

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2024

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, en la personne de Me Marc Zürcher,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 17 al. 1 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en juillet 2013, au motif qu'il était en arrêt de travail depuis le 10 décembre 2012 en raison d'une capsulite rétractile à l'épaule droite. Il avait travaillé en dernier lieu comme agent de sécurité.

Selon les rapports des 10 octobre 2012 et 29 janvier 2013 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré présentait un conflit sous-acromial et une arthropathie acromio-claviculaire droite, pour lesquels une résection arthroscopique de la clavicule distale et une acromioplastie ont été réalisées le 10 décembre 2012. L'assuré souffrait en outre d'une thalassémie mineure, d'une coagulopathie congénitale avec déficit en facteurs VII et XII, d'un status post orchidopexie des deux côtés dans l'enfance, d'un status post amygdalectomie en 2001, d'un status post gastrite à *Helicobacter pylori* à deux reprises, d'un status post appendicectomie en 2006 et d'un status post dépression en 2011.

Dans un rapport du 11 février 2013, le Dr T._____, médecin praticien, évoquait des lésions à l'épaule gauche également.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle du 14 janvier au 30 juin 2014.

Une IRM de l'épaule gauche réalisée le 29 janvier 2014 a montré une arthrose acromio-claviculaire modérément inflammatoire et une tendinose « non rupturale » du tendon du muscle supra-épineux.

Selon le rapport du Dr T._____ du 21 août 2014, l'intervention projetée à l'épaule gauche n'avait toujours pas eu lieu, l'assuré l'ayant repoussée en tout cas jusqu'à l'automne pour des raisons

professionnelles. Cette opération n'entraverait pas sa capacité de travail après une période de réhabilitation avoisinant les trois mois.

Par projet de décision du 14 novembre 2014, puis par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 4,75 %. Il a retenu que son incapacité de travail dans son activité habituelle était entière depuis avril 2013 (sic), mais qu'il bénéficiait d'une capacité de travail exigible à 100 % dans toute activité qui tienne compte de son état de santé, qui n'impose pas des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et épargne ses épaules.

B. Par formulaire signé le 17 décembre 2019 et réceptionné par l'OAI le 20 décembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant qu'il souffrait de problèmes au niveau du dos, des épaules et des genoux, de problèmes pulmonaires, d'asthme et de dépression.

Selon un bilan d'I. _____ établi le 1^{er} octobre 2019 par les Drs P. _____, spécialiste en médecine interne générale, et D. _____, sur la base des informations fournies par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle. Au niveau des limitations fonctionnelles sur le plan somatique, il devait éviter de porter, de pousser et tirer des charges supérieures à 10 kg, de travailler en porte-à-faux ou les bras au-dessus du plan des épaules, il devait privilégier l'alternance des positions assise et debout, éviter les environnements poussiéreux et le travail dans la nature.

Dans un rapport du 23 mars 2020, le Dr G. _____, psychiatre traitant de l'assuré, a indiqué que son fonctionnement oscillait entre une personnalité paranoïaque (F60.0) et un trouble délirant (F22.0) et que sa capacité de travail était nulle en toutes activités depuis 2010, en dehors de la période à laquelle il avait participé au projet [...].

Dans un rapport du 18 mai 2020, la Dre R._____, médecin généraliste traitante de l'assuré, a noté que les nombreuses plaintes de ce dernier faisaient qu'il n'avait pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle et que la reprise d'une activité partielle dépendait principalement de son état psychologique et de la régulation de ses troubles du sommeil. Elle a retenu les diagnostics de cervico-dorsolombalgies chroniques, de rhinite chronique saisonnière allergique et à acariens, d'hyperréactivité bronchique récidivante sans asthme, de bêta-thalassémie mineure, de coagulopathie congénitale, de dyslipidémie, d'insomnie de maintien du sommeil associée à un trouble du rythme circadien de type retard de phase, de « Quantiferon positif » (test diagnostique à la tuberculose) sur un probable ancien contact en juin 2015, de légère gastrite chronique, de hernies discales C3-C4 et C4-C5, d'arthropathie acromio-claviculaire gauche et tendinopathie du supra-épineux sur conflit sous-acromial opéré en septembre 2016, d'élastofibrome de l'articulation scapulo-thoracique gauche, de céphalées tensionnelles et de kyste splénique calcifié. Elle a mentionné une IRM cardiaque du 1^{er} juin 2010 qui avait montré une fraction d'éjection ventriculaire gauche de 64 %, sans communication visible ni shunt. Elle a listé les antécédents suivants : un status post ablation de polypes en octobre 2015, un status post thrombophlébite superficielle thoracique gauche en juin 2015, un status post amygdalectomie en 2000 avec hémorragie importante, un status post orchidopexie des deux côtés dans l'enfance, un status post opération pour ectopie testiculaire en 1990, un status post extraction de dents de sagesse, un status post sinusites aiguës, un status post appendicectomie en 2006, un tabagisme dans l'adolescence, un trouble anxio-dépressif avec un suivi psychiatrique durant l'année 2011 et le premier semestre 2012, un status post thoracotomie pour cure de canal artériel persistant en 1998, un status post gastrites à *Helicobacter pylori*, un status post acromioplastie de l'épaule droite avec résection partielle arthroscopique de la clavicule droite en décembre 2012 pour arthropathie acromio-claviculaire droite, un status post capsulite rétractile à l'épaule droite post opératoire complètement récupérée et un status post acromioplastie et résection

acromio-claviculaire par arthroscopie de l'épaule gauche en septembre 2016.

Dans un avis du 9 avril 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé nécessaire de faire réaliser une expertise pluridisciplinaire, de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne.

Cette expertise a été confiée à Z._____ et réalisée par les Drs L._____, médecin praticien, A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Q._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation. Dans leur rapport du 14 octobre 2021, ils ont pris les conclusions suivantes :

« 1.1.d.3 Diagnostiques d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie dégénérative modérée selon l'IRM du 06.09.2021 et sur syndrome de dysbalance musculaire
2. Cervicalgies avec, selon l'IRM cervicale de 2020, une diminution de taille de la hernie discale para-médiane gauche située à l'étage C3-C4, un discret débord disco-ostéophytique persistant à l'étage C3-C4 et à l'étage C4-C5, cependant sans rétrécissement pré-foraminal ou foraminal.
3. Status après acromioplastie bilatérale, à droite en 2012 et à gauche en 2016
4. Chondropathie fémoro-patellaire sur patella bipartita
5. Asthme allergique (saisonnier et acariens) équilibré selon GINA

1.1.d.4 Diagnostiques d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F60.8 Personnalité à traits narcissiques et alexithymiques
2. Fibromyalgie
3. Coagulopathie congénitale avec déficit léger à modéré en facteur VII et XII
4. Thalassémie mineure
5. Status post-orchidopexie dans l'enfance
6. Status post-amygdalectomie en 2001
7. Status post-gastrite à Helicobacter pylori à 2 reprises
8. Status post-appendicectomie en 2006
9. Troubles digestifs fonctionnels
10. Dyslipidémie non traitée
11. Kyste splénique calcifié
12. RGO [reflux gastro-œsophagien] traité
13. Tuberculose latente
14. Syndrome de dysfonction des cordes vocales

15. Status post thrombophlébite superficielle thoracique D [droite] (maladie de Mondor)
16. Status post ablation d'un polype adénomateux tubuleux de bas grade et 5 de polypes hyperplasiques colique[s] 2016
17. Status post thoracotomie pour cure de canal artériel persistant 1998
18. Céphalées de tension
19. Surpoids (IMC 26.7 kg/m²) avec déconditionnement physique
20. Infection à Covid-19 non compliqué

[...]

1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée a présenté par le passé une capacité de travail de 100%, sauf, probablement, quelques mois en 2011 (séparation conjugale) et fin 2015 (décès du père) pendant 2 ou 3 mois. Les périodes de 2011 et 2015 paraissent correspondre à des effondrements thymiques réactionnels à des moments existentiels difficiles.

Du point de vue **rhumatologique**, depuis 2012, date à laquelle les problèmes d'arthropathie acromio-claviculaire à droite ont été mis en évidence, la capacité de travail comme agent de sécurité est de 0%.

Du point de vue de la **médecine interne**, elle a toujours été de 100%.

- Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 0%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue **interdisciplinaire**, le pronostic est défavorable et le restera probablement de façon définitive en raison de la découverte de problème de discopathies cervicales et lombaires.

1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée a présenté par le passé une capacité de travail de 100%, sauf, probablement, quelques mois en 2011 (séparation conjugale) et fin 2015 (décès du père) pendant 2 ou 3 mois. Les périodes de 2011 et 2015 paraissent correspondre à des effondrements thymiques réactionnels à des moments existentiels difficiles.

Du point de vue **rhumatologique**, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% depuis 2016, 3 mois après la 2^{ème} intervention au niveau de l'épaule gauche.

Du point de vue de la **médecine interne**, elle a toujours été à 100%.

- Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 100%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue **interdisciplinaire**, le pronostic est favorable si les limitations fonctionnelles sont respectées et la capacité de travail restera de 100%.

[...]

1.1.d.13 Réponses aux Questions supplémentaires

[...]

- **Limitations fonctionnelles à retenir ?**

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée ne souffre pas de limitation fonctionnelle objectivée lors de cette expertise.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout et en limitant le port de charges jusqu'à 10 kg. Elle doit éviter une activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée et toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur les échafaudages, les échelles et des activités qui demandent une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité.

Du point de vue de la **médecine interne**, éviter un environnement poussiéreux et contenant les allergènes incriminés. »

Dans un avis médical du 5 novembre 2021, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a retenu l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis la précédente décision AI, en respectant les limitations fonctionnelles listées dans l'expertise. Il a précisé que depuis 2016, à la suite de l'intervention et d'une convalescence de trois mois, il n'y avait plus de limitations fonctionnelles sur les épaules, hormis le port de charges.

Par projet de décision du 30 mars 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier du 7 avril 2022.

Le 21 avril 2022, il a transmis à l'OAI deux documents attestant de son suivi auprès du Service de rhumatologie du H._____ (ci-après : H._____) ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail à 100 % dès le 8 novembre 2021 pour une durée indéterminée établi par le Dr G._____ le 9 novembre 2021.

L'assuré a complété ses objections par courrier du 30 août 2022. Il a contesté les conclusions de l'expertise, reprochant aux experts de n'avoir pas tenu compte des rapports de ses médecins traitants et de les remettre en question après seulement 30 minutes d'interrogatoire et 30 minutes de consultation. Il a allégué que l'experte psychiatre était en conflit avec le Dr G._____ et a estimé que cela rendait son expertise caduque. Il a produit un rapport de densitométrie osseuse du 16 mars 2022, qui concluait à une ostéopénie au niveau du col fémoral, ainsi qu'un rapport du Dr G._____ du 10 juin 2021 (recte : 2022), lequel soulevait diverses critiques à l'encontre de l'expertise de la Dre A._____ et indiquait que cette dernière avait tenu par le passé des « propos dévalorisants » à son égard et qu'une « histoire de rivalité » les liait.

Dans un avis du 9 septembre 2022, le SMR a estimé que les éléments à disposition ne permettaient pas de remettre en cause le caractère probant des conclusions expertales et que les considérations psychiatriques relevaient d'une appréciation différente de la situation médicale, voire du système d'appréciation de la capacité de travail en vigueur.

Par décision du 15 septembre 2022, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle adaptée depuis toujours, en dehors d'une courte période de trois mois et qu'il n'avait ainsi pas présenté d'incapacité de travail durable (sic). Il a procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base des données salariales statistiques, retenant un revenu sans invalidité de 68'376 fr. 57 et un revenu d'invalidité de 64'957 fr. 74, lequel comprenait un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité de l'assuré était de 5 % et ne permettait pas d'ouvrir le droit à la rente ni à des mesures professionnelles.

Par courrier du même jour faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a précisé à l'assuré que les éléments médicaux qu'il avait

apportés ne permettraient pas de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte de son mandataire du 17 octobre 2022, X. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, à savoir une rente entière, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Il a fait valoir qu'hormis les experts, tous les praticiens retenaient l'existence d'une totale incapacité de travail en toutes activités et que le rapport du Dr G. _____ du 10 juin 2022, auquel une pleine valeur probante pouvait être reconnue, devait prévaloir sur l'expertise, dont il remettait sérieusement en cause les conclusions. Dans l'hypothèse où l'existence d'une totale incapacité de travail donnant droit à une rente entière ne serait pas retenue, le recourant estimait qu'une instruction complémentaire était nécessaire, d'autant plus que les critiques du Dr G. _____ n'avaient pas été soumises aux experts et compte tenu également du conflit d'intérêts que celui-ci soulevait.

Dans sa réponse du 16 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a estimé que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante et que les arguments avancés par le Dr G. _____ n'étaient pas de nature à faire naître un doute quant à l'impartialité de l'experte psychiatre, relevant également que le médecin traitant pouvait être enclin à prendre parti pour son patient.

Par courrier du 8 décembre 2022, le recourant a fait savoir qu'il renonçait à répliquer.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'octroi d'une rente entière, à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée en décembre 2019.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations en décembre 2019 si bien qu'un éventuel droit à la rente s'ouvrirait à compter du 1^{er} mai 2020 (art. 29 al. 1 LAI). Le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 demeure donc applicable.

4. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

5. En l'occurrence, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant au motif que son degré d'invalidité n'était que de 5 %. L'intimé a retenu, sur la base de l'expertise de Z._____, que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail depuis 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son recours, le recourant émet plusieurs griefs à l'encontre de cette expertise, dont il conteste la valeur probante. Il se réfère notamment à la prise de position de son psychiatre traitant, selon laquelle la Dre A._____ aurait dû se récuser en raison d'un précédent ayant eu lieu entre ces deux médecins.

6. a) A teneur de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties ; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; 137 V 210 consid. 2.1.3).

b) En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison ; 36 al. 1 LPGA et art. 10 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, entre autres exemples, d'un prétendu manque de compétence de

l'expert, lequel ne saurait constituer comme tel un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier (ATF 148 V 225 consid. 3.3 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.4).

c) S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge, qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) - qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) - respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références).

d) Constituent notamment un motif de récusation les liens personnels avec une partie ou son mandataire. Il convient de placer au même niveau un rapport d'amitié étroite ou d'inimitié marquée (voir notamment TF 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.3). En revanche, de bonnes relations personnelles entre voisins, étudiants, ou résultant d'obligations militaires accomplies en commun, de fréquents contacts professionnels, ou encore de la simple antipathie ne suffisent pas à fonder un soupçon de partialité. Il en va de même concernant l'appartenance au même groupe d'intérêts - association, institution publique ou privée, parti politique et communauté religieuse - d'une partie

ou de son mandataire. Il convient en effet de présumer que l'expert est capable de prendre le recul nécessaire par rapport à de tels liens ou affinités et de se prononcer de manière objective sur le litige qui divise les parties. L'intensité des liens ne doit pas s'apprécier d'après le ressenti subjectif, mais sur la base de critères objectifs tels que la nature et la durée des rapports (Jacques Olivier Piguet in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 35 ad art. 44).

e) En l'occurrence, l'OAI a donné connaissance au recourant de la désignation de la Dre A. _____ comme experte, préalablement à la mise en œuvre de l'expertise, et celui-ci n'a alors fait valoir aucun motif de récusation à son encontre. Il n'existe en effet aucun lien personnel entre l'experte et le recourant. Ce n'est que par la suite que le recourant a appris que la Dre A. _____ aurait déjà eu par le passé des contacts avec le Dr G. _____ et qu'ils seraient liés par une « histoire de rivalité ». Selon les allégations du Dr G. _____, les deux psychiatres auraient notamment été d'un avis divergent au sujet de la poursuite du traitement d'une patiente et la Dre A. _____ aurait, dans ce contexte, tenu des propos dévalorisants à l'égard du Dr G. _____, en lien notamment avec son appartenance à une société psychanalytique. Cette situation – pour autant qu'elle soit avérée – ne saurait suffire à créer un soupçon de prévention de la part de la Dre A. _____ dans le cadre de l'expertise du recourant. Les explications du Dr G. _____ démontrent en effet tout au plus l'existence d'une antipathie entre les deux médecins et rien ne permet, objectivement, de laisser à penser que la Dre A. _____ n'aurait pas été capable de prendre le recul nécessaire pour se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, avec lequel elle n'a aucun lien personnel particulier selon les éléments du dossier. A cela s'ajoute que le contenu du rapport d'expertise psychiatrique comporte les éléments observés par la Dre A. _____ et expose de manière neutre les conclusions de cette dernière, notamment les raisons pour lesquelles elle s'écarte de l'appréciation du Dr G. _____, sans qu'on puisse y déceler un jugement de valeur à l'égard du psychiatre traitant du recourant. Il n'y a

dès lors pas lieu d'écartier l'expertise psychiatrique pour les motifs invoqués par le recourant.

7. a) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise de Z._____ peut par ailleurs se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts se sont en effet prononcés en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse du recourant, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé. Leurs conclusions, claires et motivées, ont été discutées lors d'une appréciation consensuelle. On peut également relever que les experts ont recueilli toute une série de rapports médicaux concernant le recourant, qui viennent s'ajouter à ceux déjà présents au dossier et qui ont été regroupés sous l'annexe 6 de l'expertise.

b) Sur le plan de la médecine interne, la Dre L._____ pose les diagnostics de coagulopathie congénitale avec déficit léger à modéré en facteur VII et XII, de thalassémie mineure, de status post orchidopexie dans l'enfance, de status post amygdalectomie en 2001, de status post gastrite à *Helicobacter pylori* à deux reprises et de status post appendicectomie en 2006, lesquels avaient déjà été mentionnés par le Dr M._____ (rapport du 10 octobre 2012) lors de la première demande de prestations du recourant et ne sont dès lors pas nouveaux.

La Dre L._____ retient en outre les diagnostics de troubles digestifs fonctionnels, de dyslipidémie non traitée, de kyste splénique calcifié, de reflux gastro-œsophagien traité, de tuberculose latente, de syndrome de dysfonction des cordes vocales, de status post thrombophlébite superficielle thoracique droite (maladie de Moncor), de status post ablation d'un polype adénomateux tubuleux de bas grade et de cinq polypes hyperplasiques coliques en 2016, de status post thoracotomie pour cure de canal artériel persistant en 1998, de céphalées de tension, de surpoids avec déconditionnement physique et d'infection à Covid-19 non compliquée.

L'experte considère que l'ensemble de ces diagnostics demeurent sans incidence sur la capacité de travail. Il s'agit en effet en partie d'antécédents, qualifiés comme tels par la Dre R. _____ dans son rapport du 18 mai 2020, et pour le reste d'affections dont le caractère non incapacitant n'est pas contesté.

La Dre L. _____ relève encore l'existence d'un asthme allergique saisonnier et aux acariens, qui est équilibré, mais pour lequel elle retient un caractère incapacitant en ce sens que le recourant doit éviter les environnements contenant des allergènes et des poussières.

Elle mentionne également, au niveau des traitements, qu'une bithérapie de la tuberculose latente pourrait être indiquée et qu'elle entraînerait une baisse de rendement transitoire de 50 % pendant trois mois tout au plus, en raison des effets secondaires de ce traitement, en particulier l'asthénie. Il ne s'agirait par conséquent pas d'une baisse durable de la capacité de travail.

c) Sur le plan psychiatrique, la Dre A. _____ ne pose aucun diagnostic incapacitant et retient uniquement une personnalité à traits narcissiques et alexithymiques, sans incidence sur la capacité de travail. Elle indique que l'examen psychiatrique ne révèle aucune pathologie psychiatrique aiguë et qu'il n'y a aucune incidence d'éventuels problèmes psychiatriques dans le quotidien du recourant.

Lors de son examen, la Dre A. _____ n'a pas constaté de fatigabilité, relevant que le recourant était resté pendant deux heures bien concentré sur ses propos, qu'il contrôle tout à fait. Celui-ci lui a d'ailleurs indiqué qu'il restait parfois pendant des heures devant son ordinateur sans avoir de retentissement physique ou psychique. Elle n'a pas non plus observé de ralentissement psychomoteur, ni de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire (expertise pp. 34-35). Au niveau de la cohérence, elle relève ainsi qu'elle ne retrouve pas les troubles de l'attention et de la concentration ainsi que la fatigue dont se plaint le recourant (expertise p. 38).

L'experte relève que la dimension factuelle du discours du recourant et la manière dont il décrit ce qui lui arrive – évocation dans laquelle il a toujours tout fait parfaitement et n'a jamais eu de tort – laisse par ailleurs imaginer une personnalité à traits narcissiques, sans toutefois que cette dernière n'entraîne de limitations fonctionnelles (expertise p. 35). L'experte n'a en revanche pas observé de trait de la lignée psychotique, notamment pas d'altération du fil de la pensée ou du discours, pas de délire ni d'attitude d'écoute (expertise p. 34). Se prononçant sur les conclusions du Dr G. _____, elle précise qu'il n'est pas exclu que le recourant présente des traits paranoïaques, mais que le trouble délirant sous-jacent n'a pas pu être mis en évidence au cours de l'expertise et qu'il n'apparaît pas non plus flagrant sur la base des différents éléments anamnestiques. Elle reconnaît, au final, l'existence de traits de personnalité pathologiques qui ne sont pas limitants (expertise pp. 36-37). La Dre A. _____ s'étonne en outre du fait que le Dr G. _____ considère que le recourant présente de toute évidence une incapacité de travail à 100 % depuis fin 2010 en dehors de la période où il a travaillé pour [...] sans indiquer pourquoi les compétences de travail dont il a alors fait preuve ne peuvent pas être transférées sur d'autres projets.

Au niveau de la thymie, la Dre A. _____ observe un affect neutre, qui varie peu pendant l'entretien (expertise p. 34), mais reconnaît que le recourant a pu présenter par le passé des effondrements thymiques réactionnels à des moments existentiels difficiles, notamment lors de sa séparation conjugale en 2011 et du décès de son père fin 2015 (expertise p. 40).

La Dre A. _____ a fait une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant, sur la base des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 4d supra). Elle a ainsi tenu compte du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, relevant que les troubles de la personnalité étaient légers dans le domaine professionnel. Elle a reconnu qu'il était possible que le recourant puisse éprouver une certaine difficulté à s'adapter à un environnement professionnel et aux relations

interpersonnelles consécutives à cet environnement en raison d'une rigidité de fonctionnement importante, mais que cette rigidité était compensée par des capacités cognitives, un bagage scolaire, un savoir-faire social et des capacités de concentration qui venaient relativiser les potentielles difficultés d'adaptation (expertise p. 37). L'experte a procédé à une analyse minutieuse de la personnalité du recourant (expertise pp. 37-38), a tenu compte des traitements suivis et a examiné la cohérence des répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie (expertise p. 38). Elle a pris en compte les ressources du recourant et a, dans ce contexte, détaillé son profil d'effort au regard de la mini-CIF (expertise p. 39). Elle a également tenu compte du fait que le recourant avait montré, lors du projet [...], qu'il pouvait travailler malgré ses traits de personnalité pathologiques, lesquels étaient donc non-limitants.

d) Les critiques soulevées par le Dr G._____ ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions motivées et détaillées de la Dre A._____.

Il est vrai que l'indication selon laquelle l'examen psychiatrique serait « strictement normal » (expertise p. 35) n'apparaît pas forcément des plus opportunes compte tenu des troubles de la personnalité constatés par l'experte. Cette imprécision n'est toutefois pas susceptible d'atténuer la valeur probante de l'expertise. La Dre A._____ détaille en effet clairement ses observations cliniques et indique, de manière plus précise, que son examen ne met en évidence aucune pathologie psychiatrique aiguë (expertise p. 37).

Le Dr G._____ axe sa contestation notamment sur la « présence évidente d'un dysfonctionnement psychosomatique » qui n'aurait pas été prise en compte dans l'expertise. Il indique qu'il a cherché à signaler un tel trouble dans son rapport du 23 mars 2020, mais force est de constater qu'il n'a retenu aucun diagnostic de pathologie psychosomatique, évoquant uniquement un « fonctionnement psychique dans le registre psychosomatique » dans la partie « Discussion ». Quoiqu'il en soit, les experts ont retenu l'existence d'une fibromyalgie chez le

recourant (cf. consid. 7e infra), si bien que les éléments psychosomatiques présents ont bel et bien été pris en compte dans l'expertise.

Le Dr G._____ met en avant le fonctionnement projectif et revendicateur, ainsi que défensif masochique du recourant et considère que la Dre A._____ ne les a pas reconnus, respectivement qu'elle n'en a pas suffisamment tenu compte. L'experte a cependant pris en compte - comme le reconnaît d'ailleurs le Dr G._____ - la tendance du recourant à « se donner le beau rôle » et à ne jamais se sentir responsable de ce qui lui arrive. Elle mentionne dans ce contexte les situations de conflits vécus par le recourant (expertise pp. 34 et 37). La recherche de soins est également un élément relevé par la Dre A._____, qu'elle met par ailleurs en lien avec le traitement psychiatrique suivi par le recourant, lequel semble instrumentalisé dans le contexte de l'expertise car il « permet à la personne assurée d'exprimer à quel point elle est dépendante de son psychiatre et a besoin de soins » (expertise p. 38). La Dre A._____ évoque en outre que la grandiosité avec laquelle le recourant se décrit lui et sa famille d'origine démontre en réalité une faible estime de soi (ibidem). Il apparaît ainsi que le Dr G._____ reproche plutôt à la Dre A._____ de ne pas avoir fait la même appréciation que lui des éléments observés chez le recourant.

Il considère d'ailleurs que l'experte a sous-estimé l'atteinte narcissique du recourant qui « le pousse donc à sacrifier sa capacité de travail à son besoin de valorisation et de reconnaissance dans son statut de victime ». Le Dr G._____ expose ensuite que le fonctionnement psychique des êtres humains est complexe et que le double diagnostic qu'il propose est déroutant pour « ceux qui sont habitués aux simplifications appauvrissantes d'une clinique qui a pour seul horizon les classifications type DSM ou CIM ». Il explique que sa pratique médicale se base en particulier sur l'observation psychopathologique et estime que l'incapacité de travail doit être constatée dans la réalité et qu'il faut « beaucoup de mégalomanie pour prétendre que Mr X._____ n'a pas d'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, alors qu'il ne travaille plus depuis plus de 10 ans ». Comme le constate le SMR dans son avis du

9 septembre 2022, la position du Dr G._____ constitue une appréciation différente du système d'appréciation de la capacité de travail que celui qui est en vigueur. Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (TF 9C_1009/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 7.2). On ne saurait, au regard de ce qui précède, reconnaître l'existence d'une totale incapacité de travail du seul fait qu'un assuré n'a pas travaillé pendant plusieurs années, bien qu'il soit suivi par des médecins.

Il résulte de ce qui précède que le Dr G._____ fait une appréciation différente de la situation du recourant (cf. également avis du SMR du 9 septembre 2022), qui n'est pas propre à remettre en cause les conclusions motivées et détaillées de la Dre A._____.

e) Sur le plan rhumatologique, le Dr Q._____ pose les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome lombovertébral chronique sur discopathie dégénérative modérée et sur syndrome de dysbalance musculaire, de cervicalgies avec, à l'IRM, une diminution de taille de la hernie discale paramédiane gauche située à l'étage C3-C4, un discret débord disco-ostéophytique persistant à l'étage C3-C4 et à l'étage C4-C5 sans rétrécissement pré-foraminal ou foraminal, de status après acromioplastie bilatérale et de chondropathie fémoro-

patellaire sur patella bipartita. Il retient également les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'excès pondéral avec déconditionnement physique et de fibromyalgie.

En dehors des problèmes acromio-claviculaires, les diagnostics précités n'avaient pas été évoqués lors de la précédente demande de prestations. Le Dr Q._____ a procédé à un examen clinique rhumatologique complet, ainsi qu'à un examen neurologique (expertise pp. 51-54). Il a également fait réaliser une IRM de la colonne lombaire, qui a mis en évidence un rehaussement interépineux modéré à l'étage L2-L3, des réactions congestives modérées des articulations inter-apophysaires postérieures L3-L4 et L4-L5 sans changement avec le précédent examen, une nette diminution du rehaussement L5-S1 par rapport à l'examen comparatif. Sur cette base, il a conclu à l'existence de troubles dégénératifs modérés en amélioration par rapport à l'examen antérieur (expertise p. 55).

L'expert rhumatologue note l'existence manifeste de divergences entre l'importance des symptômes décrits par le recourant et son comportement en situation d'examen clinique, celui-ci étant resté assis pendant plus de 50 minutes lors de l'interrogatoire sans demander à se lever et sans qu'il puisse être remarqué le moindre signe de douleurs ou de gênes. Il a également beaucoup bougé au niveau de ses épaules et de ses membres supérieurs, sans qu'une restriction de mobilité ne soit visible. Le Dr Q._____ relève en outre quelques éléments d'autolimitation sans qu'il puisse être parlé d'exagération ou de simulation (expertise p. 58).

Au niveau de la capacité de travail, l'expert estime que le syndrome lombo-vertébral chronique, les troubles dégénératifs étagés au niveau cervical, la chondropathie et le status après acromioplastie bilatérale ont un impact sur la capacité de travail comme agent de sécurité, mais sont tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont l'alternance des positions assise et debout, la limitation du port de charges jusqu'à 10 kg,

l'évitement des activités en position agenouillée ou accroupie prolongée ainsi que de toutes les activités qui demandent une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité. Le Dr Q._____ indique que cette capacité de travail est présente depuis 2016, à savoir trois mois après l'intervention à l'épaule gauche. Il convient toutefois de préciser, comme retenu dans le cadre de la première demande de prestations, que le recourant disposait déjà d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée antérieurement à l'intervention de l'épaule gauche, ses limitations fonctionnelles comprenant alors une épargne des épaules (cf. l'avis du SMR du 5 novembre 2021).

f) Les experts retiennent, de manière consensuelle, l'existence d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, à savoir un travail permettant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 10 kg, sans activité en position agenouillée ou accroupie prolongée, sans activité qui demande une sécurité augmentée sur les échafaudages et échelles, ou qui demande une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité, ainsi que l'évitement d'environnements poussiéreux ou contenant les allergènes incriminés.

On peut encore préciser que le rapport de la Dre R._____ du 18 mai 2020 ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Dans ce dernier, la médecin traitante ne se prononce d'ailleurs pas clairement sur la capacité de travail du recourant, mais mentionne uniquement que celui-ci n'a jamais été en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison de ses nombreuses plaintes (douleurs musculosquelettiques, troubles digestifs récurrents, fatigue chronique, trouble de la thymie, troubles du sommeil). Ces différentes plaintes ont été prises en compte par les experts, qui se sont ainsi prononcés en toute connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant.

Quant au bilan émanant des médecins d'I._____, daté du 1^{er} octobre 2019, celui-ci conclut à l'existence d'une totale incapacité de travail uniquement sur la base des indications du Dr G._____. Il en ressort d'ailleurs que le recourant n'a pas été examiné par les signataires de ce bilan. Quoi qu'il en soit, les limitations fonctionnelles qu'ils retiennent (éviter de porter, de pousser et tirer des charges supérieures à 10 kg, de travailler en porte-à-faux ou les bras au-dessus du plan des épaules, il devait privilégier l'alternance des positions assise et debout, éviter les environnements poussiéreux et le travail dans la nature) regroupent globalement celles retenues au terme de l'expertise.

g) Au vu de ce qui précède, l'OAI était légitimé à retenir que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité depuis 2016 (à tout le moins). Dans la mesure où l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible depuis 2012, celui-ci a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % durant une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, contrairement à ce qui est mentionné dans la décision attaquée. Cette inexactitude demeure cependant sans conséquence puisque l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Ce calcul n'a pas fait l'objet de griefs dans le recours et n'apparaît pas critiquable. L'utilisation des données salariales statistiques est en effet justifiée puisque le recourant n'a plus exercé d'activité durable depuis 2011 et l'abattement de 5 % permet de tenir compte adéquatement de ses limitations fonctionnelles (cf. à ce sujet ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Ainsi, dans la mesure où le recourant présente un degré d'invalidité de 5 %, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté sa nouvelle demande de prestations, ce taux étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de

les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 septembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour le recourant),
- 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 :