

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Livet, juge, et M. Despland, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de gestionnaire du commerce de détail délivré en 2008. Il a exercé diverses activités dans les domaines de la vente et de la sécurité jusqu'en 2018.

Par demande formelle déposée le 14 juillet 2021 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), il a requis des prestations de l'assurance-invalidité, précisant souffrir de troubles anxieux, de crises d'angoisse et d'hypervigilance depuis environ 2016.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assuré, les Drs J._____, médecin généraliste, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par rapport du 29 septembre 2021, le Dr J._____ a mentionné les diagnostics de troubles anxieux avec crises de panique et de status après deux burnout depuis 2018. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle de l'assuré depuis 2020 et de 80 % dans une activité adaptée depuis août 2021. Une psychothérapie avait été entamée. Le pronostic demeurait bon.

Le 28 octobre 2021, le Dr F._____ a fait état de sa prise en charge spécialisée à compter du 4 août 2020, compte tenu des diagnostics de trouble panique (F41.0) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), avec traits anankastiques, anxieux et paranoïaques. La capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une intolérance à la frustration, un manque de patience, une difficulté à gérer les interactions trop fréquentes, une sensibilité à l'échec et un important besoin de contrôle au point que le moindre imprévu était intolérable. L'assuré souffrait également de troubles du sommeil susceptibles d'engendrer des difficultés dans le respect des horaires et

une fatigue diurne. Le Dr F._____ a annexé un rapport d'évaluation psychologique du 3 juin 2021, rédigé au sein du Service de psychiatrie de l'adulte du Centre hospitalier C._____. Ce document concluait à un niveau intellectuel moyen à faible (QI total de 83) et à la présence d'un « soubassement psychotique de la personnalité », avec un fonctionnement marqué par un important besoin de contrôle, par une sensibilité importante liée au regard d'autrui pouvant prendre rapidement une tonalité persécutoire et avec une tendance à dériver vers de l'interprétativité pathologique, accompagnée d'une couverture défensive constituée d'éléments paranoïaques et narcissiques. L'assuré était également sensible au manque de respect et aux injustices, peinant à s'adapter à certaines situations au point de développer des crises d'angoisse.

L'OAI a mis en œuvre des mesures de réinsertion (entraînement progressif au travail), assorties d'indemnités journalières, auprès du Centre K._____ dès le 16 août 2022 (cf. communications et décisions de l'OAI des 26 juillet, 13 septembre, 10 et 11 novembre 2022). Ces mesures ont été interrompues le 24 janvier 2023 en raison de l'absence prolongée de l'assuré, les mesures ne revêtant « plus aucun sens » pour lui. L'assuré n'avait plus confiance dans son suivi psychothérapeutique et refusait de prendre les neuroleptiques prescrits. Il s'apprêtait à recourir aux soins d'un nouveau psychiatre. Une actualisation des éléments médicaux se justifiait en raison de ce nouveau suivi psychothérapeutique (cf. bilan du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 24 janvier 2023).

Le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau psychiatre traitant, a établi un rapport de consilium psychiatrique le 13 mars 2023, concluant à un profil neuroatypique avec prédominance d'un trouble du spectre autistique (TSA ; F84). A son avis, tous les troubles connus et diagnostiqués auprès de l'assuré à l'âge adulte étaient une conséquence de l'hypersensibilité neurodéveloppementale et avaient été accentués par un trouble de l'attachement probablement sévère, des traumatismes d'exposition infanto-juvéniles et des efforts adaptatifs à

l'âge adulte. Une psychothérapie était recommandée, en sus d'un essai de traitement par neuroleptiques.

Par rapport à l'OAI du 3 octobre 2023, le Dr H. _____ s'est référé aux considérations ressortant de son consilium du 13 mars 2023 et considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toutes activités dès le 1^{er} février 2023.

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 6 novembre 2023, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié à la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 janvier 2024, cette dernière a retenu le diagnostic incapacitant de syndrome d'Asperger avec des centres d'intérêt stéréotypés modérés (F84.5), excluant un trouble dépressif et un trouble de la personnalité. La capacité de travail était de 80 % depuis 2010 dans une activité adaptée au niveau d'acquisition, sans hiérarchie complexe ou stressante, sans relations sociales changeantes, sans tâches multiples, sans relations intenses avec la clientèle et avec un horaire régulier. Elle s'est prononcée sur la gravité des troubles et sur les critères pertinents ressortant du tableau clinique comme suit (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2024, p. 35 ss) :

« [...] **i. Degré de gravité fonctionnelle**

Selon les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un syndrome d'Asperger modéré mais significatif cliniquement, depuis le début de l'âge adulte au présent, sans décompensation psychiatrique franche malgré quelques moments plus difficiles depuis 2010 au présent. Nous objectivons des limitations psychiatriques significatives dans les relations sociales intenses et stressantes, avec une altération significative qualitative des interactions sociales réciproques, avec un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, mais l'assuré a pu se former et travailler à 100 % durant six ans sans difficultés dans le passé et il gère son quotidien seul et sans difficultés objectivables. Dans ce contexte de présence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, cet indice important est présent d'un point de vue psychiatrique depuis le début de l'âge adulte au présent, surtout pour des activités non adaptées.

ii. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est partiellement présent, [en] l'absence de limitations fonctionnelles sévères, mais légères, objectivables pour des activités adaptées et sévères pour des activités non adaptées.

iii. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les troubles susmentionnés depuis le début de l'âge adulte au présent.

iv. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis 2010 au présent, sans suivi psychiatrique hebdomadaire, mais parfois mensuel. La motivation pour une réadaptation professionnelle est nulle. Cet indice jurisprudentiel est partiellement rempli.

v. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui entraînent des limitations fonctionnelles légères psychiatriques objectivables dans une activité adaptée.

vi. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux en lien avec le syndrome d'Asperger, mais pas avec un trouble de la personnalité, car les troubles sont présents depuis l'enfance.

vii. Contexte social

L'assuré présente un isolement social partiel, mais pas total.

viii. Cohérence

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivant dans un contexte d'un syndrome d'Asperger avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes.

ix. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise, l'assuré garde des capacités et ressources personnelles bonnes d'un point de vue psychiatrique dans des activités adaptées et nulles pour des activités non adaptées, avec des limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables dans les relations sociales intenses ou stressantes. Nous retenons des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées significatives et uniformes dans les domaines de la vie susmentionnés selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique.

x. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation bonne pour un traitement psychotrope et bonne pour le suivi psychiatrique selon l'anamnèse.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité (jurisprudence novembre 2017) sont remplis depuis 2010 au présent pour une capacité de travail de 80 % sans baisse de rendement, uniquement dans une activité strictement adaptée, et nulle pour une activité non adaptée [en] présence des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics susmentionnés. [...] »

Le 2 février 2024, le SMR s'est, pour l'essentiel, rallié aux conclusions de la Dre G._____. S'agissant de la survenance des restrictions de la capacité de travail, le SMR a toutefois communiqué sa position en ces termes :

« [...]Je me permets de rappeler que, malgré l'atteinte psychiatrique préexistante depuis l'enfance, et malgré le « 1^{er} burnout » en 2010 (donc, au début de l'âge adulte) ainsi qu'en l'absence de toute décompensation psychique de son trouble préexistant ou de nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique dans ses antécédents, notre assuré a pu travailler sans difficultés majeures entre 2008 - 05.2018 et ceci à 100 % (en tant que vendeur chez [...] à 100 % 2008-2015 et en tant qu'agent de sécurité d'ambassade à 100 % 2015 - 05.2018). Il a également réussi une formation d'agent de sécurité avec obtention du permis de port d'armes en 2018. Donc, dans ce contexte-là, on ne peut guère placer la LM [réd. : longue maladie] à 2010, comme proposé par l'experte, mais, à mon avis, à 2018, date du « 2^{ème} burnout ». A noter que l'assuré a été inscrit au chômage [en] 2018 - 2020 et est resté sans activité lucrative depuis 2018 jusqu'à ce jour. Donc, selon la vraisemblance prépondérante, la CTAH [réd. : capacité de travail dans l'activité habituelle] a été de 100 % depuis toujours jusqu'en 2018 et est nulle depuis 2018 pour raisons psychiatriques. La CTAA [réd. : capacité de travail dans une activité adaptée] a été de 100 % depuis toujours jusqu'en 2018 et est de 80 % (sans baisse de rendement) depuis 2018 pour raisons psychiatriques, en respectant les LF [réd. : limitations fonctionnelles] d'ordre psychiatrique. »

Par rapport du 4 mars 2024, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a considéré que seule une activité sans qualifications professionnelles préalables était accessible au recourant, comme une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrir à l'établi ou dans le conditionnement). Des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. Le degré d'invalidité de l'assuré se montait à 28 % en déterminant les revenus avec et sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des

salaires (ESS) et en procédant à un abattement de 10 % sur le salaire d'invalidé.

Par projet de décision du 5 mars 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée au taux de 80 % et d'un degré d'invalidité fixé à 28 %.

Dans une communication du même jour, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'aide au placement.

L'assuré a contesté le projet de décision susmentionné par correspondance du 22 avril 2024, contestant la valeur probante de l'expertise réalisée par la Dre G. _____ et la capacité de travail retenue par cette dernière. Il a conclu à la reconnaissance d'une capacité de travail maximale de 50 % sur la base des constats rapportés par le Centre K. _____, estimant que l'experte n'avait pas pris en compte l'ensemble des comorbidités psychiatriques et des limitations fonctionnelles, alors qu'elle ne s'était focalisée que sur quelques éléments du descriptif de l'activité quotidienne (autonomie dans les actes usuels, réseau social constitué d'une amie et d'un ami, jeux vidéo).

Dans un pli complémentaire du 16 mai 2024, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du Dr H. _____ du 15 mai 2024, dans lequel ce praticien mentionnait les diagnostics de trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel (F84.5), de trouble mixte de la personnalité (F61) et de trouble panique (F41.0). Il considérait que l'assuré était incapable de s'adapter à un cadre professionnel, même adapté. La capacité de travail était définitivement nulle dans toutes activités. Le pronostic était réservé en raison de l'épuisement des ressources adaptatives et de déficits persistants. Le Dr H. _____ s'est prononcé comme suit sur le rapport d'expertise de la Dre G. _____ :

« [...] L'experte considère le diagnostic principal TSA mais sous-estime l'impact comorbide du trouble de la personnalité mixte et du trouble panique constatés par les médecins institutionnels [...] et par le bilan neuropsychologique du 3.6.2021. Le degré d'intelligence

moyen-faible constitue également une limitation adaptative et n'a pas été considéré.

Globalement, le degré de limitation durable n'a pas été considéré comme incapacitant malgré l'anamnèse professionnelle déjà restreinte et l'échec de la mesure Centre K._____, pourtant adaptée. Le pronostic concernant une CT [réd. : capacité de travail] résiduelle entière dans une activité adaptée ne correspond ni à la clinique documentée de l'assuré, ni à l'anamnèse professionnelle récente avec un échec manifeste de la mesure Centre K._____.

Les conclusions de l'expertise doivent être contestées et si nécessaire, une nouvelle expertise indépendante tenant compte de l'entier du dossier, des comorbidités et de l'échec d'une MR [réd. : mesure de réinsertion] déjà entreprise en 2022 doit être ordonnée. [...] »

Sollicité pour avis, le SMR a considéré, le 3 juillet 2024, que le rapport du Dr H._____ du 15 mai 2024 contenait une appréciation différente d'un état de fait resté le même, alors que le rapport d'expertise avait largement discuté les éléments psychiatriques mis en évidence par le spécialiste traitant. Ce dernier ne faisait état d'aucun élément médical objectif nouveau. L'appréciation de la capacité de travail de l'assuré demeurait donc inchangée.

Par décision du 4 juillet 2024, l'OAI a repris les termes du projet de décision contesté et nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

B. B._____ a déféré la décision de l'OAI du 4 juillet 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 septembre 2024. Se fondant sur les différents rapports de ses médecins traitants, singulièrement ceux du Dr H._____, il a contesté l'évaluation de sa capacité de travail opérée par la Dre G._____ et la valeur probante pouvant être conférée à son rapport d'expertise. Il a conclu, principalement, à la réforme de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au vu de son incapacité à se réinsérer, même dans un environnement professionnel adapté ; à titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, tout particulièrement sur le plan médical. Il a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération du paiement des frais judiciaires), compte tenu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 14 octobre 2024, la magistrate instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à l'assuré, en l'exonérant de frais et d'avances de frais.

L'OAI a répondu au recours le 14 novembre 2024 et conclu à son rejet, se prévalant des avis du SMR des 2 février et 3 juillet 2024.

Par écriture du 1^{er} mai 2025, l'assuré a maintenu ses conclusions et produit, à l'appui de ses griefs, un rapport d'évaluation neuropsychologique du 22 janvier 2025, rédigé par la psychologue D._____. Celle-ci a retenu les diagnostics suivants à l'issue de son examen :

- trouble du spectre de l'autisme, sans déficience intellectuelle, de niveau 2, avec hypersensibilité sensorielle marquée (auditif, tactile, visuel), rigidité cognitive, intérêts spécifiques intenses, profil social atypique (isolement, préférence pour la solitude, difficultés dans les interactions sociales, difficultés à comprendre l'implicite, le second degré ou l'humour) et besoin de routines strictes et stéréotypées ;
- symptômes anxieux et dépressifs, avec ruminations persistantes, anticipation anxieuse des événements sociaux ou professionnels, manifestations psychosomatiques récurrentes en période de stress, baisse de l'estime de soi, sentiment d'échec, idées suicidaires organisées.

Elle est parvenue aux conclusions suivantes :

« [...] L'évaluation neuropsychologique de ce patient de 25 [recte : 35] ans, met en évidence :

- Des difficultés dans la **communication sociale et dans la relation** : l'interaction en évaluation n'est pas toujours spontanée et elle est marquée par un manque de fluidité. En effet, il est par moment difficile d'investir le lien, notamment en raison de la faible expressivité non-verbale du patient, de sa difficulté à intégrer l'interlocuteur dans le discours, son besoin de relater des détails non saillants de son histoire et

du regard fuyant. Par ailleurs, il est nécessaire de reformuler des consignes, d'expliciter certaines attentes et de répondre au besoin de vérification qu'il présente ;

- Des difficultés dans la **cognition sociale** : compréhension des implicites (éléments absurdes par exemple), des intentions sociales et de l'humour. Pour rappel, le patient décrit une traduction mentale permanente de ce qu'il entend afin de « mettre du sens aux sous-entendus », ce qui contribue à sa fatigue mentale ;
- Des **difficultés exécutives** marquées cliniquement avec une rigidité cognitive dans le discours, dans la pensée et au niveau du comportement, ainsi que le besoin de contrôle. Au niveau des résultats psychométriques, relevons des difficultés de planification, un défaut d'incitation verbale et de mise à jour, ainsi que de la mise en place de stratégies (peu de flexibilité mentale). Par ailleurs, sur le plan du comportement, il y a une certaine agitation motrice intermittente et le patient présente des mouvements répétitifs et stéréotypés, ainsi que des intérêts restreints qui mobilisent son attention et son intérêt ;
- Une **thymie très impactée** avec une symptomatologie anxieuse et dépressive relevée à un auto-questionnaire et dans le discours du patient (anticipation négative, angoisse de mal faire, faible estime de lui-même, scénarisation d'un tentamen, souffrance en lien au manque de reconnaissance au niveau social) ;
- Des **hypersensibilités sensorielles** : auditive, tactile et visuelle, présentes depuis l'enfance, ce qui influence et impacte significativement le comportement du patient au quotidien (habillage, alimentation, interactions sociales, tolérance à son environnement).

A noter que l'analyse des facteurs intégrés, la participation du patient (effort fourni suffisant) et les éléments cliniques confirment que l'examen est valide, interprétable et les résultats obtenus sont cohérents.

Monsieur B._____ présente un certain nombre de ressources (attentionnel, mnésique) sur le plan cognitif qui sont mises en évidence avec les tests formels, qui je le rappelle, sont très cadrants et proposés dans un environnement aseptisé. Dans le cadre de l'examen, il s'est engagé avec sérieux et était soucieux de donner le meilleur de lui-même, ce qui lui a permis de démontrer la présence de certaines compétences cognitives. L'évaluation du quotient intellectuel n'a pas été réalisée dans ce présent examen étant donné qu'elle avait été faite en mars 2021 grâce à la WAIS-IV. Pour rappel, les scores étaient à la limite inférieure de la norme dans différents indices, ce qui montre bien qu'il n'est pas aisé pour le patient de mobiliser ses capacités intellectuelles. Monsieur B._____ dispose de ressources dans son quotidien, notamment une capacité d'apprentissage autodidacte dans ses domaines d'intérêt et une conscience de son fonctionnement (organisation interne rigide).

Sur la base des éléments psychométriques, des auto-questionnaires (quotient autistique chez l'adulte et scores au RAADS significatifs), des éléments mis en évidence à l'anamnèse (particularités développementales présentes durant l'enfance, parcours scolaire et social en dent de scie) et des éléments cliniques, il y a actuellement

et dans les phases de développement : un déficit persistant dans la communication sociale et dans les interactions sociales observé dans des contextes variés nécessitant de l'aide, ainsi qu'un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités nécessitant une aide. Selon le DSM-5, ces éléments mettent en évidence un trouble neurodéveloppemental de type trouble du spectre de l'autisme (TSA) sans déficit intellectuel, ni altération du langage associés, de niveau 2. Ceci veut dire que le patient nécessite un soutien important dans son quotidien. Ce trouble impacte actuellement sa vie personnelle, sociale et professionnelle. Ce trouble est à considérer au regard des autres troubles psychiatriques connus et rend compte de la difficulté pour le patient de répondre aux exigences externes normatives et de trouver un équilibre. [...]

Actuellement, le degré de gravité des troubles neuropsychologiques est moyen (degré d'incapacité de travail estimé entre 60 à 70 % [...]) et entravent la capacité fonctionnelle de Monsieur B. _____ dans la vie quotidienne. Par ailleurs, l'anamnèse et les auto-questionnaires mettent en évidence un impact fonctionnel dans les domaines de la vie sociale, émotionnelle et professionnelle. Dans ce sens-là, j'encourage la poursuite des démarches auprès de l'AI. En effet, afin que Monsieur B. _____ puisse investir un projet professionnel, il faudrait lui garantir un poste offrant une routine stricte (horaires de travail réguliers, tâches répétitives), sans trop de nouveauté, de changement et de stimulations sensorielles (lieu calme et silencieux par exemple). Par ailleurs, il serait important qu'il y ait peu de contacts avec d'autres personnes sans quoi cela pourrait engendrer de l'épuisement cognitif et émotionnel (tout en considérant qu'il y a des ruminations qui s'en suivent). Un projet d'accompagnement de ce jeune patient devrait être considéré, sachant qu'il a des compétences et des connaissances extraordinaires en lien à ses intérêts particuliers et qu'il a besoin d'être remobilisé pour retrouver de l'estime de soi et de l'auto-efficacité. [...] »

Le 9 mai 2025, l'OAI a maintenu sa position et s'est référé à un nouvel avis du SMR du 6 mai 2025, joint à son écriture, lequel confirmait les conclusions ressortant de ses précédents avis. Le SMR s'est exprimé comme suit sur la teneur du rapport de la psychologue D. _____ :

« [...C]oncernant les troubles autistiques, nous n'avons actuellement pas de nouveau diagnostic psychiatrique. Concernant les plaintes anxio-dépressives persistantes de l'assuré, nous n'avons actuellement également aucun nouveau diagnostic fondé, correspondant aux critères diagnostiques. Je rappelle que le status psychiatrique clinique lors de l'expertise psychiatrique du 08.01.2024 a été peu inquiétant, en particulier en absence de trouble neurocognitif, de symptôme psychotique-hallucinatoire-déliquant et de symptômes anxieux ou dépressifs significatifs. Déjà lors de l'expertise psychiatrique du 08.01.2024 des tests psychométriques ont été réalisés et le score obtenu au test des matrices de Raven 1938 a été compatible avec des capacités de concentration et intellectuelles dans la moyenne haute, ce qui est concordant avec le niveau de l'acquisition, et exclut des troubles

cognitifs significatifs, ayant rendu inutile la réalisation d'un examen neuropsychologique classique dans le cadre de l'expertise psychiatrique du 08.01.2024.

Je rappelle également que l'assuré dispose de nombreuses ressources personnelles. Malgré ses difficultés du passé, il a pu se former (obtention d'un CFC de gestionnaire du commerce de détail en 2008 obtention du permis de port d'armes en 2018) et a pu travailler à 100 % durant des années (2008 - 2018), sans difficultés dans le passé, et gère son quotidien seul et sans difficultés objectivables.

A noter que cette évaluation neuropsychologique de 09.2024 et 10.2024 (cf. rapport neuropsychologique du 22.01.2025 [...]) n'est pas un bilan neuropsychologique classique objectif, incluant des batteries de tests cognitifs et des tests objectifs de validité des performances, mais au contraire, il s'agit d'une évaluation globale qui s'appuie quasi exclusivement sur les données subjectives de l'assuré (auto-anamnèse, plaintes, auto-questionnaires remplis par l'assuré).

A noter que les recommandations de la neuropsychologue en 01.2025, concernant une réadaptation professionnelle (activité offrant une routine stricte avec horaires de travail réguliers et tâches répétitives, sans trop de nouveauté et de changement, et avec peu de contacts avec d'autres personnes), lesquels pourraient formellement être interprétées comme LF [réd. : limitations fonctionnelles], restent parfaitement inchangées en comparaison avec les LF d'ordre psychiatrique retenues par l'expertise psychiatrique du 08.01.2024. [...] »

En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande en juin 2020, en lien avec des atteintes apparues dans les suites d'un accident de la circulation routière survenu en janvier 2020. Un éventuel droit à la rente pouvait donc prendre naissance au plus tôt en janvier 2021, entraînant l'application de l'ancien droit. Cela étant, l'intimé a retenu que les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies à cette date et qu'une nouvelle incapacité de travail survenue en juin 2022 était susceptible d'ouvrir le droit à une rente dès juin 2023, mais que le taux d'invalidité à cette dernière date était insuffisant. Un nouveau cas d'assurance survenu après l'entrée en vigueur du « développement continu de l'AI » entraîne l'application du nouveau droit.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et

celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fériés judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 14 juillet 2021. Cette requête s'est soldée par un refus de

mesures professionnelles et de rente d'invalidité communiqué par l'intimé le 4 juillet 2024. Il convient dès lors d'appliquer le nouveau droit.

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

b) 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).

5. a) Pour 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Il appartient aux experts médicaux d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_441/2019 du 28 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées). Ces principes ne signifient cependant pas que le médecin a la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Son rôle consiste à prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir à procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. **a)** 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'espèce, on retient que le recourant a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes psychiques, pour lesquels il bénéficie d'un suivi spécialisé depuis 2018. Il a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, réalisée par la Dre G._____, laquelle a conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée au taux de 80 %, à savoir sans hiérarchie complexe ou stressante, sans relations sociales soutenues, ni imprévus. Elle a retenu le diagnostic de syndrome d'Asperger, avec des centres d'intérêt stéréotypés modérés, responsable des limitations fonctionnelles précitées, et exclu un trouble dépressif, ainsi qu'un trouble de la personnalité.

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise correspondant, rédigé le 8 janvier 2024, remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Il résume les principales pièces du dossier asséculo-logique mis à disposition, contient une anamnèse complète, fait état des déclarations subjectives délivrées

par le recourant, rend compte de manière circonstanciée de l'examen pratiqué, tout comme il se fonde sur les observations cliniques effectuées au cours de l'expertise. En outre, l'experte a procédé à une discussion approfondie du diagnostic posé, de même qu'elle a exposé les motifs la conduisant à écarter des diagnostics différentiels, ce au terme de la passation de divers tests. Par ailleurs, elle s'est exprimée à propos des indications thérapeutiques, a évalué la cohérence et l'authenticité, tandis qu'elle a examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant. Elle s'est également renseignée sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'appréciation de la situation médicale est claire, coïncidant avec des conclusions minutieusement motivées et exemptes de contradictions.

c) Concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, la Dre G._____ a expliqué que le recourant présentait un syndrome d'Asperger « modéré mais significatif cliniquement », objectivant des limitations fonctionnelles dans les relations sociales stressantes, avec une altération des interactions sociales réciproques, un répertoire d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, lesquelles impactaient la capacité de travail du recourant dans des activités non adaptées. Elle relevait que les répercussions de l'atteinte à la santé étaient présentes depuis l'âge adulte, alors que le recourant avait été en mesure de se former et de travailler à 100 % par le passé. L'experte a observé que l'évolution était globalement stationnaire, avec des comportements durables et stables, nettement disharmonieux, imputables au syndrome d'Asperger. Cela étant, le recourant ne présentait pas un isolement social complet, mais uniquement partiel. Il était doté de ressources personnelles importantes, dans le contexte d'une activité strictement adaptée à son état de santé.

d) L'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ne révélait pas d'incohérences entre les plaintes subjectives et les constats objectifs, selon l'experte. Un certain décalage était la conséquence du syndrome d'Asperger, sans que le recourant ne procède à une exagération volontaire de ses difficultés. Les limitations fonctionnelles étaient uniformes dans les

divers domaines de la vie, au vu de l'anamnèse, de la journée type exposée par le recourant et l'examen clinique réalisé par la Dre G._____.

8. a) Le recourant se prévaut des rapports de ses médecins traitants, ainsi que du rapport d'évaluation neuropsychologique de la psychologue D._____ pour considérer que la Dre G._____ n'aurait pas procédé à une appréciation globale de son état de santé psychique, en particulier eu égard aux comorbidités psychiatriques exposées par le Dr H._____ (trouble de la personnalité mixte et trouble panique).

b) On observe, cela étant, que l'experte a exposé à satisfaction les raisons lui permettant d'écarter un trouble de la personnalité et d'autres troubles associés, estimant que le syndrome d'Asperger était à la cause de l'ensemble des difficultés du recourant. Le Dr H._____, de son côté, s'est limité à communiquer un point de vue différent, reposant sur les constats du précédent psychiatre traitant et sur l'anamnèse professionnelle, en particulier sur la fin de la mesure mise en œuvre au sein du Centre K._____. Il n'a toutefois pas étayé son appréciation sur le plan médical et s'est référé au bilan neuropsychologique réalisé en 2021, sans faire état de nouveaux éléments inconnus ou ignorés de la Dre G._____ (cf. rapport du Dr H._____ du 15 mai 2024).

c) S'agissant du bilan neuropsychologique établi le 22 janvier 2025 par la neuropsychologue D._____, on peut souligner que ce document a mis en évidence non seulement les limitations du recourant, mais également les ressources dont il dispose. On retient en effet que le recourant, malgré ses intérêts restreints, est capable de se mobiliser plusieurs heures par jour dans ses domaines de prédilection (technologie, informatique, mécanique) avec de bonnes capacités d'organisation. Il s'est également révélé être autodidacte et susceptible de mettre en place des routines stables lui assurant une pleine autonomie en toute connaissance de ses limites (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du 22 janvier 2025, p. 4). Quant aux restrictions mentionnées par la neuropsychologue, essentiellement liées aux interactions sociales, on peut, à l'instar de

l'intimé, respectivement du SMR, considérer que celles-ci sont superposables aux limitations fonctionnelles énumérées par la Dre G._____. Il n'y a ainsi aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail déterminée par l'experte dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant. On ajoutera que dite appréciation concorde pour l'essentiel avec le pronostic communiqué par le précédent psychiatre traitant du recourant (cf. rapport du Dr F.____ du 28 octobre 2021).

d) Enfin, on ne saurait tirer de conclusion médicale à la suite de l'interruption de la mesure diligentée au sein du Centre K._____, conformément à la jurisprudence fédérale citée supra sous consid. 5e. On retient au demeurant que cette interruption a eu lieu à une période où le recourant connaissait des fluctuations d'humeur et s'apprêtait à changer de suivi thérapeutique, alors qu'il n'avait plus confiance en son psychiatre et ne se conformait pas aux traitements préconisés (cf. bilan du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 24 janvier 2023).

e) En définitive, il convient de constater qu'en l'absence d'évaluation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise de la Dre G._____, c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative au taux de 80 %.

9. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les

éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

c) En l'espèce, le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre de la comparaison des revenus opérée par l'intimé sur la base des valeurs statistiques ressortant de l'ESS. Cette comparaison des revenus n'apparaît pas critiquable, compte tenu de la variabilité de ses revenus avant la survenance de l'incapacité de travail durable. Le degré d'invalidité de 28 % déterminé par l'intimé prend par ailleurs en considération un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Ce taux peut par conséquent être confirmé.

c) Un tel degré d'invalidité, inférieur au seuil de 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. S'agissant des mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte in casu, on soulignera que l'intimé a accordé une mesure d'aide au placement au recourant par communication du 5 mars 2024. Il est loisible

à ce dernier de solliciter l'intimé en tout temps pour la mise en œuvre de cette mesure.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 4 juillet 2024 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 14 octobre 2024.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser les frais judiciaires, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC (code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272 ; applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 4 juillet 2024 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, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :