

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} octobre 2002 en qualité de manœuvre auprès de l'entreprise D. _____. Le 25 février 2008, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant des problèmes de dos et une dépression.

Le 12 mars 2008, complétant un formulaire de l'OAI, l'employeur a exposé qu'en 2006, l'assuré avait perçu un salaire annuel de 57'818 fr. 65. Le salaire horaire s'élevait à 26 fr. 85, pour 40,5 heures travaillées par semaine. L'intéressé avait été en incapacité de travail totale du 10 au 13 mai 2006 et du 4 au 10 décembre 2006, ainsi que dès le 24 janvier 2007.

Dans un rapport du 21 mars 2008 à l'OAI, le Dr X. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de hernie discale médiane L5-S1, d'état anxio-dépressif chronique et de syndrome douloureux persistant. L'incapacité de travail avait été totale du 4 au 10 décembre 2006, puis dès le 24 janvier 2007.

Le 9 février 2009, la Dre V. _____, psychiatre à l'E. _____ de [...], a expliqué suivre l'assuré depuis le 19 novembre 2007. Elle a diagnostiqué un état dépressif moyen à sévère et un syndrome douloureux persistant, lesquels entraînaient une incapacité de travail de 100 % depuis janvier 2007.

L'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, confiée aux Drs P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Q. _____, psychiatre, au Z. _____. Dans leur rapport du 13 août 2009, les experts ont retenu les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et syndrome radiculaire

déficitaire S1 droite et gauche sur la présence d'une collection liquidienne au niveau L5-S1 comprimant S1 droite, depuis mars 2009, ainsi que de status après discectomie L5-S1 droite pour une hernie discale L5-S1 droite en mars 2009. Ils ont également posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique de janvier 2008 à mars 2009 traité efficacement par soutien psychiatrique, médicaments antidépresseurs et neuroleptiques, actuellement en rémission, lequel n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était entière au plan psychique depuis mars 2009, mais nulle du point de vue somatique jusqu'au traitement du problème aigu de compression des racines S1.

Le 2 octobre 2009, le Dr BB._____, neurochirurgien, a relevé que l'examen neurologique était stable. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée ne montrait pas de récurrence herniaire. Il a proposé de continuer le traitement conservateur. Le 16 novembre 2019, le Dr BB._____ a relevé une évolution favorable et préconisé de poursuivre la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires.

Après avoir pris connaissance des rapports du Dr BB._____, le Dr P._____ a constaté, le 15 avril 2010, une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée. Il convenait d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements de flexion et d'extension du rachis, ainsi que l'utilisation d'échelles et d'échafaudages. L'assuré devait pouvoir changer de position toutes les 45 minutes et ne pas avoir à rester debout plus de 45 minutes.

Dans un rapport du 28 mai 2010, le Dr J._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une capacité de travail nulle comme aide-maçon depuis le 24 janvier 2007 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 10 kg, pas de mouvement en flexion / extension du rachis, pas de travail sur des échelles ou des échafaudages, alternance des positions après 45 minutes.

Par projet de décision du 12 août 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 30 avril 2010. Après avoir présenté une incapacité de travail totale, l'intéressé avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2010. La comparaison des revenus sans invalidité (64'972 fr.) et avec invalidité (55'114 fr. 60) aboutissait à un degré d'invalidité insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Celle-ci devait donc être supprimée trois mois après l'amélioration constatée en janvier 2010.

Par courrier du 31 août 2010, complété le 22 novembre 2010, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Subilia, s'est opposé à ce projet de décision en se prévalant d'une évolution défavorable de son état de santé. Il a transmis un rapport du 12 novembre 2010 du Dr TT._____, psychiatre au C._____, informant d'une hospitalisation du 30 août au 3 septembre 2010 en raison notamment d'une aggravation du trouble dépressif. Il posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et de syndrome douloureux persistant. Il renonçait à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ne l'ayant suivi qu'un court laps de temps. Etait également joint un rapport du 17 novembre 2010 de la Dre V._____, relevant que l'expertise avait été effectuée au moment où la symptomatologie dépressive de son patient s'était amendée. Le status psychiatrique actuel n'était plus superposable à celui observé par l'experte.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dre R._____, psychiatre, laquelle s'est entretenue avec l'assuré le 6 juin 2011. Dans un rapport du 11 juillet 2011, elle a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2007 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (premier épisode en 2007, deuxième épisode dès octobre 2009). La capacité de travail était nulle de janvier 2007 à mars 2009, totale de mars à octobre 2009 (rémission) et de 60 % depuis octobre 2009. L'activité habituelle était adaptée au plan psychiatrique, à raison de cinq heures par jour. Les

limitations fonctionnelles consistaient en un abaissement du seuil de la douleur et de l'énergie vitale, une réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage, une perte de confiance en soi, ainsi que des ruminations avec ponctuellement des idées suicidaires scénarisées.

Le 18 juillet 2011, le Dr J._____ a retenu une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée depuis octobre 2009. Il a confirmé ses précédentes constatations pour la période antérieure.

Le 31 juillet 2012, l'assuré a requis un complètement d'expertise en lien avec sa limitation intellectuelle. Il a joint un rapport du 29 juin 2012 de la Dre V._____ faisant état d'un QI performance réduit (évalué à 48 en mars 2008 et à 56 en juin 2011), lequel n'avait pas été pris en compte par l'experte.

Par avis médical du 15 août 2012, le Dr J._____ a relevé que les faibles capacités intellectuelles de l'intéressé, présentes depuis l'enfance, ne l'avaient pas empêché de travailler dans l'économie normale.

Du 25 mars au 30 avril 2013, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du G._____, mandaté en qualité de Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI). Dans un rapport final établi le 5 juin 2013, le responsable du Centre a constaté qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'était pas dans une dynamique de travail, bien qu'il semblait posséder certaines aptitudes. Au niveau des limitations, un travail industriel léger, comme une activité de montage mécanique ou de conditionnement, devait être possible, mais l'intéressé ne semblait pas capable de mettre ces compétences en valeur. Sa productivité n'avait pas changé lors de la modification du taux d'activité. Il n'avait pas d'énergie et était passif. Aucun employeur ne l'engagerait en l'état actuel. Le responsable a joint un rapport du 13 mai 2013 du Dr L._____, médecin consultant au COPAI, constatant qu'avec un peu plus de motivation et d'énergie, l'assuré pourrait exercer une activité respectant les limitations

fonctionnelles du rachis, soit une activité légère, semi-sédentaire et permettant les changements de positions.

Le 26 juin 2013, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 21 juin 2013 du Dr X._____, relevant que ce n'était pas un manque de motivation qui le rendait apathique, mais son état psychologique et la médication prescrite à cet égard.

L'assuré a encore fait parvenir à l'OAI un rapport du 24 février 2014 du Dr W._____, médecin à l'E._____ de [...], indiquant qu'il était suivi pour un trouble dépressif récurrent, passé actuellement à un stade de chronicité, et pour lequel une médication avait été prescrite.

Par projet de décision du 31 mars 2014, annulant et remplaçant celui du 12 août 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} janvier 2008 et un quart de rente à partir du 1^{er} avril 2010. Il a expliqué qu'en janvier 2010, il avait retrouvé une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée. La comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité aboutissait à un degré d'invalidité permettant encore l'octroi d'un quart de rente.

Le 5 mai 2014, l'assuré a contesté ce projet, en critiquant la capacité de travail et le taux d'invalidité retenus par l'OAI.

Le 1^{er} mai 2015, l'intéressé a transmis à l'OAI un rapport établi le 23 avril 2015 par le Dr F._____, psychiatre à l'E._____ de [...], posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, de syndrome douloureux persistant, ainsi que de difficultés économiques. Il a relevé une péjoration de la pathologie en janvier 2015, avec une hospitalisation du 18 mars au 7 avril 2015.

Le 18 mai 2015, l'OAI a expliqué à l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'exigibilité médicale retenue.

Par décision du 7 juillet 2015, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2008 et d'un quart de rente à partir du 1^{er} avril 2010.

b) Par acte du 7 août 2015, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le cadre de la procédure de recours, il a produit un rapport du 25 février 2016 du Dr M._____, psychiatre traitant depuis octobre 2015, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi que de retard mental léger *versus* intelligence limitée. Les symptômes compromettaient toute activité dans l'économie réelle.

Par arrêt du 24 novembre 2016 (AI 211/15 - 311/2016), la Cour de céans a annulé la décision litigieuse et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise somatique, psychosomatique et psychiatrique, puis nouvelle décision. Elle a expliqué qu'il y avait lieu de se rallier à l'évaluation de la capacité de travail ressortant de l'avis du 15 avril 2010 du Dr P._____, mais qu'on ignorait l'évolution de l'état de santé de l'assuré au plan somatique depuis lors. Par ailleurs, l'expertise de la Dre R._____ ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles définies en matière de troubles somatoformes douloureux.

Le 6 mars 2017, le Dr M._____ a transmis à l'OAI un bilan neuropsychologique et logopédique établi le 9 janvier 2017 par K._____, neuropsychologue, et HH._____, psychologue. Elles relevaient que les difficultés cognitives et comportementales présentées par l'assuré constituaient une limitation à l'exercice d'une activité professionnelle dans le marché libre.

B. **a)** Faisant suite à l'arrêt précité, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la S._____, où l'assuré a séjourné du 22 au 24 mai 2017. Il a été examiné par les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, ZZ._____, rhumatologue, O._____.

psychiatre, et par le neuropsychologue B._____. Dans leur rapport du 14 juin 2017, les experts ont retenu les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de psychose schizo-affective avec léger état résiduel/déficitaire, évolution continue, non progrédiente, ainsi que de lombosciatalgies bilatérales chroniques avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite en 2009. Les diagnostics de cervicalgies non spécifiques, d'obésité, d'hallux valgus bilatéral, ainsi que de suspicion de basse intelligence, n'avaient quant à eux aucun effet sur la capacité de travail. Au plan somatique, cette capacité était totale dans une activité adaptée, soit sans mouvement en porte-à-faux, sans port de charge répété de plus de 10 kg et sans position statique prolongée. Sur le plan psychique, la capacité de travail était nulle en 2007 et 2008, puis de 100 % avec une diminution de rendement de 40 % à partir de 2009 dans une activité simple. Les limitations fonctionnelles consistaient en un émoussement affectif et une diminution de l'empan, du lien avec la réalité et de la capacité de prendre des décisions. Du point de vue neuropsychologique, des limitations fonctionnelles étaient à attendre sur le plan quantitatif avec une légère baisse de rendement et la nécessité de certaines pauses courtes. Une activité simple et relativement routinière, bien structurée et dénuée de responsabilités, avec des consignes claires et courtes écrites, était envisageable.

Par avis médical du 8 août 2017, le Dr T._____, médecin au SMR, a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2007. Dès janvier 2010, elle s'élevait à 100 % dans une activité adaptée aux limitations somatiques avec une baisse de rendement de 40 % pour des raisons psychiques, soit une capacité de 60 %.

Par projet de décision du 11 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} janvier 2008 et un quart de rente à compter du 1^{er} avril 2010, lequel était basé sur un degré d'invalidité de 49 %.

Le 16 novembre 2017, l'assuré a contesté tant l'évaluation de sa capacité de travail que le taux d'invalidité retenu.

b) Le 12 juillet 2018, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent. Il a fait état d'un besoin d'aide pour se vêtir/dévoûtir, pour faire sa toilette, pour aller aux toilettes, ainsi que pour se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Il avait également besoin de prestations d'aide médicale, d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport du 26 juillet 2018 à l'OAI, le Dr X._____ a retenu, comme diagnostics ayant une influence sur l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome, ceux de colonne lombaire dégénérative, de syndrome douloureux persistant et de trouble dépressif récurrent. Le patient souffrait de lombalgies à l'effort et d'une difficulté dans la gestion de ses émotions et des actes ordinaires de la vie.

Le 14 août 2018, l'assuré a transmis plusieurs certificats d'incapacité de travail totale établis par les Drs X._____ et M._____, en priant l'OAI de lui accorder une rente entière.

Dans un rapport du 21 août 2018, le Dr M._____ a fait état d'un trouble schizo-affectif engendrant des troubles de l'attention, de la concentration, et un ralentissement psychomoteur. Ces derniers rendaient nécessaires une aide quasi-permanente de l'épouse.

L'OAI a mis en œuvre une enquête relative à l'impotence, réalisée au domicile de l'assuré. Dans un rapport du 18 janvier 2019, l'enquêteur a constaté qu'il avait besoin d'aide pour se vêtir (préparer les vêtements) et se déplacer à l'extérieur/entretenir des contacts sociaux, depuis décembre 2007. Il avait également besoin d'une surveillance personnelle permanente et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, lequel se montait à 8 heures et 15 minutes par semaine, depuis décembre 2007 également.

Par projet de décision du 21 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une allocation pour impotence de degré moyen depuis le 1^{er} juillet 2017. Il a reconnu un besoin d'aide régulière et importante pour deux actes ordinaires de la vie, soit se vêtir et se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Il avait également besoin d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 25 février 2019, l'assuré a déclaré adhérer à ce projet.

Dans un courriel du 11 mars 2019 à l'enquêteur, une collaboratrice de l'OAI a relevé que la Caisse de compensation s'était posée la question de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen alors qu'une capacité de travail de 60 % était retenue. Elle a demandé s'il maintenait sa position, compte tenu notamment du fait qu'au vu de l'expertise du 14 juin 2017, l'assuré semblait relativement indépendant.

Le 20 mars 2019, l'enquêteur a confirmé sa position quant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. Il a évoqué la question d'une possible aggravation entre l'expertise et son enquête à domicile, en ajoutant qu'il serait envisageable que la date qu'il avait retenue, soit 2007, ne soit pas totalement exacte s'agissant du besoin d'accompagnement et de surveillance personnelle.

c) Le 22 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation en lien avec le projet d'octroi de rente n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par deux décisions du 9 mai 2019, l'OAI a confirmé d'une part l'octroi d'une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2010, et d'autre part d'un quart de rente à partir du 1^{er} avril 2010. Ce dernier était fondé sur la comparaison entre les revenus sans invalidité (61'667 fr.) et avec invalidité (31'193 fr. 88, basé sur les données de l'ESS et tenant compte

d'un abattement de 15 %). Cela aboutissait à un degré d'invalidité de 49.42 %, arrondi à 49 %, diminuant la rente entière à un quart de rente.

Par décision également datée du 9 mai 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} juillet 2017.

C. Par acte du 7 juin 2019, H._____, toujours représenté par Me Subilia, a recouru contre les décisions du 9 mai 2019 relatives à la rente, en concluant à leur réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée dès le 1^{er} janvier 2008, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, et plus subsidiairement encore, à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2010. Il a fait valoir que l'expertise de la S._____ était contredite par les rapports de ses médecins traitants, par l'enquête relative à l'allocation pour impotent, et par la décision lui accordant une telle prestation. Dans ces conditions, il ne faisait nul doute que son incapacité de travail était totale. Il a également contesté le salaire sans invalidité retenu par l'OAI. Enfin, l'abattement sur le revenu avec invalidité devait être fixé à 25 % et non à 15 %.

Par décision du 13 juin 2019, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 juin 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Subilia.

Dans sa réponse du 11 juillet 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation des décisions attaquées.

Le 15 août 2019, le recourant a maintenu ses conclusions.

Le 24 janvier 2020, Me Subilia a transmis la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2008.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 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 (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, 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 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs

médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'OAI a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité avant de retrouver, dès le 1^{er} janvier 2010, une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 40 %, dans une activité adaptée. Le recourant soutient quant à lui être toujours incapable d'exercer une activité. Il se réfère aux rapports de ses médecins traitants et à l'enquête réalisée à son domicile.

a) Au plan somatique, la Cour de céans a déjà considéré, par arrêt du 24 novembre 2016, qu'il convenait de se rallier à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ressortant de l'avis du 15 avril 2010 du Dr P._____, soit une pleine capacité dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2010 (arrêt précité, consid. 4). Cependant, les pièces au dossier ne permettant pas de statuer sur l'évolution de l'état de santé depuis l'appréciation de ce médecin, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise.

Celle-ci a été rendue le 14 juin 2017 par les spécialistes de la S._____. Du point de vue somatique, ils ont relevé, comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, celui de

lombosciatalgies. Selon eux, cette atteinte était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée (sans mouvement en porte-à-faux, sans port de charge répété de plus de 10 kg et sans position statique prolongée) à temps plein, depuis le 1^{er} janvier 2010. Leur rapport fait suite à des examens du recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions bien motivées. Ces dernières rejoignent d'ailleurs celles du Dr P._____. Il convient ainsi de s'y rallier. Les autres éléments au dossier ne sont pas propres à les remettre en cause. Ils ne mettent pas non plus en évidence une éventuelle aggravation de la situation ou l'apparition de nouvelles atteintes depuis l'expertise. En particulier, le Dr X._____ mentionne au plan physique uniquement des lombalgies, lesquelles ont été prises en compte par les experts. De plus, l'incapacité de travail totale attestée par ce médecin se rapporte à l'ensemble des atteintes de son patient, et non seulement aux lombalgies. Les difficultés de l'assuré ressortant de l'enquête réalisée à son domicile ne concernent pas non plus le plan somatique. Au demeurant, dans son recours, l'assuré décrit uniquement des éléments d'ordre psychique afin de justifier une diminution de sa capacité de travail.

Ainsi, du point de vue somatique, il y a lieu de considérer que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2010.

b) Au plan psychique, l'expert psychiatre de la S._____ retient une psychose schizo-affective avec un léger état résiduel/déficitaire, d'évolution continue, non progrédiente. Selon le Dr O._____, celle-ci a entraîné une incapacité de travail totale en 2007 et 2008 mais, depuis l'introduction d'un traitement en 2009, l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 40 % dans une activité simple.

Le volet psychiatrique de l'expertise a également été établi en pleine connaissance du dossier et a pris en compte les plaintes du recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire. Le Dr

O._____ a expliqué les raisons l'ayant amené à ses conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. En particulier, il a relevé que les éléments observés par la Dre Q._____ en 2009 montraient la présence d'une maladie du domaine du spectre des psychoses, avec notamment des troubles de la pensée sous la forme d'un discours confus et une méfiance. Cette impression était confirmée par le fait que ces symptômes avaient grandement diminué avec la prise de neuroleptiques. Cette amélioration était documentée tant par la Dre Q._____ que par la Dre R._____ en 2011. Le Dr O._____ a exposé que lors de son examen, il avait observé la persistance de la psychopathologie psychotique mais, grâce au traitement médicamenteux, seulement sous la forme d'un état résiduel, respectivement déficitaire. Avec le traitement, qu'il a jugé optimal, la manifestation et l'intensité de la maladie avaient nettement diminué, ce qui avait déjà été mis en évidence par les expertises de 2009 et 2011.

Le Dr O._____ a exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation de ses confrères. En premier lieu, d'après les règles de la psychiatrie clinique classique et les préceptes de la CIM-10, la présence d'une maladie psychotique excluait un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr O._____ a précisé que les plaintes douloureuses de l'assuré s'inscrivaient dans les perceptions de type psychotique qu'il continuait d'avoir, ayant notamment décrit un bruit dans la tête, sans substrat organique. Ensuite, les Dres Q._____ et R._____ n'observaient qu'une dépression mélancolique, alors qu'elles avaient décrit des symptômes qui dépassaient ce qui était communément admis pour ce diagnostic, sans les prendre en compte. Le Dr O._____ a encore détaillé pourquoi il réfutait la pleine capacité de travail constatée par la Dre Q._____, en expliquant qu'elle avait probablement été impressionnée par l'importante amélioration apportée par le traitement introduit en 2009 et avait ainsi surestimé la capacité de travail de l'assuré. A l'issue de son analyse, le Dr O._____ se rallie sensiblement à l'appréciation de la capacité de travail de la Dre R._____. Ses conclusions concordent en outre avec celles du neuropsychologue de la

S._____, lequel constatait notamment une diminution de rendement et la nécessité d'une activité simple et routinière.

Pour le surplus, le Dr O._____ a relevé une suspicion de basse intelligence de l'assuré, en rejetant le diagnostic de retard mental évoqué par le Dr M._____. A cet égard, il a indiqué que l'intéressé avait pu opérer de manière tout à fait sensée en tant que traducteur dans les échanges avec son épouse au début de l'expertise. De plus, sa manière de parler et de réfléchir confirmait l'absence de retard mental moyen. Le Dr O._____ a estimé que la suspicion de basse intelligence n'avait pas d'effet sur la capacité de travail, ce qui est convaincant. En effet, il sied de relever qu'elle n'a pas empêché l'assuré d'émigrer en Suisse, d'y apprendre le français et d'y exercer différentes activités lucratives.

Enfin, le Dr O._____ a analysé les critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychosomatiques et psychiques. En particulier, il a décrit que l'assuré disposait de ressources au vu de son parcours familial, social et professionnel. L'intéressé entretenait des relations actives avec quelques proches, notamment les membres de sa famille habitant avec lui, malgré des phases conflictuelles avec certains de ses enfants. En outre, en dehors des pathologies mentionnées, aucune comorbidité n'était présente.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr O._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convient dès lors de s'y rallier et de retenir une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 40 % dans une activité simple, pour la période de 2009 à la date de cette expertise, soit le 14 juin 2017.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne modifient pas ce constat. Les difficultés cognitives et comportementales relevées dans le bilan neuropsychologique et logopédique du 9 janvier 2017 ne permettent pas d'exclure toute capacité de travail. Les psychologues n'étaient d'ailleurs pas parvenues à une telle conclusion.

Elles avaient en revanche fait état d'une limitation à l'exercice d'une activité professionnelle au vu de l'atteinte mnésique, représentant une entrave pour l'intégration de nouvelles informations, et du ralentissement ayant des répercussions sur le rendement. Ceci n'empêche toutefois pas l'exercice d'une activité simple et routinière, avec une diminution de rendement, tel que relevé par l'examen neuropsychologique réalisé postérieurement, dans le cadre de l'expertise de la S._____. Selon ce dernier, il n'y avait pas de nette péjoration du tableau clinique depuis l'examen de janvier 2017. Quant aux rapports des différents psychiatres ayant suivi l'assuré, de même que ceux du Dr X._____ - lequel n'est au demeurant pas spécialisé en psychiatrie -, ils 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 des conclusions de l'expert. Ils constituent une appréciation différente de la même situation.

L'enquête réalisée au domicile de l'assuré en 2019 ne permet pas non plus de remettre en cause les considérations qui précèdent s'agissant de la période de 2009 jusqu'à la date de l'expertise de la S._____, et cela même si elle fait remonter les besoins d'aide auxquels elle conclut à décembre 2007. En particulier, certaines difficultés décrites par l'enquêteur n'ont été relevées ni par le COPAI, alors que l'assuré y a effectué un stage d'observation de plusieurs semaines au printemps 2013, ni par les spécialistes de la S._____, à laquelle il a séjourné durant trois jours dans le cadre de l'expertise. Par exemple, la nécessité d'une surveillance personnelle permanente retenue par l'enquêteur - en indiquant notamment qu'un proche restait toujours au domicile pour surveiller l'assuré, lequel ne se rendait même pas seul à la buanderie de l'immeuble - ne ressort pas des constatations relevées en 2013 et en 2017. De même, en lien avec le besoin d'aide pour se déplacer, l'enquêteur a expliqué que l'assuré ne sortait jamais seul et était incapable de se promener même dans les environs de l'immeuble. Or, l'intéressé a déclaré au COPAI qu'il faisait de courtes promenades et, aux experts de la S._____, qu'il accompagnait ses enfants à l'école et allait également marcher autour du stade. Il conduisait le véhicule familial pour

de petits trajets. Même s'il ressort de l'expertise qu'il s'agit de promenades et de trajets connus, et qu'il aurait perdu son permis de conduire « tout récemment », on ne peut pas conclure que l'intéressé ne pouvait se déplacer tout seul depuis décembre 2007 déjà. Après avoir été interpellé par l'OAI, l'enquêteur a d'ailleurs concédé qu'il était envisageable que la date de 2007 n'était pas totalement exacte (cf. rapport du 20 mars 2019). Au demeurant, les difficiles interactions avec l'assuré décrites par l'enquêteur, à savoir qu'il était généralement absent de la discussion et qu'il ne répondait que par moments, même si les questions lui étaient dirigées, n'ont pas été mises en évidence dans l'expertise. On peut encore relever, s'agissant des différentes tâches ménagères, que selon l'enquête, le recourant n'a jamais eu l'habitude de les effectuer, l'épouse s'en étant toujours occupée. Enfin, selon la jurisprudence, en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2 et les références citées). Au vu de ce qui précède, on doit donc conclure que les observations de l'enquêteur ne remettent pas en question l'expertise de la S._____.

L'enquête pourrait néanmoins rendre vraisemblable une aggravation de la situation du recourant depuis lors.

A la réception de cette enquête, et au vu des divergences avec l'expertise de la S._____, l'OAI aurait dû poursuivre l'instruction sur le plan médical, soit sur le volet psychique, afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis juin 2017, ce qu'elle n'a pas fait. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales

selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en reprenne l'instruction au regard de ce qui précède.

c) Au final, l'OAI était fondé à retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité avant de retrouver, dès le 1^{er} janvier 2010, une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 40 %, dans une activité adaptée. Ceci est toutefois valable jusqu'à la date de l'expertise de la S._____, soit juin 2017. Pour la période ultérieure, l'intimé doit poursuivre l'instruction et rendre une nouvelle décision.

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressé entre le 1^{er} janvier 2010 et le mois de juin 2017.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 3a supra).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure

des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; 129 V 222 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'OAI et estime, s'agissant du revenu avec invalidité, qu'un abattement de 25 % aurait dû être appliqué.

Le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2010.

S'agissant du revenu que l'assuré pourrait obtenir sans invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur les informations transmises par le dernier employeur, soit un revenu de 57'818 fr. 65 en 2006 (cf. formulaire du 12 mars 2008). Ce salaire, indexé à 2010, s'élève à 61'666 fr. 35 (+ 1.6 % en 2007, + 2 % en 2008, + 2.1 % en 2009, + 0.8 % en 2010). Le recourant conteste ce montant, en vain. En effet, le salaire sans invalidité se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, soit celui susmentionné. Les périodes d'incapacité de travail dont il se prévaut pour justifier un calcul fondé sur le salaire horaire prévu dans son ancien contrat de travail sont minimales. En 2006, l'employeur n'a relevé des absences que du 10 au 13 mai et du 4 au 10 décembre, soit environ une semaine et demie. Cela correspond approximativement aux absences au cours de l'année 2005. Un calcul basé sur la rémunération à l'heure aboutirait à un salaire sans invalidité excessivement supérieur à celui indiqué par l'employeur, même si l'on prenait en compte les courtes périodes d'incapacité de travail de l'assuré. Il n'est ainsi pas réaliste, et

n'a du reste jamais été atteint par celui-ci. Le salaire de 57'818 fr. 65 est le plus élevé que le recourant a réalisé durant sa carrière. Le calcul effectué par ce dernier dans son acte de recours prend en considération 52.2 semaines de travail, auxquelles il ajoute à tort un supplément de 8.33 % de salaire pour tenir compte de quatre semaines de vacances, ainsi qu'un treizième salaire. Par ailleurs, il n'a pas travaillé 42 heures par semaine, ni en 2005, ni en 2006.

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2010 pour les hommes effectuant une telle activité dans le secteur privé s'élève à 4'901 fr., part au 13^{ème} salaire comprise. Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2010, à savoir 41,6 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'097 fr. 05 par mois ($4'901 \text{ fr.} \times 41,6 : 40 \text{ heures}$), correspondant à un montant de 61'164 fr. 50 par année. Compte tenu de la capacité de travail retenue, soit 100 % avec une diminution de rendement de 40 %, il convient de retenir le 60 % de ce revenu, à savoir 36'698 fr. 70. L'intimé y a opéré un abattement de 15 %, portant le revenu d'invalidé à 31'193 fr. 90. Le recourant se prévaut quant à lui d'une déduction de 25 %. Ce taux correspond au maximum autorisé par la jurisprudence et ne peut être appliqué dans le cas présent. En effet, il a déjà été tenu compte, en amont, de l'exercice d'une activité simple, avec un rendement diminué. L'abattement de 15 % retenu par l'OAI prend correctement en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, notamment les limitations fonctionnelles et la fatigue engendrée par la médication. Tel que susmentionné, les éléments ressortant de l'enquête à domicile ne sont pas déterminants dans la présente procédure.

Ainsi, la comparaison des revenus avec invalidité (61'666 fr. 35) et sans invalidité (31'193 fr. 90) aboutit à un degré d'invalidité de 49.42 %, arrondi à 49 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Ceci est insuffisant pour maintenir le droit à une rente entière, laquelle doit être réduite à un quart de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI, consid. 3a supra).

La diminution de la rente au 1^{er} avril 2010, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé ayant eu lieu au mois de janvier 2010, est également correcte (cf. consid. 3b supra).

En revanche, la situation médicale du recourant à partir du mois de juin 2017 doit encore être investiguée (cf. consid. 6 supra).

8. a) En définitive, le recours est admis en tant qu'il porte sur la période postérieure au 31 mai 2017. La décision accordant une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2010 est intégralement confirmée. Celle relative à la période dès le 1^{er} avril 2010 est confirmée en tant qu'elle porte sur l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} avril 2010 au 31 mai 2017, et annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires doivent être fixés à 400 fr. et portés à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Subilia (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, accordant une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2010, est confirmée.
- III. La décision rendue le 9 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, octroyant un quart de rente dès le 1^{er} avril 2010, est confirmée en tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mai 2017, et annulée pour le surplus, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour H. _____)
- 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 :