

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dessaux et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 let. b et c LAI

E n f a i t :

A. **a)** I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], en incapacité totale de travailler depuis décembre 2006, 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) le 1^{er} juin 2010, indiquant souffrir de dépression, de fatigue chronique et de troubles du sommeil depuis environ 2005. Il a suivi une formation à l'E. _____ (E. _____) sans la terminer. En dernier lieu, il a été directeur d'une société jusqu'à fin 2002, dont il est resté administrateur jusqu'à fin 2003.

Dans un rapport du 4 janvier 2011, annexé par l'OAI le 10 février 2011, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'intéressé depuis 2007 et posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.1) et de traits de la personnalité mixte depuis plus de cinq ans. Il a indiqué que l'assuré ne prenait aucune médication, mais suivait une thérapie individuelle dont la fréquence devait être nécessairement hebdomadaire. Il a mentionné que l'activité exercée était médicalement exigible à 50 % initialement, puis à 80 % dans un délai de six mois.

Le 15 juillet 2011, le Dr T. _____ a répondu aux questions de l'OAI, indiquant ne pas pouvoir détailler le status psychiatrique actuel, l'assuré n'étant plus venu à sa consultation depuis le 23 février 2011, avec la précision que la capacité de travail était nulle dans la profession actuelle. S'agissant des limitations fonctionnelles précises relevant de l'assurance-invalidité, le psychiatre traitant a mentionné que, durant les derniers mois de sa prise en charge, l'intéressé manifestait une fatigue ainsi qu'une fatigabilité importante, particulièrement lorsqu'il s'agissait de s'occuper de tâches qui le concernaient directement, des problèmes d'insomnie, des troubles de la concentration, une baisse de l'élan vital, ainsi que des difficultés importantes à mettre des priorités et à prendre des décisions majeures (troubles du fonctionnement exécutif). Selon le Dr T. _____, la capacité de travail dans une profession médicalement

adaptée ne dépassait pas les 50 %. S'agissant des traitements en cours, ce médecin a indiqué que jusqu'au 23 février 2011, la prise en charge de l'assuré consistait en une thérapie individuelle (soutien, approche interpersonnelle, écoute, gestion de crise).

L'OAI a requis le point de vue de son service médical régional (SMR) sur les renseignements récoltés (avis du 18 octobre 2011 du Dr W. _____), lequel a demandé la liste des médecins consultés depuis le 1^{er} janvier 2011 pour leur adresser le questionnaire d'usage et estimé qu'il n'existait pas d'empêchements médicaux à la mise en place de mesures de réinsertion.

Par décision du 29 février 2012, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne disposait pas des informations médicales demandées à plusieurs reprises et que les diagnostics connus ne justifiaient pas une incapacité de travail, ni n'expliquaient l'absence de réaction de l'intéressé. Cette décision n'a pas été contestée.

b) Le 26 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, indiquant souffrir de dépression, de troubles anxieux et du sommeil et être suivi par le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 11 juin 2015 du Dr Z. _____ ; rapport du 28 août 2015 du Dr K. _____, spécialiste en gastroentérologie ; rapport du 11 août 2015 du Professeur V. _____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 11 décembre 2015 du Dr B. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport) qu'il a ensuite soumis pour examen au SMR (avis du 11 août 2016 du Dr C. _____), lequel a recommandé la réalisation d'une expertise psychiatrique pour déterminer la capacité de travail ainsi que les éventuelles limitations fonctionnelles.

L'expertise psychiatrique a été conduite par la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 13 décembre 2017. Dans le rapport y relatif du 20 décembre 2017, elle a indiqué avoir téléphoné le même jour au DrT._____ et posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : « Simulation consciente avec motivation claire (Z 76.5), Dysthymie (F34.1) depuis le début de l'âge adulte, Status post épisode dépressif moyen à sévère entre 2004 et fin 2008 versus F33.4 trouble répressif récurrent, en rémission depuis janvier 2009 (un épisode en 1994-1996 ?; un épisode entre 2004 et fin 2008), status post effets indésirables de traitements antidépresseurs et autre Y 49.9 entre 2004 et fin décembre 2008, difficultés liées au logement et aux conditions économiques depuis 2006 (Z 59) et difficultés en lien avec l'emploi et le chômage depuis fin 2005 (Z 56) ». Elle a retenu une incapacité totale de travail entre janvier 2005 et décembre 2008 dans toute activité, puis une capacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2009 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle a pour le surplus retenu ce qui suit :

“Appréciation du cas et pronostic

Monsieur I._____ donne des indications volontairement erronées à l'experte, alléguant avoir suivi un traitement de stimulation magnétique transcrânienne ou TMS, « offert par le Docteur T._____ qui me faisait confiance », expliquant pour cela « avoir dû venir tous les jours à [...] depuis [...], ce qui faisait que c'était une période chargée » (note de l'experte : cette description vise à démontrer les efforts dont il est capable pour se soigner ?). Cette information est entièrement démentie par le Dr T._____. De surcroît des nombreuses contradictions sont présentes dans les dires de l'examiné, contradictions qui laissent apparaître qu'il est apte à mener des tâches complexes et est très occupé.

Le cadre de l'expertisabilité est donc posé : l'investigué n'est pas fiable dans ses dires puisqu'il tend à passer sous silence les améliorations obtenues et les nombreuses contradictions retrouvées indiquent que la présente situation est à la limite de l'expertisabilité.

Dans ce contexte, il n'est pas vraiment possible à l'experte de se prononcer sur les états dépressifs antérieurs supposés. Il y aurait eu des traitements et des suivis lors de deux périodes : 1994-1996 et 2005-2008, le suivi ayant perduré jusqu'en fin 2015 environ. Nous n'avons aucune documentation concernant la période 1994-1996 mais quelques rapports concernant la seconde période. On peut donc retenir, de façon purement hypothétique (en raison d'une fiabilité basse), la survenue d'un épisode dépressif entre 1994-1996 : cet épisode n'a pas empêché l'exploré de poursuivre d'autres

études et déménager à [...], d'y trouver un travail et de travailler avec petite start-up, de nouer des contacts importants pour la suite de sa carrière. L'intensité de ce premier état dépressif est donc légère à moyenne, sans répercussion sur la capacité de travail.

Le second épisode dépressif (2004-2008) aurait été plus marqué, avec notamment des effets secondaires indésirables des traitements antidépresseurs et neuroleptiques reçus, prise pondérale importante, « être comme un légume », donc apathie. L'intensité de cet épisode peut être qualifiée de moyenne à sévère. Toutefois l'incapacité de travail n'est attestée à 100% que depuis la prise en charge du Docteur T. _____ dès juillet 2007. Antérieurement, il n'y a aucun document versé au dossier médical. Dès janvier 2009 une rémission partielle était présente selon le Docteur T. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH ; les symptômes qui persistent depuis là sont : « une fatigabilité, une baisse de l'élan vital et des problèmes de concentration ». Ainsi un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission depuis janvier 2009 F 34.4 est présent sur le registre nosographique. On peut admettre la période de janvier 2005 (note de l'experte : moment auquel il apprend que sa compagne de l'époque est en couple avec son ancien associé et meilleur ami) à décembre 2008 comme une période de pleine incapacité de travail.

Les symptômes résiduels annoncés sont compatibles avec un état de dysthymie :

Selon la CIM-10, la dysthymie (F34.1) implique une « dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des épisodes est trop brève, pour justifier actuellement de trouble dépressif récurrent léger ou moyen (F33.0 ou F33.1). Le trouble peut toutefois avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif léger dans le passé, notamment au moment de son installation. La fréquence et la durée des périodes individuelles de dépression légère et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale sont très variables. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines durant lesquels ils se sentent bien, mais, la plupart du temps (souvent pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués, déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. »

Un diagnostic de trouble de personnalité mixte, a été posé par le Docteur Z. _____, alors que le Docteur T. _____ ne retient que les traits de personnalité mixte. Nous rappelons ici que le Docteur T. _____ est le spécialiste ayant suivi le plus longtemps (2007-2011) l'assuré. L'experte actuelle rejoint l'avis du Docteur T. _____ ne retenant que des traits de personnalité et non pas un trouble véritablement. Les réponses aux questions posées lors du screening de personnalité de l'expertise actuelle ont été floues, peu convaincantes et l'experte a pris le parti de toutefois les retenir juste par soucis d'exhaustivité.

En l'état actuel nous savons que l'investigué est capable de :

- Se plonger de façon assidue dans le nouveau droit de la famille, ayant lu l'intégralité des articles y relatifs y compris les dernières jurisprudences pour mener un combat contre le SPJ (plusieurs mois en 2015)
- Avoir des lectures et des intérêts intellectuellement complexes, tels que les domaines techniques et scientifiques, la géopolitique et la géostratégie, l'intéressé y consacrant plusieurs heures par jour. Il peut y passer toute une nuit si un sujet l'intéresse.
- Effectuer toutes les tâches de sa vie quotidienne telle que faire les courses, faire son ménage, préparer ses repas, sortir, prendre des cafés, marcher, aller nager en été, y compris sortir parfois tard (*note de l'experte : accident de la cheville survenu à une heure du matin mois de mai 2017*)
- Tisser une nouvelle relation sentimentale investie avec une femme professeur à l'EPFL, en l'ayant abordé dans un café, avoir une vie sexuelle nourrie, ayant une bonne libido (*note de l'experte : voir son commentaire : « si seulement je pouvais moins [m']intéresser à ce domaine »*).
- S'occuper de sa mère âgée qui aurait tendance à accumuler beaucoup d'objets chez elle ; la seconder également dans les travaux à faire pour les deux appartements de la maison familiale ;
- Bricoler
- Voir des amis

Pourtant en dépit de cette vie quotidienne parfaitement conservée, ainsi que des possibilités intellectuelles bien présentes, l'investigué continue à alléguer que son état est médiocre, ce qu'il faut donc comprendre.

Il existe dans la présente situation un faisceau d'indices concordants indiquant la présence de bénéfices secondaires. En effet si l'exploré se déclarait maintenant apte à tout emploi :

- Il serait confronté à la difficulté de trouver un emploi dans son domaine sur le marché du travail actuel tendu et éventuellement accepter un emploi moins qualifié et/ou moins bien rémunéré
- Ayant des dettes, il devrait les rembourser dès la perception de son premier salaire et donc recevoir un salaire final nettement moins élevé
- S'il débutait maintenant une formation, il perdrait les avantages du revenu des services sociaux

Force est de constater au vu des indications posées en exergue de cette discussion que l'assuré cherche à obtenir une rente ou une formation, alors qu'il n'est plus véritablement souffrant actuellement. Sur le plan nosographique, cela oblige à retenir la présence d'une simulation consciente (Z 76.5) la motivation claire étant d'obtenir une rente, pour poursuivre une formation sans être prétérité sur le plan financier."

Aux termes d'un avis du 25 janvier 2018, le Dr C._____, du SMR, a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise

médicale précitée. En l'absence de diagnostic incapacitant actuel, le médecin a confirmé la capacité de travail totale de l'assuré dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2009.

Par projet de décision du 29 janvier 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de nier son droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement, motif pris que nonobstant l'incapacité de travail de 50 % attestée par son psychiatre, ses troubles ne justifiaient pas une incapacité de travail durable.

Les 20, 24 et 30 avril 2018, dans le cadre de l'opposition formée à son projet de décision, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 avril 2018 du Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, consulté pour des lombo-sciatalgies chroniques dont il ressort l'absence de facteurs faisant obstacle à une réadaptation professionnelle, mais sans que ce médecin ne se prononce sur la capacité de travail en renvoyant sur ce point auprès du médecin traitant ;
- des rapports de consultations des 18 avril, 5 mai et 1^{er} décembre 2017 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour une suspicion d'algo-neuro-dystrophie au membre inférieur gauche le 17 mai 2017 (post entorse des deux chevilles et fractures du Lisfranc [M2-M3 intra-articulaire] du pied gauche) et lombalgies chroniques. Ce médecin fait part d'une évolution lentement favorable en physiothérapie moyennant la poursuite d'un traitement à sec et en piscine ;
- des rapports des 22 novembre 2006 et 18 janvier 2012 du Dr M._____, spécialiste en pneumologie, du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) du CHUV, dont il ressort que l'assuré est affecté d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger traité par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure).

Le 5 juillet 2018, désormais assisté de son avocat, l'assuré a notamment indiqué que le Dr T._____ avait démenti l'information selon laquelle il n'aurait jamais effectué de séances de stimulation magnétique transcrânienne. Il a joint à cet effet des rapports des 24 mai et 22 juin 2018 du Dr T._____ attestant que l'intéressé a effectué environ vingt séances de TMS (traitement de stimulation magnétique transcrânienne) durant le mois d'avril 2008, traitement qui n'a toutefois pas eu d'effet sur sa symptomatologie anxio-dépressive chronique. Il a dès lors soutenu avoir besoin de l'assistance d'un avocat, en l'occurrence Me Jean-Michel Duc, pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique de la Dre P._____.

Dans un avis médical du 22 août 2018, le SMR a considéré que les arguments avancés par Me Duc ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique conduite par la Dre P._____, soulignant qu'il ne convenait aucunement de prévoir une seconde expertise.

Le 31 août 2018, l'assuré, par l'entremise de Me Duc, a formulé des objections au projet de décision du 29 janvier 2018 rejetant la demande de prestations AI. Il a en substance fait valoir que l'expertise psychiatrique était dénuée de toute valeur probante en raison des fausses informations relatives au traitement TMS dont a en réalité bénéficié l'intéressé et des avis médicaux divergents s'agissant de sa capacité de travail. A cet égard, il a joint une liasse de pièces médicales, à savoir :

- un rapport du 17 juillet 2018 des Dres F._____, cheffe de clinique adjointe, et G._____, médecin assistante, du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), diagnostiquant chez l'assuré un trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec traits narcissiques et paranoïaques, et concluant à une incapacité de travail totale depuis le mois de mars 2018 ;

- un rapport du 12 novembre 2007 ainsi que ceux des 24 mai et 22 juin 2018 déjà au dossier, du Dr T. _____ dont il ressort en substance que, malgré son suivi, l'assuré était en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} août 2007 en raison de trouble dépressif majeur chronique. Dans ses lignes de novembre 2007, à la question « fréquence hebdomadaire future des consultations », le Dr T. _____ a écrit en particulier qu'« un traitement par stimulation magnétique trans-crânienne pourrait améliorer ses symptômes anxio-dépressifs que je qualifie de sévères. Cependant, cette modalité thérapeutique n'étant pas remboursée par l'assurance de base (prestation ne figurant pas dans le catalogue Tarmed), le patient ne peut pas en assumer les frais » ;

- un rapport du 15 juillet 2011 au médecin-conseil de l'OAI du Dr T. _____ déjà au dossier ;

- un rapport de polygraphie nocturne du 6 décembre 2010 du Dr M. _____ où il est écrit qu'à la suite d'une perte de vingt-neuf kilos, il était convenu avec l'assuré de réévaluer son syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère traité efficacement par CPAP.

Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a rejeté la requête d'assistance juridique gratuite de l'assuré, au motif qu'un tel droit devait être nié pour la simple appréciation d'éléments médicaux, y compris lorsqu'il s'agit de discuter une expertise médicale. Par arrêt du 22 mars 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal rejettera le recours déposé le 5 décembre 2018 par l'intéressé (CASSO AI 383/18 - 80/2019).

Après avoir successivement requis un « avis juriste-Audition » du 13 novembre 2018 et le point de vue du SMR (avis « audition » du 18 février 2019 du DrA. _____), l'OAI a, par décision du 22 mai 2019, rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet du 29 janvier 2018. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé Me Duc que la

contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 26 juin 2019, I._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2016, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire en vue de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. En substance, il conteste l'absence d'invalidité retenue en reprochant à l'office intimé une instruction médicale erronée et incomplète. Le recourant estime pour sa part que ses atteintes psychiques justifient une totale incapacité de travail continue, à tout le moins depuis le 22 février 2018, et sans aucune mesure de réadaptation exigible de sa part. Répétant que l'anamnèse de l'expertise psychiatrique de la Dre P._____ repose sur les propos erronés du Dr T._____ et qu'elle n'examine pas les indicateurs de l'ATF 141 V 281 au moyen d'une procédure probatoire structurée, il en conteste la valeur probante en lui préférant les avis divergents de ses médecins. Il fait en outre grief à l'OAI d'avoir omis de tenir compte des atteintes à la santé somatique, soit sa pathologie vertébrale qui, à ses yeux, justifient une capacité de travail d'au maximum 40 % dans une activité adaptée. Il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 21 juin 2019 à l'intention de Me Duc, dans lequel le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, atteste une totale incapacité de travail de son patient depuis le 22 février 2018. De l'avis de ce médecin, il n'est pas possible d'attendre davantage d'un autre traitement médicamenteux psychotrope (par exemple antidépresseur ou prégabéline) actuellement, l'état psychologique de l'assuré dépendant en grande partie de facteurs psycho-sociaux (réponse à la question 5 : « Une autre médication ou un autre type de traitement permettraient-ils à M. I._____ d'améliorer sa capacité de travail? »);

- un rapport du 16 décembre 2018 adressé au médecin-conseil de la Policlinique médicale universitaire (PMU) du CHUV, dans lequel le Dr

S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté depuis le 20 mars 2018, a posé les diagnostics suivants :

“Lombo-sciatalgies à bascule prédominant à droite dans un contexte de :

- Spondylodiscarthrose pluriétagée pincée Pfirmann V, atteinte prédominant aux 3 derniers étages avec rétrécissement canalaire de grade B à C en L3-L4 et L4-L5 et composante de micro-instabilité segmentaire de type Modic I en L3/S1.
- En L3-L4, sténose foraminale modérée des 2 côtés prédominant à gauche. En L4-L5, rétrécissement marqué des trous de conjugaison des 2 côtés source de conflit potentiel vis-à-vis de la racine L4 bilatérale. En L5-S1, débord discal circonférentiel, sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison et du sac dural.
- Arthropathie postérieure en poussée congestive.
- Remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque droite.
- Hypoextensibilité musculaire des secteurs sous-pelviens antérieurs postérieurs.
- Défaut de coordination lombo-abdominale.
- Perte de la lordose physiologique.

Cervico-scapulalgies dans un contexte de

- Spondylodiscarthrose pluriétagée pincée Pfirmann V, de C3/C7, sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison des 2 côtés.
Arthropathie postérieure étagée. Perte de la lordose cervicale.
- Troubles posturaux.
- Dysbalances musculaires des ceintures cervico-scapulaires.

Troubles dépressifs récurrents et anxieux

- Procrastination.
- Sentiment de dévalorisation sévère.
- Troubles de l'attention et de la concentration.
- Fatigue chronique.

Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

- Status après correction d'une déviation de la cloison nasale 2018.
- Hypertension artérielle essentiellement diastolique, stabilisée sous Exforge 10mg/160mg, 1 cp/J.

Maladie de reflux avec œsophagite peptique et épigastralgies.”

Selon le Dr S._____ en raison de l'interférence de la pathologie vertébrale depuis 2016, « sur le plan purement théorique en rhumatologie » la capacité de travail de l'assuré est d'au maximum 40 % dans une activité avec alternances de postures et sans ports de charges.

Le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que la désignation de Me Duc comme avocat d'office.

Le 28 juin 2019, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 26 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 Duc.

Dans sa réponse du 13 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Aux termes de sa réplique du 4 septembre 2019, sans invoquer d'arguments supplémentaires, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

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. La contestation porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 26 mai 2015.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 29 février 2012 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

3. a) 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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si

nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui 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.

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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

c) 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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).

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 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) 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.

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).

4. En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2016.

5. a) Dans le cadre de l'instruction de la demande initiale du 1^{er} juin 2010, après avoir recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du dernier médecin consulté par l'assuré (rapports des 4 janvier [enregistré au dossier le 10 février] et 15 juillet 2011 du Dr T. _____), l'OAI a requis le point de vue du médecin du SMR sur les renseignements récoltés (avis du 18 octobre 2011 du Dr W. _____ [pièce 37]), dont on extrait ce qui suit :

“Assuré de 41 ans, célibataire, sans enfants, études supérieures à l'E. _____ : développeur de logiciels. Pas de CI depuis 2005.

L'assuré a été suivi par différents psychiatres depuis plus de 5 ans pour un trouble dépressif majeur, épisode léger en 2010 et un trouble de la personnalité mixte qui, existant depuis l'adolescence n'a entravé ni la formation ni l'intégration dans le monde de l'économie.

L'assuré ne semble plus avoir de suivi psychiatrique depuis décembre 2010, date à laquelle le Dr T. _____, psychiatre estimait à 50% la capacité de travail (point 1.7 RM [rapport médical] du 10 février 2011). L'IT [incapacité de travail] de 100% n'est pas justifié[e] par les pièces médicales présentes au dossier.

Nous apprenons par ce RM que l'assuré bénéficie d'un traitement par CPAP [Continuous Positive Airway Pressure] pour un SOAS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil]. Un tel traitement n'est pas envisageable sans suivi médical régulier.

Merci de demander à l'assuré la liste des médecins consultés depuis le 1^{er} janvier 2011 afin de les questionner au moyen du formulaire d'usage.

Les diagnostics psychiatriques qui affectent l'assuré, ne contraindient pas l'usage des injonctions requises parfois par l'instruction.

Il n'y a pas d'empêchements médicaux à la mise en place de MR [mesures de réadaptation].”

Par décision du 29 février 2012, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne disposait pas des informations médicales demandées à plusieurs reprises et que les diagnostics connus ne justifiaient pas une incapacité de travail, ni n'expliquaient l'absence de réaction de l'intéressé. Cette décision n'a pas été contestée.

b) aa) Dans le cadre de la nouvelle demande du 26 mai 2015, sur le plan psychique, en vue d'affiner l'analyse à l'aune des renseignements recueillis au cours de l'instruction, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par l'OAI (cf. avis SMR du 11 août 2016 du DrC._____). Dans son rapport du 20 décembre 2017, excluant tout diagnostic incapacitant, l'experte P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de « Simulation consciente avec motivation claire (Z 76.5), Dysthymie (F34.1) depuis le début de l'âge adulte, Status post épisode dépressif moyen à sévère entre 2004 et fin 2008 versus F33.4 trouble répressif récurrent, en rémission depuis janvier 2009 (un épisode en 1994-1996 ?; un épisode entre 2004 et fin 2008), status post effets indésirables de traitements antidépresseurs et autre Y 49.9 entre 2004 et fin décembre 2008, difficultés liées au logement et aux conditions économiques depuis 2006 (Z 59) et difficultés en lien avec l'emploi et le chômage depuis fin 2005 (Z 56) ». Sur la base de la reprise de l'anamnèse et d'un examen clinique, l'experte psychiatre a estimé qu'après un épisode totalement incapacitant de janvier 2005 à décembre 2008, les symptômes résiduels annoncés (à savoir, une fatigabilité, une baisse de l'élan vital et des problèmes de concentration) étaient compatibles avec un état de dysthymie (expertise p. 22). Face à ce tableau clinique, elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était à nouveau entière

depuis le 1^{er} janvier 2009 dans toute activité, sans baisse de rendement ni limitation fonctionnelle (expertise pp. 25 - 28).

De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique de décembre 2017, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé. Ainsi, le rapport du 15 juillet 2011 du Dr T. _____ comme celui du 11 juin 2015 du Dr Z. _____ ont été pris en compte par l'experte P. _____ pour son examen du cas (expertise pp. 4 et 5 - 6). Le recourant fonde ses critiques sur l'information communiquée à l'experte par le Dr T. _____, médecin traitant de juin 2007 au 23 février 2011, concernant le traitement par TMS (traitement de stimulation magnétique transcrânienne). L'assuré a déclaré à l'experte que le Dr T. _____ aurait offert un mois de ce traitement non remboursé par l'assurance-maladie. Le Dr T. _____ a contesté cette information lors de son entrevue téléphonique du 20 décembre 2017 avec l'experte. De cette contradiction notamment, l'experte a conclu que l'assuré n'était pas fiable dans ses déclarations. Or, sollicité par l'avocat de ce dernier, le Dr T. _____, qui n'avait plus revu son patient depuis le 23 février 2011, a attesté *a posteriori* que ce dernier avait effectué environ vingt séances de traitement de stimulation magnétique transcrânienne durant le mois d'avril 2008, traitement toutefois sans effet sur sa symptomatologie anxio-dépressive chronique (rapports des 24 mai et 22 juin 2018 du Dr T. _____ à Me Duc). L'argumentation du recourant ne convainc pas. D'une part l'experte P. _____ a relevé que « de surcroît des nombreuses contradictions sont présentes dans les dires de l'examiné, contradictions qui laissent apparaître qu'il est apte à mener des tâches complexes et est très occupé » (expertise p. 21). D'autre part, et contrairement au point de vue du SMR (avis du 18 février 2019), il subsiste des doutes sur la réalité des séances. En effet, en novembre 2007, le Dr T. _____ a écrit que le traitement de stimulation magnétique transcrânienne n'était pas pris en charge par l'assurance de base et que le recourant ne pouvait pas en assumer les frais (rapport du 12 novembre 2007 du Dr T. _____). Dans le même sens, en juillet 2011, le Dr T. _____ a indiqué que jusqu'au 23

février 2011, la prise en charge de l'assuré consistait en une thérapie individuelle (soutien, approche interpersonnelle, écoute, gestion de crise). Il n'a nullement été fait mention d'un traitement de stimulation magnétique transcrânienne (rapport du 15 juillet 2011 du Dr T._____).

L'analyse divergente du Dr T._____ dans ses rapports des 24 mai et 22 juin 2018 ne s'avère pas pertinente pour évaluer la situation actuelle, dans la mesure où ce médecin n'a, comme déjà dit, pas revu l'assuré depuis 2011, contrairement à l'experte P._____ qui base ses constatations et conclusions sur un examen approfondi de la mi-décembre 2017. De la même manière, le rapport du 17 juillet 2018 des Dres F._____ et G._____ du CHUV n'est pas apte à rediscuter l'évaluation de la capacité de travail par l'experte psychiatre. En se référant au registre public Medregom, on constate que la Dre F._____ n'a son titre FMH en psychiatrie et psychothérapie que depuis 2020 et que la Dre G._____ n'en a aucun. Or selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et la référence). Cela étant précisé, ces médecins ont principalement fondé leur estimation de la capacité de travail sur les déclarations de l'assuré. Elles ont en outre retenu que « la désinsertion socioprofessionnelle de très longue date [avait] un impact défavorable du point de vue pronostic ». Or c'est en réalité la capacité de travail médico-théorique, et non pas le fait que le recourant n'ait plus travaillé depuis longtemps, qui est seule déterminante pour l'examen du droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

De son côté, le Dr L._____, psychiatre traitant depuis février 2018, n'a réagi que dans un rapport du 21 juin 2019 postérieur à la décision querellée du 22 mai 2019. Outre qu'il émane du médecin traitant de l'assuré (cf. consid. 3d supra), ce rapport ne fait pas état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec les symptômes et troubles listés, le Dr L._____ indiquant à ce propos que « l'état psychologique du patient dépend en grande partie de facteurs psycho-

sociaux » (cf. R. 5 du rapport du 21 juin 2019 p. 2). Il ne résulte par conséquent pas du rapport en question d'élément nouveau propre à remettre en cause l'appréciation, très fouillée, de l'experte P._____.

Pour le reste, et même si l'experte n'a certes pas exactement suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281, on constate que l'expertise de décembre 2017 permet cependant une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 8) de sorte qu'elle s'avère conforme à la jurisprudence récente selon laquelle 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).

Il n'existe dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte P._____, dont le rapport d'expertise psychiatrique du 20 décembre 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes (comprenant même des examens bio pour exclure toute dépendance), ce rapport contient une appréciation claire de la situation par une spécialiste dans son domaine et aboutit à des conclusions médicales dûment motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

bb) Dans le cadre de la nouvelle demande du 26 mai 2015, au plan somatique (rhumatologique), dans son rapport du 11 août 2015, le Professeur V._____ a essentiellement fait part de lombalgies sur des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies pluri-étagées. Le DrB._____ a, quant à lui, retenu le 11 décembre 2015 des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies pluri-étagées, une probable instabilité segmentaire et un déconditionnement physique global et focal, justifiant à ses yeux une

totale incapacité de travail, mais avec un reclassement possible dans une activité adaptée au handicap. De son côté, le médecin-conseil du SMR a estimé que l'intéressé disposait déjà d'une activité adaptée dans l'informatique, sans qu'un reclassement professionnel ne soit nécessaire. Il a dès lors été constaté une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle en l'absence d'atteinte déficitaire, sous réserve de mesures d'épargne du dos et d'un programme sportif pour lutter contre le déconditionnement (avis SMR du 11 août 2016). S'agissant des objections formulées le 31 août 2018 sur le projet de décision du 29 janvier 2018, le SMR a estimé qu'aucune des atteintes mentionnées par les différents médecins ne témoignait d'une maladie incapacitante de longue durée au sens de l'assurance-invalidité (avis « audition » du 18 février 2019 du Dr A._____).

Le recourant se prévaut désormais d'un rapport du 16 décembre 2018 du Dr S._____. De l'avis de ce médecin, l'interférence de la pathologie vertébrale depuis 2016 justifie une capacité de travail maximale de 40 % dans une activité adaptée, avec alternances des postures et sans ports de charges. Cette évaluation est d'emblée sujette à caution dans la mesure où, dans son rapport de décembre 2018, le Dr S._____ indique suivre l'intéressé depuis le 20 mars 2018. Pour le surplus, au vu de son contenu, ce rapport n'est pas de nature à établir une aggravation partiellement incapacitante de l'état de santé physique du recourant depuis 2016. En effet, ce document a été établi seulement quelques mois après la contestation du 31 août 2018 de l'assuré dont les objections ne mentionnaient rien d'incapacitant sur le plan somatique. Aussi, l'avis isolé du Dr S._____ qui ne suit le recourant que depuis mars 2018 procède-t-il d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, et ne constitue donc qu'en une appréciation distincte d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé en février 2019, et même déjà en août 2016, au SMR. Il suit de là que le recourant ne peut rien tirer en sa faveur d'une simple appréciation différente d'un état de fait resté inchangé.

On constatera pour être complet que les apnées du sommeil de degré léger traitées par CPAP (rapports successifs du Dr M._____) comme l'atteinte à la cheville et au membre supérieur gauches remontant à mai 2017 (rapports de consultations des 18 avril, 5 mai et 1^{er} décembre 2017 du Dr X._____) sont sans répercussion à terme sur la capacité de travail du recourant.

c) Compte tenu de ce qui précède, et en présence d'une nouvelle demande de prestations déposée le 26 mai 2015, l'intimé s'est fondé à juste titre sur ses investigations médicales, dont en particulier le rapport d'expertise psychiatrique du 20 décembre 2017 de la Dre P._____, pour constater l'absence d'une incapacité de travail durable susceptible d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment une rente, en faveur du recourant. Ainsi, à la date de la décision litigieuse du 22 mai 2019, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 29 février 2012 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) En définitive entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de 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 de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 28 juin 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 juin 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations les 2 et 13 décembre 2019.

Il y a lieu tout d'abord de rappeler que le tarif horaire des opérations d'un avocat-stagiaire est de 110 fr. et non de 150 francs (cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Il convient dès lors d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies. Dans le cas particulier, il ne faut pas tenir compte des opérations « Examen réponse OAI et dossier » (à raison de dix minutes) et « Courrier OAI » (à hauteur de dix minutes) du 2 décembre 2019. La réplique a en effet été déposée le 4 septembre 2019 et on ne voit pas en quoi l'examen de la réponse et du dossier le 2 décembre 2019 se justifiait. Il en va de même de la lettre à l'OAI du même jour. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de sept heures et cinquante minutes de prestations, dont une heure et trente-cinq minutes de travail d'avocat à 180 fr. de l'heure (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit 285 fr., et dont six heures et quinze minutes de travail d'avocat-stagiaire à 110 fr. de l'heure, soit 687 fr. 50, soit au total 972 fr. 50, montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire des débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), soit 48 fr. 60. Au final, le montant de l'indemnité de Me Duc est arrêté à 1'099 fr. 70 (285 fr. + 687 fr. 50 + 48 fr. 60 + [1'021 fr. 10 x 7.7 %]), débours et TVA compris.

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera 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 22 mai 2019 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 Jean-Michel Duc est arrêtée à 1'099 fr. 70 (mille nonante-neuf francs et septante centimes), 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 d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour l. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :