

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juillet 2021

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Férolles et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana, av. à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé en dernier lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 avril 2011 pour le compte de G.\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité de monteur en ascenseurs, pour un revenu mensuel brut de 4'800 francs.

Il s'est ensuite inscrit au chômage et a notamment bénéficié d'une mesure d'insertion professionnelle dans un atelier de manutention légère. Il a toutefois été reconnu en incapacité de travail dès le 27 juin 2012. Puis, par décision du 4 mars 2013, le Service de l'emploi a refusé d'octroyer à l'assuré les prestations de l'assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage, dès le 1<sup>er</sup> mars 2013, en raison d'une incapacité de travail reconnue comme totale et définitive par son médecin-conseil.

Le 27 mars 2013, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état de « problèmes de dos (hernie discale, arthrose) ».

Dans son rapport du 6 novembre 2013 à l'OAI, le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin au Centre Q.\_\_\_\_\_ et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué que ce dernier souffrait d'une hernie discale L3-L4 et L4-L5 depuis 2002, avec une péjoration de cette pathologie en 2012. Ce praticien a estimé que le pronostic était mauvais et a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur en ascenseurs depuis le 13 juillet 2012, une activité adaptée à son état de santé étant en revanche possible. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr U.\_\_\_\_\_ a indiqué dans l'annexe au rapport que depuis le mois de juillet 2012, l'assuré ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou uniquement debout, ni en marchant, qu'il pouvait plus ou moins effectuer des activités dans différentes positions, qu'il ne pouvait pas se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, qu'il ne pouvait pas effectuer de rotation en

position assise ou debout, ni soulever ou porter des charges, qu'il ne pouvait pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ni monter des escaliers. Il a encore relevé que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation de l'assuré n'étaient pas limitées, au contraire de sa résistance, compte tenu des douleurs inconstantes mais très aiguës présentées par son patient.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui a conclu, le 31 janvier 2014, à une incapacité de travail durable et totale de l'assuré dès le 13 février 2012, étant précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était définitivement nulle mais qu'une capacité de travail de 100% existait dès le 6 novembre 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit « un poste tertiaire sédentaire à semi-sédentaire avec alternance de la position debout assise ».

Le 12 février 2014, le Dr U.\_\_\_\_\_ a exposé que l'évolution de la pathologie était fluctuante et que la situation était restée stationnaire. Son patient demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers n'impliquant notamment pas de participation du rachis lombaire, le travail n'étant possible qu'en faisant alterner les postures de travail ou alterner marche, station debout et position assise. Il a précisé qu'un travail adapté aux limitations de l'assuré était possible et qu'il pouvait être accompli à plein temps. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a encore indiqué qu'un examen ultérieur de son patient était nécessaire après une hospitalisation multimodale de trois semaines au Centre N.\_\_\_\_\_.

L'assuré a séjourné à l'Unité de [...] du Service de [...] du Centre N.\_\_\_\_\_ du 2 au 20 juin 2014. Le 7 juillet 2014, les Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante audit service, ont établi un rapport à l'attention du Dr U.\_\_\_\_\_, mentionnant notamment ce qui suit :

« Synthèse - Discussion et évolution

A travers les mises en situations des activités quotidiennes, les stratégies d'hygiène posturale permettant de diminuer les douleurs

ont été abordées. Le patient utilise régulièrement les appuis sur les membres supérieurs. Il a pu exercer la position de la fente avant et réussit à mieux utiliser la flexion des genoux. Cependant, monsieur présente des difficultés à charger sur le membre inférieur gauche devant les douleurs limitantes. Il a pris l'habitude d'utiliser des appuis et dit ne pas pouvoir les enlever sinon les douleurs augmentent. Il ne voit pas le bénéfice d'utiliser d'autres stratégies. A travers les activités ludiques, le patient a entraîné son endurance à l'activité en position debout. Cependant cette position reste astreignante pour ce Monsieur qui n'arrive pas à rester debout plus de 30 minutes.

Pendant l'hospitalisation, M. S. \_\_\_\_\_ était très kinésiophobe et anxieux. Il a eu 3 consultations de psychologie qu'il n'a pas appréciées : il refuse qu'on parle de composante psychologique qui pourrait influencer son problème de douleur chronique.

Après 3 semaines de rééducation intensive, nous n'avons pas obtenu l'effet escompté sur le plan des douleurs ni sur le plan de l'endurance ni de la mobilité. Cependant, Monsieur accepte de continuer la physiothérapie à sec et en piscine en ambulatoire pour appliquer ce qu'il a appris comme nouvelles stratégies, dans l'espoir d'améliorer sa symptomatologie.

(...) »

Le 15 août 2014, l'assuré s'est présenté au Centre de formation Z. \_\_\_\_\_, où il devait participer à un stage d'évaluation jusqu'au 10 septembre 2014, à 100 %, à l'atelier mécanique. Constatant lors de l'entretien d'entrée que l'intéressé, très pâle, se mouvait avec difficulté, présentait des tremblements aux mains, transpirait abondamment et déclarait ne pas être en mesure de tenir plus de 30 minutes ni assis, ni debout en raison de ses douleurs, le collaborateur du centre a décidé de renvoyer l'assuré chez lui et la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin associée au Service de [...] du Centre N. \_\_\_\_\_, a établi un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 11 au 31 août 2014. Puis, d'entente avec ce médecin, qui avait confirmé par téléphone l'existence d'une atteinte au dos mais également d'autres problèmes sortant de son domaine de compétence et soupçonnait que le patient ne se donnait pas tous les moyens pour se soigner, une reprise du stage au Centre de formation Z. \_\_\_\_\_ a été tentée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Il a cependant été décidé le surlendemain de mettre définitivement fin au stage avec effet au 2 septembre 2014. En effet, ce jour-là, se plaignant de douleurs et de fatigue, l'assuré était rentré chez lui après trente minutes et avait ensuite déclaré lors d'un entretien téléphonique que l'un des médicaments qu'il prenait (Rimbitrol, prescrit pour détendre les muscles),

ne lui permettait pas de conduire et provoquait en outre d'importants effets secondaires (tremblements, sudation et somnolence).

Dans son rapport du 10 novembre 2014, la Dre R.\_\_\_\_\_, qui a traité l'assuré de manière ambulatoire du 6 février au 18 août 2014, a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, des lombalgies chroniques aspécifiques d'origine multifactorielle - soit des discopathies L4/L5 et L5/S1 avec arthrose postérieure, une importante dysbalance musculaire et un déconditionnement physique -, ainsi qu'un état anxieux, voire un trouble de la personnalité. Elle a relevé que l'intéressé refusait toute médication antalgique et anti-inflammatoire depuis plusieurs mois, craignant les effets secondaires des médicaments, mais consommait par contre du cannabis de manière quotidienne. Le pronostic était donc défavorable car l'assuré avait mis en échec tout traitement médicamenteux ou physique. La Dre R.\_\_\_\_\_ précisait à cet égard qu'au vu de son substrat psychologique, il était contre-indiqué de lui proposer des gestes plus agressifs comme par exemple des infiltrations, mais qu'un soutien psychologique et l'administration de psychotropes pourraient certainement l'aider, soulignant que dans l'immédiat, son patient n'était pas du tout prêt à accepter une telle thérapie. Elle a encore relevé que du point de vue ostéo-articulaire, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait de 100% mais que des raisons psychiatriques devaient certainement l'empêcher de se réadapter. Elle a par ailleurs confirmé que d'un point de vue médical, l'activité exercée précédemment n'était plus exigible, excluant une reprise de cette activité ou une amélioration de la capacité de travail et soulignant que les restrictions quant à l'exercice de l'ancienne activité ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, sauf éventuellement une prise en charge psychiatrique. S'agissant des limitations fonctionnelles, cette praticienne a relevé que l'assuré ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise, ou uniquement en position debout, ni qui nécessitaient d'être accroupi ou des rotations en positions assise et debout. Il pouvait en revanche pratiquer des activités dans différentes positions à raison de 6 heures par jour, ainsi que celles exercées principalement en marchant et, occasionnellement, celles impliquant de se pencher ou se mettre à

genoux. La Dre R.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que l'assuré pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers à raison de 2 ou 3 étages et, de temps en temps, soulever ou porter des charges de 5 kg maximum. Quant à l'évaluation des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, elle a exposé qu'elles étaient limitées, précisant qu'il s'agissait d'une appréciation subjective nécessitant une évaluation sur le plan psychiatrique et neuropsychiatrique. La résistance du patient a été qualifiée de limitée d'un point de vue physique. La Dre R.\_\_\_\_\_ a conclu son rapport en indiquant qu'à son avis, le problème majeur restait l'état psychologique de l'assuré et qu'une expertise multidisciplinaire lui paraissait absolument nécessaire dans ce cas.

Le 28 novembre 2014, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin généraliste auprès du SMR, a établi un avis médical, duquel il ressort en particulier ce qui suit :

« (...) La Dresse R.\_\_\_\_\_, comme le Dr W.\_\_\_\_\_ de l'Unité [...], confirment que du point de vue ostéo-articulaire, la CT [capacité de travail] est de 100% dans une activité adaptée. Hormis la mention d'état anxieux par la Dresse R.\_\_\_\_\_ sans qu'il soit étayé, qui n'est du reste pas mentionné dans la lettre de sortie alors qu'il y a eu des consultations de psychologues, il n'y a dans ce dossier aucune notion d'atteinte psychiatrique. Il n'y a donc pas de raison de mandater une expertise psychiatrique. (...) »

Dans son rapport du 2 décembre 2014 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin au Centre Q.\_\_\_\_\_, a constaté que l'assuré souffrait d'une lombalgie avec attitude antalgique et un tronc penché en avant, préconisant à titre de future thérapie un traitement antalgique plus fort et un traitement psychothérapeutique. Il n'a pas qualifié le pronostic de bon en l'état actuel des douleurs du patient. S'agissant de la dernière activité exercée par l'assuré, il a attesté d'une incapacité de travail à 100% du 24 août 2012 au 8 février 2013, précisant qu'une activité adaptée au handicap était envisageable et devait être évaluée. Ce praticien a également confirmé que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'ancienne activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail.

Par décision du 24 février 2015, confirmant un projet du 8 décembre 2014, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 28 février 2014. L'Office a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 13 juillet 2012, date à laquelle avait été fixé le début du délai d'attente d'une année. A l'échéance de ce délai, le 13 juillet 2013, l'assuré présentait une incapacité de travail totale, dans toute activité, soit un degré d'invalidité de 100%. Le droit à la rente débutait ainsi le 1<sup>er</sup> septembre 2013, six mois après le dépôt de la demande de prestation. Considérant ensuite que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 6 novembre 2013 et qu'une pleine capacité de travail était dès ce moment raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. Il a ainsi déterminé que la perte de gain s'élevait à (62'400 fr. - 53'428 fr. 42 =) 8'971 fr. 58, correspondant à un degré d'invalidité de 14.38%, n'ouvrant pas de droit à une rente. Celle-ci prenait donc fin le 28 février 2014, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

**B.** Par acte du 24 mars 2015, S.\_\_\_\_\_, représenté par le Service juridique de Procap Suisse, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens que son droit aux prestations soit constaté, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que c'était à tort que l'intimé n'avait pas fait porter l'instruction sur les troubles d'ordre psychiatrique qu'il alléguait présenter, se référant notamment au rapport du 10 novembre 2014 de la Dre R.\_\_\_\_\_.

Par arrêt du 28 octobre 2015 (cause AI 72/15 - 276/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré. Elle a en particulier relevé ce qui suit (consid. 4) (sic) :

« 4. a) Le recourant fait valoir que son dossier n'a pas été correctement instruit, dans la mesure où l'instruction aurait également dû porter sur la problématique psychique.

En l'espèce, force est toutefois de constater que le seul médecin ayant suggéré d'instruire le volet psychique est la Dresse R.\_\_\_\_\_, qui est spécialiste en médecine physique et réadaptation, et non pas psychiatre, dans son rapport du 10 novembre 2014, où un diagnostic d'état anxieux a été posé. Or, ni le médecin traitant de l'assuré, ni en particulier les Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ à l'issue des trois semaines de prise en charge du recourant à l'Unité de [...] du Service de [...] du Centre N.\_\_\_\_\_, au cours desquelles trois consultations de psychologie ont eu lieu, ne font état d'une atteinte au plan psychiatrique ou d'un tel diagnostic. Si, dans leur rapport du 7 juillet 2013, les Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont décrit le recourant comme très kinésiophobe et anxieux durant son hospitalisation, ils n'ont pas pour autant retenu de diagnostic d'état anxieux. Ils ont par ailleurs mentionné que l'intéressé n'avait pas apprécié les trois consultations de psychologie effectuées durant sa prise en charge et qu'il refusait que l'on parle de composante psychologique qui pourrait influencer son problème de douleur chronique. Au surplus, on constate que les praticiens s'étant prononcé sur la capacité de travail du recourant sur la base d'examens complets et en pleine connaissance du dossier, soit la Dresse R.\_\_\_\_\_ elle-même et le Dr U.\_\_\_\_\_, ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont été précisément décrites. Le diagnostic d'état anxieux mentionné par la Dresse R.\_\_\_\_\_ apparaît ainsi isolé et insuffisamment étayé pour pouvoir mettre en doute cette conclusion. Au demeurant, le recourant n'a produit aucune pièce attestant d'une éventuelle prise en charge psychologique ou d'un quelconque traitement à ce niveau.

Dans ces conditions, il ne saurait être reproché à l'intimé de ne pas avoir fait porter l'instruction du cas sur une éventuelle problématique psychique du recourant.

b) Le recourant se plaint également du fait que ses problèmes de tremblements et de sudation n'ont pas été investigués.

A cet égard, il ressort du résumé de l'entretien téléphonique du 3 septembre 2014 entre un collaborateur du Centre de formation Z.\_\_\_\_\_ et le recourant que ce dernier a expliqué que compte tenu des médicaments qu'il prenait, soit le Rimbitrol (médicament pour détendre les muscles), il n'était pas censé conduire étant donné les nombreux effets secondaires qu'il a décrits comme suit : « tremblements, sudation, somnolence ».

Dès lors que le recourant admet lui-même que ses problèmes de tremblements et de sudation sont des effets secondaires de ses médicaments, on cerne mal le grief tiré du manque d'investigation de l'intimé sur cette question, qui ne saurait lui être reproché.

c) Le recourant conteste ensuite que son état de santé se soit amélioré au mois de novembre 2013, avec pour conséquence la suppression de la rente entière trois mois après cette amélioration, soit au 28 février 2014.

En l'occurrence, les différents rapports médicaux ne contredisent pas la date d'amélioration de l'état de santé du recourant indiquée par le Dr U. \_\_\_\_\_ sur la base d'un examen de son patient effectué le jour même, soit le 6 novembre 2013, et retenue par l'intimé. A la lecture des rapports des Drs U. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, on constate ainsi que si l'état de santé du recourant ne lui permet plus d'exercer son ancienne activité, ce qui n'est pas contesté, celui-ci conserve néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité pratiquée dans différentes positions à raison de 6 heures par jour, une activité pratiquée principalement en marchant, occasionnellement une activité impliquant de se pencher ou se mettre à genoux, une activité impliquant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers à raison de 2 ou 3 étages, ou une activité impliquant de temps en temps de soulever ou porter des charges n'excédant pas 5 kg. En particulier, le Dr U. \_\_\_\_\_ n'a pas observé d'aggravation de la pathologie du recourant entre l'examen pratiqué le 6 novembre 2013 et celui du 12 février 2014. Dans son rapport faisant suite au second examen, il a en effet précisé que la situation était restée stationnaire et décrit les mêmes limitations fonctionnelles que dans son rapport de 2013. Le constat du Dr U. \_\_\_\_\_ sur la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès novembre 2013, qui n'a pas varié entre les deux examens, paraît ainsi suffisamment objectif et probant. Un tel constat a d'ailleurs été confirmé par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 décembre 2014. Quant à la Dresse R. \_\_\_\_\_, qui a traité le recourant de manière ambulatoire du 6 février au 18 août 2014, elle a également attesté, dans son rapport du 10 novembre 2014 et d'un point de vue ostéo-articulaire, une pleine capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont été décrites de manière similaire à celles indiquées par le Dr U. \_\_\_\_\_. Comme déjà exposé (cf. consid. 4a supra), la réserve émise par la seule Dresse R. \_\_\_\_\_, soit que des raisons psychiatriques devaient certainement empêcher le recourant de se réadapter, est insuffisamment étayée pour mettre en doute la pleine capacité de travail dans une activité adaptée unanimement reconnue par les médecins, ce d'autant plus que cette praticienne n'est pas psychiatre.

Dans ces conditions, il y a lieu de considérer, à l'instar de l'intimé, que le recourant possède une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 6 novembre 2013 et, partant, que le droit à la rente devait cesser trois mois plus tard, soit au 28 février 2014 (cf. consid. 3b supra). »

**C.** L'assuré a déposé une nouvelle demande le 11 juin 2019, en faisant état de « douleurs chroniques de dos avec des blocages, diminution de toutes [ses] activités journalières ». Il a mentionné une interruption de travail totale depuis 2011 et être suivi par le Dr Y. \_\_\_\_\_,

médecin généraliste, depuis 2015 et par la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Secteur psychiatrique [...], depuis 2017.

Invité par l'OAI à rendre plausible une modification de son état en produisant un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles, l'assuré a transmis en particulier les pièces suivantes :

- un rapport établi le 27 juin 2019 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

« - Diagnostic :  
Lombalgies chroniques.  
Episode dépressif moyen avec syndrome somatique.

- Selon dires du patient : Majoration progressive de sa symptomatologie, avec augmentation des douleurs.

- Idem : 0%.

- Pronostic : Mauvais. »

- Un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, selon lequel la situation de l'assuré, qui avait été suivi par le passé pour un spondylolisthésis L5-S1 de grade 1 sans compression radiculaire, était identique à celle de 2014. A l'examen, l'intéressé se montrait kinésiophobe et très démonstratif quelle que soit la manœuvre clinique réalisée. Il n'y avait pas de déficience neurologique patente, tout au plus une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche qui ne suivait pas un dermatome particulier. Le Dr K.\_\_\_\_\_ ajoutait qu'il n'avait rien d'autre à proposer que ce qui avait déjà été tenté par le passé.
- Un rapport du 23 août 2018 des Dres M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F.\_\_\_\_\_, médecin

généraliste assistante. Elles suivaient l'assuré à la policlinique psychiatrique de [...] depuis le 21 septembre 2017 pour un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F.32.11) en lien avec sa situation actuelle. Elles mentionnaient en particulier les éléments suivants :

« (...) M. S. \_\_\_\_\_ rapporte un état dépressif depuis 2011 qui s'est aggravé depuis 1 an et demi, suite au refus d'une rente AI. Il aurait par la suite engagé un avocat mais rien n'a abouti. M. S. \_\_\_\_\_ transmet un sentiment de désespoir, de culpabilité face à sa situation actuelle, des troubles du sommeil avec rumination nocturnes, de l'irritabilité et anxiété.

(...) Sur le plan psychiatrique, nous ne pouvons pas nous prononcer sur sa capacité de travail, vu qu'il ne travaille pas depuis 2012, cependant vu que son état psychique actuel est en lien avec son état somatique et ses soucis financiers, le pronostic est défavorable tant que sa situation financière persiste. (...) »

A la demande de l'OAI, la Dre M. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 5 août 2019 qu'elle avait vu l'assuré une seule et unique fois en entretien médical le 29 mai 2019 et qu'elle ne l'avait plus revu en consultation depuis lors.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 21 août 2019, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgie chronique et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, existant depuis 2012.

Les Dres T. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement Cheffe de clinique adjointe et médecin assistante à la policlinique psychiatrique de [...], ont fait savoir à l'OAI que l'assuré avait consulté le 29 mai 2019. Auparavant, il avait été vu du 21 septembre 2017 au 3 avril 2019 par la Dre F. \_\_\_\_\_, dans le cadre d'un suivi mensuel. Par rapport à la période de suivi psychiatrique, le patient manifestait un status psychiatrique, avec persistance d'une irritabilité, d'une difficulté à faire face à l'avenir à cause de ses problèmes financiers. L'humeur était basse, avec la verbalisation de beaucoup de plaintes, soit au niveau somatique, soit au niveau du système suisse. Le discours était centré la plupart du temps sur l'incompétence des médecins à le comprendre. Le diagnostic retenu était

celui d'autre trouble spécifique de la personnalité F60.8, à cause d'une certaine difficulté à sous-catégoriser le trouble spécifique de la personnalité chez un patient qui montrait des traits de personnalité immatures et narcissiques. Ce diagnostic s'ajoutait à ceux posés par la Dre F.\_\_\_\_\_, à savoir des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, F12.2, et un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, F43.21, présents depuis 2017. Les Dre T.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ mentionnaient encore le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de difficultés liées au chômage, Z56.

Dans un rapport remis à l'OAI le 9 juin 2020, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que les antécédents médicaux de l'assuré étaient des lombalgies chroniques et status post épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques. Les symptômes actuels consistaient en des lombalgies chroniques avec épisodes d'acutisation et la médication prescrite était le Tramal, à raison d'une à deux fois par an. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ posait en définitive les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et d'épisode anxio-dépressif avec symptômes somatiques, présents depuis 2012. Il mentionnait que, dans son activité professionnelle, l'assuré devait faire face à des travaux lourds et des efforts physiques, seul. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à 5 kg ainsi que la position assise ou debout prolongée. Le temps de travail exigible dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé était d'une à deux heures par jour et le pronostic sur le potentiel de réadaptation était défavorable, avec une capacité de travail de 0 %. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ a également complété l'annexe psychiatrique au rapport AI, dans lequel il mentionnait encore, comme limitations fonctionnelles, des difficultés dans les déplacements, l'assuré ne pouvant rester longtemps assis, et l'apparition périodique de phases de décompensation avec baisse de moral et révolte. Il a enfin indiqué que l'importance prévisible des absences provoquées par l'état de santé psychique était nulle en termes de fréquence et de durée, ajoutant que l'état de santé psychique était actuellement compensé.

Par avis du 24 juin 2020, la Dre ???., médecin généraliste au SMR, a relevé en particulier ce qui suit :

« Discussion et conclusion : Nous sommes devant la situation d'un assuré qui fait une 1<sup>ère</sup> demande auprès de l'AI en 2013, pour des lombalgies, les conclusions du SMR le 31/01/2014 sont une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] à 0% et une CTAA [capacité de travail dans l'activité adaptée] à 100%. L'assurée dépose une 2<sup>ème</sup> demande 11/06/2019 pour le même motif, alors qu'il ne travaille plus depuis 2011. Le RM [rapport médical] du Dr K. en octobre 2018 confirme un état somatique inchangé depuis 2014. A noter un suivi psychiatrique de 2017 à 2019, les RM des 2 psychiatres font état des conséquences psychiques d'un syndrome somatique et des éléments psycho-sociaux, par ailleurs il existe une non compliance au traitement, confirmé par les tests, mais aussi par l'assuré. Le dernier RM psychiatre retient un diagnostic des traits de personnalité immature et narcissique. Les RM du médecin traitant de 2019 et de 2020, font état d'une lombalgies chroniques et retiennent les mêmes LF [limitations fonctionnelles] somatiques qu'en 2014.

En se basant sur les RM à notre disposition nous constatons des lombalgies chroniques depuis 2011, avec des épisodes aigus, sans autres traitement que des antalgiques et inchangé cliniquement d'après le rapport de la médecine physique, un suivi psychiatrique pour des raisons bio-psycho-sociales de 2017 à 2019 et arrêté depuis.

Nous ne constatons donc pas de changement par rapport au dernier avis SMR du 28/11/2014, et maintenons dès lors cette appréciation, avec absence d'aggravation sur le plan somatique comme psychique depuis 2014, CTAH à 0% et CTAA à 100%, en respectant les LF précitées. »

Le 29 juin 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, au motif que l'instruction de la nouvelle demande n'avait pas rendu plausible une aggravation durable de l'état de santé depuis la décision du 24 février 2015, laquelle constatait que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 6 novembre 2013.

L'assuré a fait part de son désaccord par courrier du 27 juillet 2020. Exposant que son état de santé s'était aggravé et qu'il ressentait des douleurs dans toutes ses activités quotidiennes, il s'étonnait de ne pas avoir été convoqué pour un examen médical. Il a produit ultérieurement,

notamment, un rapport établi le 17 août 2018 par le Dr Y.\_\_\_\_\_ à l'attention de sa mandataire, dont on extrait ce qui suit :

« M. S.\_\_\_\_\_ souffre de lombalgies chroniques pour lesquelles différents intervenants neurochirurgicaux et neurologiques n'ont pas posé d'indication opératoire.  
Le traitement actuel est donc un traitement conservateur sous forme d'antalgie et de physiothérapie.  
L'évolution est stationnaire depuis de nombreuses années avec un fond de douleur chronique et des épisodes d'acutisation.  
Dans ce contexte le patient développe un trouble psychiatrique de kinésiophobie importante complétée d'un trouble anxio-dépressif récurrent. »

Par décision du 22 septembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, accompagnée d'une prise de position sur la contestation pour en faire partie intégrante.

**D.** Par acte du 22 octobre 2020, représenté par Me Véronique Fontana, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur sa demande de prestations déposée le 11 juin 2019, procède à son instruction et rende une nouvelle décision. Il relevait que les rapports établis par ses psychiatres en 2018 et 2019 faisaient état de diagnostics d'ordre psychiatrique ayant une incidence sur sa capacité de travail dès 2017, tandis que son médecin traitant attestait d'une aggravation de ses douleurs dorsales dès 2019 et confirmait en 2020 l'incidence d'atteintes d'ordre somatique et psychiatrique sur sa capacité de travail. Il en déduisait que l'aggravation de son état de santé était rendue plausible et qu'une instruction complémentaire était nécessaire, requérant notamment la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Par réponse du 27 novembre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, au motif que l'invalidité du recourant ne s'était pas modifiée significativement depuis la décision du 24 février 2015. Il relevait en particulier être entré en matière sur la demande et avoir procédé à une instruction, en obtenant divers rapports médicaux qu'il avait ensuite soumis à l'analyse de son SMR.

Répliquant le 8 février 2021, le recouru a maintenu sa position. Il a en particulier observé que le Dr Y.\_\_\_\_\_ avait clairement indiqué qu'il ne pouvait travailler qu'une à deux heures par jour, ce qui consacrait une importante divergence avec l'avis du SMR du 24 juin 2020.

Dans sa duplique du 2 mars 2021, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 11 juin 2019. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 24 février 2015.

**3. a)** 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, 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 consid. 3 et les références citées). 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.

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). 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).

**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 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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR

auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**5.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 11 juin 2019 par le recourant, mais a nié l'existence d'éléments significatifs nouveaux en faveur d'une aggravation objective de son état de santé. Le recourant plaide pour sa part que son état de santé s'est péjoré aux plans somatique et psychiatrique depuis la dernière décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 24 février 2015. Il se prévaut des rapports du Dr Y. \_\_\_\_\_ des 27 juin 2019 - selon lequel ses douleurs ont augmenté - et 28 mai 2020, ainsi que du fait que trois diagnostics ont été nouvellement posés sur le plan psychiatrique par rapports des 23 août 2018 et 12 septembre 2019 des Dres M. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, de la policlinique psychiatrique de [...].

**a)** Sur le plan somatique, le médecin traitant a relevé, en juin 2019, que son patient se plaignait d'une majoration progressive de sa symptomatologie, avec augmentation des douleurs. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ n'a toutefois fait état d'aucun élément, autre que les dires de son patient, de nature à justifier cette allégation. S'agissant du diagnostic de lombalgies chroniques, il y a lieu de constater que celles-ci sont connues. Ce sont elles qui se seraient péjorées en 2012 (cf. rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2013), le diagnostic clinique de hernies discales L3-L4 et L4-L5 avancé par ce dernier n'ayant jamais été confirmé radiologiquement. Cette aggravation a conduit l'OAI, puis la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans son arrêt du 28 octobre 2015, à retenir que l'activité habituelle de monteur en ascenseurs n'était plus exigible. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ n'expose toutefois pas en quoi les lombalgies empêcheraient désormais toute activité. Son point de vue est au demeurant contredit par l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2018, selon laquelle la situation était alors identique à celle de 2014 : il n'y avait pas de déficience neurologique patente, tout au plus une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche qui ne suivait pas un dermatome particulier, chez un patient kinésiophobe. Or, en 2014, une pleine capacité de travail avait été reconnue dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles. Pour le surplus, le Dr Y. \_\_\_\_\_ fait état d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique », sans toutefois expliquer les raisons le conduisant à retenir ce diagnostic. Il n'a pas prescrit d'autre traitement que des antalgiques pour les lombalgies, avec une fréquence limitée à une à deux fois par an. Il y a ainsi lieu de retenir, à l'instar du SMR, que les lombalgies sont chroniques, avec des épisodes aigus, depuis 2011, et que l'état de santé sur le plan somatique n'a pas connu d'aggravation par rapport à la situation qui prévalait en 2015, au moment de statuer sur la première demande de prestations du recourant.

Par ailleurs, dans son rapport de juin 2020, le Dr Y. \_\_\_\_\_ mentionne, outre des limitations fonctionnelles en relation avec les lombalgies consistant dans le port de charges supérieures à 5 kg ainsi que la position assise ou debout prolongée, que le temps de travail exigible dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé est d'une à deux heures par jour, avec un pronostic défavorable. Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, il a encore signalé des difficultés dans les déplacements, l'assuré ne pouvant rester longtemps assis, et l'apparition périodique de phases de décompensation avec baisse de moral et révolte. Ces éléments sont pour le moins contradictoires, puisque ce médecin fait état par ailleurs d'une atteinte somatique ne nécessitant qu'une rare médication et d'un état psychique finalement décrit comme compensé et non susceptible de provoquer des absences sur le lieu de travail. En conséquence, il y a lieu de constater que la faible durée de travail reconnue comme exigible par le Dr Y. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'est pas étayée et ne trouve pas de fondement dans les autres éléments de son rapport. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr Y. \_\_\_\_\_ en relation avec la situation somatique actuelle, elles sont identiques à celles retenues en 2015 par l'intimé. Il convient par conséquent de constater avec l'OAI que la capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas connu non plus de modification depuis 2015 au plan somatique.

**b)** Au plan psychiatrique, le recourant, à la suite de la décision de rente limitée dans le temps de février 2015, a entrepris un suivi, du 21

septembre 2017 au 30 avril 2019, puis a été vu à une reprise, le 29 mai 2019. Il résulte du rapport du 23 août 2018 de la Dre M. \_\_\_\_\_ qu'il ne lui est pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de son patient, compte tenu du fait qu'il ne travaille plus depuis 2012. Elle a toutefois noté que le pronostic serait défavorable « tant que sa situation financière persiste », en relevant que son état psychique actuel était en lien avec « sa situation somatique et ses soucis financiers ». Ainsi, le pronostic défavorable mis en évidence n'est pas fondé sur des atteintes d'ordre psychiatrique, mais sur des considérations financières, singulièrement, ainsi que le relève la Dre ??? . \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 24 juin 2020, des éléments bio-psycho-sociaux. A cela s'ajoute que le recourant n'a, selon les pièces au dossier, pas repris son suivi psychiatrique depuis avril 2019, sous réserve d'une consultation en mai 2019, et qu'il n'a pas été compliant au traitement, ce qu'il admet.

Ainsi, s'il est exact qu'aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique n'a été retenu dans la première décision de 2015, les diagnostics qui ont été posés le 12 septembre 2019 ne peuvent pas l'être non plus après examen de la seconde demande de prestations, puisque ce sont des difficultés de nature financière qui sont à l'origine du pronostic défavorable posé par les psychiatres traitantes.

**c)** Il y a ainsi lieu de constater que l'intimé était fondé à nier l'existence d'une péjoration durable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 24 février 2015.

**6.** A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une

conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** 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 1000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du juge instructeur du 2 novembre 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 octobre 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'une avocate d'office en la personne de Me Véronique Fontana. La suppléante de cette dernière a produit sa liste des opérations le 19 avril 2021, faisant état de 13 heures et 50 minutes. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de

Me Fontana est arrêtée à 2'815 fr. 80, débours par 5 % et TVA par 7,7 % compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Véronique Fontana, conseil d'office de S.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2815 fr. 80 (deux mille huit cent quinze francs et huitante 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 du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Véronique Fontana (pour S. \_\_\_\_\_),
- 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 :