signée et accompagnée du tampon de la société, selon

laquelle l'intéressé n'était pas son ouvrier et n'avait travaillé que trois heures pour elle en 2008.

Selon une note d'entretien du 17 novembre 2009, B.E. _____ a expliqué que l'assuré avait été employé par U. _____ depuis juin 2006 et que cette société avait fait faillite. Au moment de l'entretien, l'intéressé travaillait pour « B.E. _____ », à [...]. Il y était toujours et touchait un revenu net de 3'400 fr., ce qui représentait un gain brut de 4'100 fr. par mois.

Par décision du 17 novembre 2009, l'OAI a suspendu la rente de l'assuré à compter du 30 novembre 2009 et jusqu'au nouveau droit connu, au motif que ce dernier avait violé l'obligation de renseigner qui lui incombait.

On extrait ce qui suit d'une communication interne à l'OAI du 11 décembre 2009 (sic) :

"[...] M. A.E. _____ travaille depuis le 1^{er} juin 2006 auprès de la société U. _____ SA, **puis dès le 1^{er} juillet 2007 pour le compte de M. B.E. _____** (cf. entretien du 17.11.2009). **Pour son activité de maçon-façadeur, il perçoit un salaire annuel de CHF 49'200.-- annuel** (CHF 4'100.--/mensuel y.c. 13^{ème}) pour un horaire hebdomadaire de 50 heures. **Le salaire correspond à son rendement. [...]**

Rappelons qu'une incapacité de travail de 50 % est raisonnablement exigible de la part de M. A.E. _____ dans son activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée (cf. rapport SMR du 9.11.2004).

La SUVA a admis une incapacité de travail totale pour la période du 15.7.2007 au 22.1.2008 et de 50 % pour celle du 23.1.2008 au 18.2.2008, sur la base d'un salaire déclaré de CHF 43'200.-- (3600 x 12). Aucune demande de révision n'a été déposée suite à cet accident. [...]

En 2004, un RS de 62'096.-- a été retenu sur la base de la nouvelle activité qu'il exerçait chez M. _____ Sàrl, celui-ci adapté à 2006 (+1 %, +1.2 %) nous donne un RS de CHF 63'470.--.

Le RI quant à lui peut être fixé à CHF 49'200.--, soit un préjudice économique de 22.48 %. [...]

Par projet de décision du 11 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de sa volonté de supprimer sa rente avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2006. En substance, il a retenu que l'employeur avait confirmé une activité en cours depuis juin 2006 avec un salaire annuel brut de 49'200 fr. qui correspondait à son rendement. Il poursuivait son activité habituelle sans présenter d'absence, hormis la période relative à l'accident de travail. L'OAI a également relevé que l'assuré était à même de trouver des ressources pour effectuer des heures de travail en dehors de son horaire habituel hebdomadaire, en acceptant des mandats le samedi. Il était dès lors indéniable qu'une capacité de travail était raisonnablement exigible de sa part. L'OAI a ensuite comparé le revenu avec invalidité de 49'200 fr. au revenu sans invalidité de 63'470 fr., ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 22.48 %. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 % depuis le 1^{er} juin 2006 et l'assuré n'ayant pas respecté l'obligation d'informer qui lui incombait, la rente devait être supprimée avec effet rétroactif. Les prestations indûment perçues devaient en outre être restituées.

Le projet de décision précité a été confirmé par une décision de suppression de la rente d'invalidité du 8 février 2010.

C. Le 16 avril 2014, A.E. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il a allégué travailler comme façadier à temps complet auprès de I. _____ SA (ci-après : I. _____), à [...], depuis le 1^{er} avril 2012. Son revenu s'élevait à 29 fr. de l'heure plus treizième salaire. L'assuré a fait état de hernies discales, d'arthrose et de soudage/calcifcation des vertèbres.

Dans un rapport médical du 30 avril 2014, la Dresse R._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hyperostose vertébrale engainante depuis 1999 et de fracture tassement T12 depuis 2007. L'activité exercée était encore exigible à 60-70 % maximum. Le rendement était réduit par des douleurs en cas de port de charges et de station debout prolongée, ces restrictions ne pouvant pas être réduites par des mesures médicales.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 15 mai 2014, I._____ a relevé que l'assuré travaillait pour elle depuis le 1^{er} avril 2012 en qualité de façadier. Son horaire de travail avant et après l'atteinte à la santé était de 8.5 heures par jour et 42.5 heures par semaine, ce qui correspondait à l'horaire de travail normal dans l'entreprise. Son salaire s'élevait à 73'000 fr. par an et à 33 fr. 85 de l'heure (indemnités vacances et treizième salaire compris). Cela dit, un salaire de 44'000 fr. aurait correspondu à son rendement depuis mi-2012. L'employeur a encore ajouté que, sans atteinte à la santé, l'intéressé aurait perçu un salaire de 73'000 fr. par année.

Dans un avis médical du 26 juin 2014, le Dr B._____, médecin au SMR, s'est déclaré d'accord avec la Dresse R._____. La capacité de travail dans l'activité habituelle était limitée à 65 %. En revanche, dans une activité adaptée, elle était de 100 % dès le 13 février 2014 dans un poste léger. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient les suivantes : pas d'activité uniquement debout, dans différentes positions, avec déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, accroupi ou à genoux, avec rotation du tronc en position assise/debout, avec travail en hauteur et avec port de charges.

Par communication du 13 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, au motif que le dossier se trouvait en consultation auprès du service juridique.

L'OAI a interpellé I._____ par courriers des 9 octobre, 20 novembre et 10 décembre 2014 au sujet de l'évolution des salaires de l'assuré.

Dans un rapport médical du 3 février 2015, la Dresse R._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies discales sur discopathie L5-S1 et de douleurs aux genoux. L'activité exercée était encore exigible à 60-70 % au maximum, sous peine d'arrêts de travail répétés. Elle a ajouté qu'une reprise de l'activité professionnelle était possible à 70 % dès le 10 février 2015 avant de préciser : *« je le revois le 3/02/15 pour évaluer efficacité □ peu efficace (3-4 jours mais récidive) et ne se sent pas de reprendre son travail - N'en a pas cherché un autre - Ne veut pas de physiothérapie Impasse thérapeutique »*.

Par courrier du 5 mai 2015, l'assurance perte de gain maladie a adressé une copie de son dossier à l'OAI.

Dans un « rapport médical détaillé » (formulaire E 213 CH) complété le 11 juin 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de lombalgies persistantes sur discopathie L5-S1, de cyphose dorsale fixée, d'hyperostose vertébrale engainante et de douleurs cervicales et épaule d'allure mécanique. Il a signalé une aggravation de la pathologie et du retentissement sur la santé, la situation étant restée stationnaire depuis le dernier examen pratiqué le 9 janvier 2015. Le praticien a également retenu une incapacité de travail complète dans la dernière activité, étant précisé qu'une activité adaptée (activité légère, pas de port de charges et alternance des positions) était possible à plein temps.

Dans un rapport médical du 6 avril 2016, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie exerçant au Centre W._____, qui suivait le patient depuis le 24 décembre 2015, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de trouble dépressif récurrent, en

rémission (F 33.4) et de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) depuis 2000. Dans l'anamnèse, il a indiqué que le patient avait bénéficié d'une expertise pluridisciplinaire à la Clinique V._____ le 25 septembre 2015 dans le cadre de l'instruction de son dossier par l'assurance perte de gain. Il a également relevé une baisse de ses capacités cognitives, avec des troubles mnésiques, un désintérêt pour la gestion de ses affaires administratives et une tendance à confier celles-ci à son épouse. Il a en outre observé une modification de la personnalité depuis 2011, avec des éléments abandonniques. La thymie était dépressive avec des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une perte de l'estime de soi. Le psychiatre a ensuite répondu « non » à la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible, avant de préciser « à 70 % » s'agissant du degré. Le rendement était réduit, dans la mesure où le patient se plaignait de fatigabilité, de douleurs physiques multiples, de troubles de la concentration et mnésiques, portant sur les faits récents. Aucune activité adaptée n'était possible.

Par courrier du 23 mai 2016, l'assurance perte de gain maladie de l'intéressé a produit à la demande de l'OAI une copie de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique V._____ du 5 novembre 2015, effectuée par les Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en neurochirurgie. L'expertise était fondée sur une consultation de neurochirurgie et une consultation de psychiatrie en date du 25 septembre 2015. Dans le cadre de l'analyse en neurochirurgie, le Dr F._____ a posé le diagnostic de dégénérescences (discopathies) des disques intervertébraux de L4 à L5 et L5 à S1, étant précisé que celui-ci n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail au jour du rendez-vous d'expertise et que l'évolution prévisible était un état stable. Il a également notamment rapporté les plaintes selon les dossiers et celles formulées en expertise, ainsi que les constatations effectuées au cours de l'examen clinique, avant de relever en particulier ce qui suit :

"6. ARGUMENTS POUR AVOIR RETENU LE DIAGNOSTIC

[...] Au niveau de la vertèbre D12, la trace de la fracture est extrêmement difficile à voir, puisque la hauteur vertébrale est préservée. Le tassement présumé ne peut pas être visualisé, mais on observe une légère hernie spongieuse au niveau du plateau

supérieur de cette vertèbre. La cyphose dorsale est minime. La hernie spongieuse et la légère cyphose dorsale n'ont pas de retentissement clinique.

L'IRM objective des dégénérescences discales de L4 à L5 et L5 à S1, mais sans conflit radiculaire. Si les dégénérescences discales sont avérées par l'imagerie, il n'y a cependant pas de concordance entre cette imagerie et l'intensité des douleurs décrites, puisque l'examen du rachis lombaire et dorsal ne montre qu'un début de raideur lombaire.

Enfin, le syndrome du canal carpien en phase de début n'entraîne pas de retentissement clinique significatif.

7. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS EVOQUES DANS LES RAPPORTS A DISPOSITION

Les diagnostics des rapports médicaux sont des douleurs cervicales et douleurs aux épaules bilatérales d'allure mécanique (rapport médical du 30 avril 2015, Docteur J. _____).

Au jour de l'expertise, l'exploré ne s'est pas plaint spontanément de douleurs cervicales. Cependant, après interrogatoire précis, il a fait état de cervicalgies matinales de très courte durée, lesquelles disparaissent aussitôt après qu'il fait ses toilettes et qu'il se lave son visage. A l'examen clinique, nous n'objectivons pas de limitations d'amplitude, de mobilité et aucun signe ou symptôme concernant un problème cervical. Les mouvements des membres supérieurs ont une amplitude normale. La force motrice et la sensibilité superficielle et profonde sont intactes. Les réflexes sont présents et symétriques. Nous n'avons donc aucun argument clinique objectif pour poser le diagnostic d'une dégénérescence discale cervicale active.

Les autres diagnostics des rapports médicaux sont :

- *Lombalgies subaiguës communes dans un contexte de troubles dégénératifs discrets (arthrose mur antérieur) (courrier médical du 25 avril 2001, Docteur K. _____, adressé au Docteur J. _____).*
- *Hyperostose vertébrale engainante et troubles statiques avec lombarthrose débutant.
Spondylarthrite ankylosante mais ne pouvant pas être retenue en l'absence de sacro-iléite (courrier médical du 13 février 2014, Docteur R. _____, adressé au Docteur J. _____).*

Les lombalgies réfèrent à des plaintes et non à un diagnostic lésionnel.

L'hyperostose vertébrale engainante ou maladie de FORESTIER n'est pas retenue, car nous n'avons pas d'argument radiologique dénotant un aspect « *flamme de bougie* » indispensable pour poser le diagnostic."

Le Dr F. _____ a également observé les éléments suivants en lien avec les douleurs de genou alléguées par l'assuré :

"3. ARGUMENT POUR NE PAS AVOIR RETENU D'AUTRE DIAGNOSTIC

Il n'existe aucun signe en lien avec les anciennes talalgies et gonalgies. L'aspect est normal. L'amplitude est intacte. La palpation est indolore.

Ainsi, l'absence de critères diagnostiques significatifs en lien avec le reste de l'examen clinique fait récuser un autre diagnostic médicalement attestable."

Dans le cadre de l'analyse en psychiatrie, le Dr L. _____ n'a posé aucun diagnostic, précisant que la dynamique était sans objet. Il a ensuite relevé que les troubles psychiatriques n'avaient pas été le motif d'anciennes consultations et qu'il n'était pas rapporté de plainte en lien avec ce chapitre, l'expertisé signalant que son problème était somatique et notamment les douleurs rachidiennes. L'expert a également rapporté les constatations effectuées au cours de l'examen clinique. Dans ce cadre, il a notamment procédé à un examen clinique d'un épisode dépressif et de l'anxiété, pour lesquels il a conclu à l'absence de symptomatologie. Par ailleurs, en l'absence d'antidépresseur, aucun dosage n'avait été réalisé. Le Dr L. _____ a également examiné les critères de la somatisation, avant de conclure comme suit :

"En conclusion, le diagnostic de somatisation (ICD-10, F 45.0) est récusé. Par ailleurs, en l'absence de sentiment de détresse persistant et de refus d'accepter les conclusions médicales sur l'absence d'organicité, il n'est pas non plus retenu de trouble somatoforme indifférencié (ICD-10, F 45.1), ni de syndrome douloureux somatoforme persistant (ICD-10, F 45.4). Enfin, il n'y a aucun élément évocateur d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (ICD-10, F 45.3)."

Le Dr L. _____ a également analysé les critères de gravité jurisprudentiels des troubles somatoformes (présence de comorbidité psychiatrique, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie, état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique et échecs des traitements selon les règles de l'art en dépit des efforts de la personne assurée), bien qu'aucun trouble de cette lignée n'ait été retenu. Il en a conclu que *« les algies alléguées ne rempliss[ai]ent pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifi[é]es d'invalidant[es] »*. Finalement, s'agissant de la personnalité, le Dr L. _____ a relevé que *« dans le cas présent, on ne retrouv[ait] pas d'élément évocateur d'une déviation au sens de l'ICD-10, avec une vie familiale, sociale, mais aussi professionnelle stable. Il n'[était] pas non plus identifié des traits de personnalité spécifiques et significatifs qui [auraient] orient[é] vers un trouble de la personnalité clairement défini »*. Il n'y avait dès lors ni limitations fonctionnelles significatives en lien avec le reste de l'examen clinique, ni incapacité de travail en lien avec ce chapitre.

L'expertise était conclue comme suit :

"DISCUSSION ET SYNTHÈSE PLURIDISCIPLINAIRES

1. SYNTHÈSE

A. Critères diagnostiques et paracliniques principaux

D'après l'IRM du rachis dorso-lombaire de février 2014, Monsieur A.E. _____ présente des dégénérescences discales de L4 à L5 et de L5 à S1, mais sans contact radiculaire. Ce jour, l'examen du rachis dorsal et lombaire ne montre aucune anomalie, en dehors d'un début de raideur lombaire. En ce sens, les dégénérescences discales lombaires observées à l'imagerie n'expliquent pas entièrement l'intensité des douleurs décrites par l'expertisé.

Par ailleurs, il existe une légère hernie spongieuse au niveau du plateau supérieur de la vertèbre D12, ainsi qu'une minime attitude cyphotique dorsale. Cependant, ces dernières n'ont pas de retentissement clinique.

En ce qui concerne le rachis cervical, l'assuré n'a pas rapporté de cervicalgies de manière spontanée, mais à l'interrogatoire ciblé, il a mentionné des douleurs cervicales matinales disparaissant immédiatement après sa toilette. Néanmoins, l'examen clinique n'a permis de retenir aucun signe en faveur d'une atteinte quelconque au niveau cervical.

Enfin, un début de syndrome du canal carpien droit peut être évoqué, mais sans répercussion clinique significative à l'heure actuelle. Des plaintes douloureuses au poignet gauche sont mentionnées, sans concordance clinique retrouvée.

Les talalgies et gonalgies rapportées par l'intéressé ne trouve[nt] pas d'explication clinique, les examens clinique[s] étant normaux. Il précise cependant que ces plaintes ont quasi disparu et ne le gênent pas au quotidien puisqu'il ne les ressent que très rarement.

L'examen psychiatrique détaillé permet de récuser un éventuel trouble anxieux ou thymique, de même qu'un trouble de la lignée somatoforme ou tout autre trouble.

B. Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible

Plusieurs discordances ont été notées lors de la présente expertise, d'abord entre les plaintes et les signes cliniques et d'imagerie objectivables, mais aussi dans la description des plaintes, l'exploré ne mentionnant par exemple pas spontanément de lombalgies auprès de l'expert en neurochirurgie, les décrivant d'ailleurs comme s'estompant au fil de la journée et au gré de ses activités, alors que les douleurs rachidiennes sont sa plainte centrale durant l'entretien d'expertise en psychiatrie.

Par ailleurs, les gonalgies et talalgies sont mentionnées comme des plaintes anciennes, ayant actuellement quasi disparu durant l'examen de neurochirurgie, alors que lors de l'entretien psychiatrique, il est mentionné des douleurs toujours actuelles au niveau des chevilles.

Quoi qu'il en soit, les dégénérescences discales lombaires sont actuellement en phase stable, en l'absence de déficit neurologique à l'examen clinique. Toutefois, compte tenu de la nature dégénérative de ces lésions, une dégradation lente et progressive est envisagée au fil des années, sans qu'il y ait forcément de corrélation radio-clinique.

Il en est de même pour le syndrome du canal carpien droit, lequel est encore en phase stable, mais devra être investigué en cas d'aggravation ultérieure.

Au niveau thérapeutique, il faut souligner que les différentes options de traitement essayées par le passé ont toute été sans efficacité selon les dires de l'investigué. Soulignons néanmoins l'arrêt précoce des séances de physiothérapie, au motif que les gestes des

thérapeutes étaient douloureux et ce, malgré un changement de physiothérapeute. Bien que l'examiné mentionne qu'un antalgique de palier II prescrit ou encore qu'une infiltration effectuée par le passé n'ont pas apporté d'amélioration, il prend actuellement des anti-inflammatoires à la demande.

En outre, à l'heure actuelle, il pourrait être suggéré la reprise de séances de physiothérapie afin de lutter contre la raideur lombaire et d'améliorer la statique lombaire.

2. FACTEURS NON MEDICAUX

[...] **Commentaire :** Médicalement, il n'y a plus de raisons objectivables à la poursuite de l'incapacité de travail.

Cependant, l'expertisé déclare ne pas pouvoir reprendre son activité, la jugeant physiquement trop sollicitante, ni prévoir une reprise en raison de ses douleurs et n'envisage aucun autre projet professionnel particulier. Face à une activité professionnelle relativement physique, et l'assuré mentionnant que chaque mouvement déclenche des douleurs [quand bien même lors de l'entretien il signale que ses douleurs, présentes le matin, s'estompent au fil de la journée en fonction de ses activités], on peut supposer une certaine démotivation au retour en emploi, susceptible d'interférer avec les délais médicaux de reprise du travail. Par ailleurs, l'assuré ayant déjà bénéficié, semble-t-il, de prestations de la part de l'ASSURANCE-INVALIDITE il y a quelques années, il n'est pas interdit de penser qu'il s'attende tout naturellement à obtenir un nouveau soutien financier sans nécessité forcément de rechercher une nouvelle activité professionnelle.

3. LIMITATIONS ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations somatiques

Le port de charges très lourdes (>50 kg occasionnellement et/ou >25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) n'étant pas requis dans le métier de façadier, n'engendre aucun retentissement. Pour le porte-à-faux lombaire, d'ailleurs non sollicité de manière continue, l'intéressé peut l'éviter en adoptant une attitude d'épargne du rachis, notamment en fléchissant les genoux. Dans ce contexte, aucune limitation significative n'est retenue.

En présence d'un examen clinique normal pour les genoux, les chevilles et les pieds, il n'est retenu aucune limitation en lien avec les anciennes talalgies et gonalgies.

Limitations des fonctions psychiques

Il n'existe aucune limitation psychique, en l'absence de diagnostic psychiatrique retenu.

Incapacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie

Au terme de l'expertise, soit au 25 septembre 2015, l'incapacité de travail, tant pour motifs somatiques que psychiatriques, est de 0 % horaire sans baisse de rendement. Ce taux prévalait déjà au 1^{er} septembre 2015, date à laquelle les indemnités journalières perte de gain maladie ont été interrompues.

4. LIMITATIONS ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTÉ

Limitations somatiques

- Port de charges très lourdes (>50 kg occasionnellement et/ou >25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence).
- Position en porte-à-faux lombaire prolongée.

Limitations des fonctions psychiques

Nihil, en l'absence de diagnostic psychiatrique retenu.

Incapacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie

La question d'un emploi adapté n'a pas lieu d'être envisagé, en l'absence de limitations significatives dans la dernière activité. [...]"

Dans un avis médical du 9 juin 2016, le Dr B. _____ a notamment relevé ce qui suit :

"[...] 3/ une expertise neurochirurgicale et psychiatrique se déroule à la Clinique V. _____ le 25.09.15 déterminant des diagnostics superposables à ceux retenus précédemment au niveau du rachis sans éléments déficitaires sensitivo-moteurs. [...] L'IT retenue est donc de 0 %. La discussion pluridisciplinaire rend bien compte en p57 d'une pleine CTAH, les LFs retenues n'étant pas observées dans son poste de travail : port de charges lourdes (25-50 kg), position en porte-à-faux lombaire prolongée. La CT est donc totale du point de vue psychique et somatique. La situation étant claire, nous décidons de fermer le dossier. *Nous suivons ces avis probants.*

Synthèse : il n'existe pas d'IT durable somatique. Il n'existe pas d'atteinte à la santé patente : cf. 1/ et 2/. Nous en restons donc à la décision antérieure du 30.11.09.

Au total, nous suivons les avis, tels que formulés ci-dessus par nos confrères spécialistes. Ils sont justes et convaincants. Nous en arrêtons là sans demande supplémentaire."

Par projet de décision du 24 août 2016, l'OAI a informé l'assuré de sa volonté de rejeter sa demande, au motif qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision du 8 février 2010. Les conclusions de cette dernière étaient donc toujours valables, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux problèmes de santé étant raisonnablement exigible.

Par courrier du 12 septembre 2016, l'intéressé, représenté par Me Olivier Flattet, avocat à Lausanne, s'est opposé au projet de décision précité. En substance, il a fait valoir qu'il présentait des lombalgies persistantes sur discopathie L5-S1, ainsi que des douleurs cervicales, des douleurs aux épaules d'allure mécanique et des troubles rachidiens avec cyphose dorsale fixée et une hyperostose vertébrale engainante qui entrainait dans le cadre de troubles somatoformes douloureux. Il a soutenu être également suivi par un pneumologue en raison d'une pneumonie organisée cryptogénique traitée par Prednisone. Par ailleurs, un médicament antidépresseur avait été introduit dans le cadre de son suivi psychiatrique. L'intéressé a également allégué que son médecin traitant, le Dr J. _____, était d'avis qu'une nouvelle évaluation lors d'un stage était indispensable et qu'il se justifiait de procéder à une nouvelle

expertise psychiatrique. Il a produit un rapport médical du 31 mai 2016 adressé à son conseil par le Dr G._____, duquel il ressortait notamment ce qui suit (sic) :

"M. A.E._____ est suivi au Centre W._____ depuis le 24 décembre 2015. L'expertise pluridisciplinaire de laquelle vous nous demandez notre avis date du 30 juillet 2015. Nous retenons les diagnostics suivants, que nous avons transmis à l'assurance-invalidité.

Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F 45.4) ;
Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 :
F 33.4) ;
Troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 : F 61.0).

Quant à notre positionnement par rapport à l'expertise pluridisciplinaire à la Clinique V. _____ le 25 septembre 2015, nous sommes étonnés de l'absence anamnétique d'éléments prépondérants pour étayer les diagnostics que nous avons posés plus haut. Il s'agit notamment de la notion d'un parcours professionnel marqué par des accidents de travail. Le premier date de 1985, lors duquel M. A.E. _____ a fait une chute du deuxième étage et a atterri sur ses pieds, ce qui lui a valu un arrêt de travail de trois mois. En 2007, il fera une seconde chute d'une hauteur de 2,5 mètres sur le dos, dans le contexte du décès de sa belle-mère. Il sera alors suivi à la SUVA pendant trois semaines et sera mis à l'arrêt pendant une période de neuf mois. Le début des troubles semblent remonter à l'année 2000, avec une aggravation des traits de personnalité et des phases dépressives récurrentes dans un contexte de plaintes somatiques multiples, investiguées par son médecin de famille.

Par ailleurs, d'autres observations par rapport à cette expertise peuvent être formulées, que nous n'allons pas aborder dans ce rapport. En effet, ce mandat relèverait d'une contre-expertise.

Le patient est au bénéfice d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré dont le pronostic est réservé."

Par avis médical du 24 octobre 2016, le Dr B. _____ a pris position comme suit sur l'opposition de l'intéressé :

"Notre avis : la contestation est portée sur le plan psychiatrique uniquement. Il est fait état de diagnostics postérieurs à l'expertise précédente, qui auraient surgi 4 mois seulement après celle-ci, alors qu'à l'époque, l'assuré signalait que son problème était uniquement somatique. Ces diagnostics apparaissent étonnants dans la mesure aussi où l'assuré n'avait aucun antécédent de suivi psychiatrique, ni de traitement, et qu'en l'absence d'antidépresseurs, aucun dosage n'avait été réalisé à cette date. Par ailleurs, l'examen soigneux p45 à 49, ne retenait aucune pathologie, ni de LF en l'absence de symptomatologie. Ainsi les diagnostics évoqués ne peuvent être plausibles avec un trouble dépressif récurrent, car celui-ci suggérait des épisodes antérieurs et un suivi psychiatrique avec traitement. Il en est de même pour le F 61, car il s'agit d'une pathologie se formant lors de l'adolescence et le début de l'âge adulte, et il ne peut surgir à 4 mois de l'expertise. Par ailleurs, ce type de diagnostic est marqué par la discontinuité affective, relationnelle, professionnelle, et la trame de vie de l'assuré contredit ce type de diagnostic. Pour un TSD persistant, il en est de même : il ne peut apparaître de novo, alors qu'en 2015, il n'était pas observé et encore moins avec le Dr Y. _____ antérieurement, et qu'en plus, il n'existe pas de pathologie psychiatrique associée. Par ailleurs, s'il existait, il serait difficile alors d'expliquer comment l'assuré aurait pu reprendre un travail en 2011, y compris en 08, lors de l'enquête LFA.

Au total, nous en restons donc à la décision antérieure et aux avis, tels que formulés par nos confrères spécialistes experts."

Par courrier du 26 octobre 2016, l'OAI a retenu que la contestation de l'assuré n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position et que son projet était fondé et devait être entièrement confirmé. Il a joint en annexe une décision du même jour, identique à son projet du 24 août 2016.

D. Par acte du 28 novembre 2016, A.E._____, représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente AI. En substance, il a fait valoir que la conjonction de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychiatriques formaient un élément nouveau. Il a par ailleurs soutenu que l'expertise privée de la Clinique V._____ sur laquelle le Dr B._____ se fondait était lacunaire et inexacte, raison pour laquelle il avait demandé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise indépendante, qui aurait eu pour objet de mettre en lumière l'existence d'un stress post-traumatique sur lequel s'était greffé un syndrome dépressif, ainsi que la mise en place d'un stage.

Par réponse du 16 janvier 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. En résumé, il a renvoyé à l'avis du SMR du 24 octobre 2016 en insistant sur le fait que les experts de la Clinique V._____ avaient expressément exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux chez le recourant. Il a ajouté que la situation de l'intéressé ne s'était pas modifiée sensiblement de manière à influencer son droit aux prestations depuis la décision du 8 février 2010, qu'il se soit fondé sur l'expertise de la Clinique V._____ ou l'avis du Centre W._____ qui faisait remonter les difficultés de l'assuré à une période antérieure à février 2010.

Par réplique du 8 février 2017, le recourant s'est référé à ses écritures du 28 novembre 2016.

E. Par décision du 15 décembre 2016, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à A.E. _____ avec effet au 28 novembre 2016, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Flattet.

Par courrier du 24 mai 2017, Me Flattet a produit sa liste des 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

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).

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 1a ; TF 9C_195/2013 du

15 novembre 2013 consid. 3.1 et 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 16 avril 2014.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1).

b) 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165, VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas

de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de la personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et

accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante et il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité ; ATF 137 V 270).

d) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3, 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 et 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

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. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et la

jurisprudence citée, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2).

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) que prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343

consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré d'avril 2014 et a repris l'instruction en ordonnant notamment la production de l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2015 par l'assurance perte de gain compétente. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 8 février 2010 – et la décision litigieuse du 26 octobre 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La décision du 15 mars 2005 par laquelle l'intimé a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assuré avec effet au 1^{er} avril 2002 se fondait essentiellement sur le rapport d'examen SMR du 9 novembre 2004. La Dresse Y._____ y avait posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes sur trouble statique et dégénératif avec dysbalance musculaire. Constatant que les experts arrivaient tous à la conclusion que la capacité de travail, même dans une activité adaptée, ne serait plus entière et pas supérieure à l'activité habituelle, elle a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée. Elle a par ailleurs relevé les limitations fonctionnelles suivantes : éviter une position statique prolongée en flexion/extension, rotation du tronc et en porte-à-faux, le port de charge est limité à 15 kg et l'assuré doit avoir la possibilité de changer régulièrement de position. Cet avis médical faisait suite aux conclusions des Drs K._____ (rapports médicaux des 3 avril 2002 et 17 septembre 2003) et Q._____ (rapport médical du 15 avril 2002), ainsi qu'à celles du COPAI [...] (rapport du 7 mai 2004), et s'y ralliait.

Par décision du 8 février 2010, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2006, au motif qu'il était apparu à la suite de plusieurs mesures d'instruction que le recourant avait repris son activité habituelle de façadier à plein temps sans aucune diminution de rendement à compter du 1^{er} juin 2006.

b) La décision litigieuse est fondée sur l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique V. _____ du 5 novembre 2015. Les experts L. _____ et F. _____ ont reconnu à l'intéressé une pleine capacité de travail sans baisse de rendement, tant sur le plan somatique que psychiatrique, ce taux prévalant déjà au 1^{er} septembre 2015 (p. 57/88).

aa) Sur le plan somatique, le Dr F. _____ a posé le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de dégénérescences (discopathies) des disques intervertébraux de L4 à L5 et L5 à S1. Il a observé une légère hernie spongieuse au niveau du plateau supérieur de cette vertèbre et une cyphose dorsale minime, sans retentissement clinique. Si les dégénérescences discales étaient avérées par l'imagerie, il n'y avait pas de concordance entre cette imagerie et l'intensité des douleurs décrites, puisque l'examen du rachis lombaire et dorsal ne montrait qu'un début de raideur lombaire. Le syndrome du canal carpien en phase de début n'entraînait pas non plus de retentissement clinique significatif (p. 35/88). L'expert a par ailleurs exclu le diagnostic de dégénérescence discale cervicale active, faute d'argument clinique objectif. En effet, il n'a pas objectivé de limitations d'amplitude, de mobilité et de signe ou symptôme concernant un problème cervical. Les mouvements des membres supérieurs avaient une amplitude normale. La force motrice et la sensibilité superficielle et profonde étaient intactes et les réflexes présents et symétriques (p. 35/88). Le Dr F. _____ a également écarté les diagnostics de lombalgies (ils réfèrent à des plaintes et non à un diagnostic lésionnel) et d'hyperostose vertébrale engainante (il n'y avait pas d'argument radiologique dénotant un aspect « flamme de bougie » indispensable pour poser le diagnostic [p. 35/88]). Finalement, l'expert a exclu les diagnostics de talalgies et gonalgies, les

examens cliniques étant normaux (p. 44/88). Il a retenu une capacité de travail totale dans l'activité habituelle de façadier (p. 40/88), les limitations fonctionnelles observées, à savoir pas de port de charges très lourdes et pas de porte-à-faux lombaire, n'ayant pas d'impact dans cette activité professionnelle (p. 39/88). La question de l'activité adaptée était ainsi sans objet.

Aucun élément figurant au dossier ne permet de mettre en doute ces conclusions.

La Dresse R._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hyperostose engainante et de fracture tassement (rapport médical du 30 avril 2014) puis de lombalgies discales et de douleurs aux genoux (rapport médical du 3 février 2015). Elle en a déduit que l'activité exercée était encore exigible à 60-70 % maximum, sans véritable motivation. Or, comme mentionné ci-dessus, les troubles relevés par la praticienne ont été discutés en détail par l'expert F._____ qui les a expressément exclus, faute d'élément objectivable. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de s'écarter du point de vue de l'expert de la Clinique V._____ nettement mieux explicité tant sur le plan des diagnostics que de la capacité de travail.

Il en va de même des diagnostics de lombalgies persistantes sur discopathie L5-S1, d'hyperostose vertébrale engainante et de douleurs cervicales et épaule d'allure mécanique posés par le Dr J._____ (rapport médical du 11 juin 2015). Ceux-ci ont été écartés par l'expert F._____ de manière détaillée et convaincante. Le diagnostic de cyphose dorsale mise en exergue par le médecin a quant à lui aussi été relevé par l'expert qui l'a toutefois qualifié de minime (p. 35/88). Par ailleurs, l'évaluation de la capacité de travail du recourant par ce médecin - incapacité de travail complète dans la dernière activité, étant précisé qu'une activité adaptée (activité légère, pas de port de charges et alternance des positions) était possible à plein temps - est en réalité similaire à celle du Dr F._____. En effet, ce dernier a reconnu à l'intéressé une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dans la

mesure où celle-ci exclut le port de charges très lourdes et permet une certaine liberté d'action dans le travail quant aux changements de position (p. 39/88).

Finalement, le recourant a allégué le diagnostic de pneumonie organisée cryptogénique dans sa contestation du 12 septembre 2016. Celui-ci n'est toutefois absolument pas documenté, pas plus que son effet éventuel sur la capacité de travail de ce dernier. Il ne permet dès lors pas non plus de s'écarter de l'avis de l'expert.

En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations de l'expert F. _____ sur le plan somatique.

bb) Sur le plan psychique, le Dr L. _____ n'a posé aucun diagnostic (p. 45 et 50/88). Il a relevé que l'intéressé avait signalé que son problème était somatique et qu'il n'y avait aucune plainte sur ce plan dans le dossier. Il a néanmoins procédé à un examen clinique qui lui a permis d'exclure toute symptomatologie dépressive et anxieuse, étant précisé notamment que l'intéressé avait réalisé un score de 0 sur l'échelle de Hamilton concernant la dépression et l'anxiété (p. 47-48/88). L'expert a également exclu les diagnostics de somatisation, de trouble somatoforme indifférencié, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, les critères A à E de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'étant pas remplis (p. 51-52/88). Il n'a pas non plus identifié d'élément évocateur d'une déviation en présence d'une vie familiale, sociale et professionnelle stable ni de traits de personnalité spécifiques et significatifs orientant vers un trouble de la personnalité clairement défini (p. 53/88). Le Dr L. _____ a également relevé un manque de volonté de l'assuré, la présence de plaintes démonstratives et majorées et l'absence de traitement médical (p. 51 à 53/88).

Une fois encore les éléments au dossier ne permettent pas de remettre en doute ces conclusions. Certes, quelques mois après la réalisation de l'expertise précitée par la Clinique V. _____, le

Dr G._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent, en rémission, et de troubles mixtes de la personnalité depuis 2000 (rapports médicaux des 6 avril et 31 mai 2016). Il a également relevé une baisse des capacités cognitives, avec des troubles mnésiques, un désintérêt pour la gestion de ses affaires administratives et une tendance à confier celles-ci à son épouse, une thymie dépressive avec des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une perte de l'estime de soi (rapport médical du 6 avril 2016, point 1.4). Ses constatations ne sont toutefois ni motivées, ni documentées. Elles n'ont pas non plus été ignorées dans le cadre de l'expertise. En effet, bien que le Dr L._____ n'en ait pas eu connaissance puisqu'elles ont été faites pour la première fois plus de cinq mois après l'expertise, elles ont été largement discutées dans le cadre de celle-ci. L'expert a examiné en détail le recourant sur le plan psychiatrique puis a expressément écarté ces diagnostics pour les motifs exposés ci-dessus.

Le Dr B._____ du SMR a également expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par le psychiatre ne pouvaient pas être suivis (avis médical du 24 octobre 2016). Le syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2000 selon le Dr G._____ ne pouvait pas apparaître de novo alors qu'il n'avait été relevé ni par l'expert L._____, ni par la Dresse Y._____ lors de l'instruction précédant la première décision de l'OAI. De plus, il n'y avait pas de pathologie psychiatrique associée et un tel trouble aurait été difficilement compatible avec la reprise d'une activité professionnelle en 2008 et 2011. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'était pas non plus vraisemblable, faute de suivi psychiatrique avec traitement ou même de plaintes avant décembre 2015. Enfin, le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité n'était pas d'avantage plausible puisqu'il s'agit d'une pathologie se formant lors de l'adolescence et de l'âge adulte ne pouvant pas surgir quelques mois après l'expertise médicale. Il aurait été marqué par une discontinuité affective, relationnelle, professionnelle contredite par la trame de vie de l'intéressé.

On relèvera par ailleurs que ces diagnostics n'ont été mentionnés par aucun autre médecin ayant examiné le recourant bien que, selon l'avis du Dr G._____, ils remontaient à 2000 voire 2011 pour la modification de la personnalité.

Finalement, la Cour de céans observe encore que le stress post-traumatique mentionné pour la première fois par l'intéressé dans son recours (p.3) n'est absolument pas documenté.

Dans ce contexte, les conclusions de l'expertise de la Clinique V._____ doivent être suivies. Il y a donc lieu de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle au moment de la décision litigieuse, cette activité étant adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges très lourdes et pas de porte-à-faux lombaire).

c) L'expertise des Drs L._____ et F._____, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et sur l'ensemble du dossier, est complète et particulièrement bien motivée. Le fait que les accidents de travail dont l'intéressé a été victime en 1985 et 2007 n'y soient pas mentionnés est sans incidence sur sa valeur. Exemptes de contradictions, ses conclusions sont convaincantes et ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elle a ainsi pleine valeur probante.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation du recourant ne s'est pas péjorée par rapport à celle qui prévalait à l'époque de la décision du 8 février 2010 puisque lors de la décision litigieuse du 26 octobre 2016, il disposait d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle. En l'absence d'évolution notable de son état de santé dans le sens d'une aggravation, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de prestations AI déposée le 16 avril 2014.

Dans ces conditions, un nouveau calcul sur le plan économique apparaîtrait superflu.

6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). 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. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Flattet a chiffré ses opérations à 5 heures de travail. Il a également fait état de photocopies et de frais d'affranchissement.

La liste des opérations produite a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. C'est ainsi un montant de 900 fr. (5 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 72 fr., soit un total de 972 francs. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a), étant précisé qu'en l'absence de liste des débours, le conseil juridique commis d'office reçoit une indemnité forfaitaire de 50 fr. pour une affaire transigée avant l'ouverture d'action et

de 100 fr. dans les autres cas (art. 3 al. 3 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, c'est donc un montant de 100 fr. TVA à 8 % en sus, soit 108 fr., qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'080 fr. (972 fr. + 108 fr.).

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 octobre 2016 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 à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Olivier Flattet, conseil de A.E. _____, est arrêtée à 1'080 fr. (mille huitante francs), débours et TVA compris.
- VI. 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Flattet (pour A.E. _____),
- 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 :