

## VD\_GERICHTE ZD16.029940 vom 7. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.029940](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.029940)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.029940 du 7 septembre 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.029940 del 7 settembre 2017

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 172/16 - 255/2017 ZD16.029940 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 7 septembre 2017 \_\_\_\_\_ Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Brélaz Braillard et M. Reinberg, assesseur Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : V. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à  
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE  
VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1et 28 al. 1  
– 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine  
portugaise est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI). Le 10 décembre 2014, le Centre  
social régional (CSR) de [...] a annoncé l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le  
canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour une détection précoce. Il a mentionné une  
incapacité de travail totale depuis avril 2013 en raison d'un « suivi psy » et de « problèmes »  
aux deux genoux. Il ressort du rapport de détection précoce du 8 janvier 2015 que l'assuré  
présentait des problèmes de ménisques aux deux genoux, opérés en 2012, et qu'il était par  
ailleurs sous méthadone depuis dix ans. L'incapacité de travail aurait débuté en octobre  
2012. Il avait auparavant travaillé comme maçon. Il n'avait pas repris cette activité depuis  
son interruption, mais avait exercé de courtes missions temporaires (plongeur notamment).  
Il avait un diplôme de maître-chien, sans autre formation certifiée. Depuis son arrivée en  
Suisse en 1998, il avait travaillé dans la restauration, le bucheronnage et la maçonnerie,  
avec notamment une attestation de chef de chantier. Il ressort d'un entretien téléphonique  
d'un collaborateur de l'OAI avec le médecin traitant de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en médecine interne à [...], du 12 janvier 2015, que ce dernier confirmait les  
atteintes somatiques et psychiques, avec notamment d'importantes difficultés  
psychosociales chez l'assuré, sans domicile fixe depuis des années, avec des difficultés  
familiales et une lente désinsertion. Le Dr D. \_\_\_\_\_ confirmait la prise de méthadone.  
L'assuré bénéficiait d'une aide sociale depuis plusieurs années, bien qu'il ait régulièrement  
travaillé. Le médecin traitant ne savait pas comment son patient réagirait à des ordres et des  
contraintes, mais estimait qu'un bilan de compétences était souhaitable. En raison de ses  
atteintes à la santé, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité  
pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, le 21 janvier  
2015.

- 3 - Le 23 février 2015, l'assuré s'est vu octroyer par l'OAI une mesure d'intervention  
précoce (MIP) sous la forme d'une orientation professionnelle auprès d'A. \_\_\_\_\_ SA à  
[...], du 9 mars au 5 juin 2015. Dans un rapport du 11 mars 2015 établi à l'intention de  
l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_, a fait état, avec effet sur la capacité de travail, d'une affection  
psychique complexe intriquée entre un syndrome de stress post traumatique (PTSD), des

troubles anxieux, des troubles du sommeil et une dépendance aux opiacés avec substitution à la méthadone depuis les années 2000. Il posait également les diagnostics invalidants de gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale avec déchirure de la corne postérieure des ménisques internes en septembre 2013, de status après arthroscopie du genou droit et méniscectomie partielle interne droite en février 2014 et de status après arthroscopie des deux genoux avec résection partielle du ménisque interne gauche et résection complète de la corne postérieure du ménisque interne droit le 2 septembre 2014. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail mentionnés étaient ceux d'hépatite C chronique, de status après thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire en 2009 et de tabagisme chronique actif et bronchite chronique obstructive. En dehors de la toxico-dépendance aux substitutions, qui rendait la situation psychiatrique fluctuante et à propos de laquelle il renvoyait à un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie à [...], le Dr D. \_\_\_\_\_ estimait que l'évolution était actuellement limitée, dans la profession antérieure, par les gonarthroses bilatérales. L'assuré n'était plus apte à travailler comme manœuvre dans des métiers lourds. Le pronostic d'un point de vue psychosocial était défavorable, avec l'absence de domicile fixe depuis plus d'une année. Il existait une incapacité de travail depuis septembre 2013, d'un point de vue orthopédique, ensuite d'une entorse avec craquement du genou droit. D'un point de vue orthopédique, une limitation fonctionnelle pour les travaux lourds persistait, parfois également à la marche, en raison de douleurs persistantes liées aux troubles dégénératifs sévères bilatéraux. A teneur d'un rapport du 13 août 2014 joint par le médecin traitant, la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et

- 4 - responsable du projet [...] ( [...]) à la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) du CHUV, a indiqué qu'en raison de douleurs du genou droit et d'un syndrome de stress post traumatique, la reprise d'une activité n'était pas exigible de la part de l'assuré. Une demande de prestations de l'assurance-invalidité était toutefois conseillée en vue de l'octroi de mesures de réinsertion dès lors qu'une reconversion professionnelle restait envisageable. Dans un rapport complété le 17 mars 2015 à l'intention de l'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent et, sans influence sur la capacité de travail, de dépendance aux opiacés – substitution. Sous la rubrique « 1.4 – anamnèse et constat médical » de son rapport, le Dr J. \_\_\_\_\_ indiquait : « trouble dépressif récidivant – demande de prise en charge par méd. traitant – dépression – angoisse – solitude – tr. du sommeil ». Le pronostic était qualifié de « moyen à sombre ». Aux questions de la rubrique « 1.6 – incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée », le Dr J. \_\_\_\_\_ a indiqué : “Maçon → impossible depuis opérations genoux. Patient désireux d'un reclassement professionnel.” Sous la rubrique « 1.7 – question sur l'activité exercée à ce jour / énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes » du rapport, le psychiatre traitant a répondu : “Douleur – Angoisse – Instabilité affective.” A la question relative à la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il a répondu : “Besoin de réassurance, de soutien, d'étayage.” Sous la rubrique « 1.9 – peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail » du rapport, le Dr J. \_\_\_\_\_ a répondu :

- 5 - “Pas actuellement. Pas sans soutien institutionnel.” En annexe à son rapport, le Dr J. \_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire relatif aux limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique. Il a mentionné diverses difficultés dont il fallait tenir compte, dont une

labilité affective et une tendance à l'énerverment, un repli psychosocial intense, des difficultés relationnelles, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, un apragmatisme, des difficultés à maintenir un rythme diurne / nocturne, des difficultés d'organisation du temps et une hypersensibilité au stress. Diverses activités restaient néanmoins possibles, avec toutefois un besoin de soutien et de réassurance (activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels), ainsi qu'un besoin d'être accompagné (activités impliquant du stress). Le taux d'occupation restait « à évaluer » ; un temps partiel était envisageable moyennant une réadaptation professionnelle. A teneur d'une note du 19 mai 2015 relative à un entretien téléphonique du même jour d'un collaborateur de l'OAI avec la responsable de la mesure d'orientation professionnelle auprès d'A. \_\_\_\_\_ SA, cette dernière a requis l'interruption de cette mesure en raison de l'annulation de plusieurs rendez-vous de la part de l'assuré sans avoir donné de ses nouvelles. Aux dires de l'interlocutrice de l'OAI, « les rares fois où il s'est rendu à la mesure, il est venu alcoolisé et avec son chien ». Il est écrit également que « notre assuré n'a pas les ressources pour assumer une mesure de ce type. Il fait peur aux autres participants en aimant avoir raison et en raison de son apparence qui laisse transparaître ses difficultés sociales ». Le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé d'interrompre la mesure à la suite de ce téléphone, constatant qu'une mesure d'orientation ou de réinsertion n'était pas possible. Les observations lors du stage auprès d'A. \_\_\_\_\_ SA démontraient de grandes difficultés sociales qui empêchaient toute réinsertion. De plus, les

- 6 - comptes individuels (CI) auprès de l'AVS étaient le reflet de ces difficultés, l'assuré ayant cotisé sur des revenus annuels se situant en moyenne aux alentours de 25'000 fr. de 1998 à 2014, avec aucun revenu depuis 2012 et un revenu maximum de 54'152 fr. en 2008. Par communication du 16 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu d'un état de santé non stabilisé. Dans un rapport du 20 octobre 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie auprès du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu, en tant qu'atteinte principale à la santé, des gonalgies bilatérales (gonarthrose débutante à gauche, status après résection partielle du ménisque interne le 2 septembre 2014; status après résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne droit le 18 février 2014; résection complète de la corne postérieure du ménisque interne droit le 2 septembre 2014 [M23.2]). Les pathologies associées étaient un trouble dépressif récurrent et une dépendance aux opiacés sous substitution de méthadone. N'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité : une hépatite C chronique, un status après thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire en 2009 ainsi qu'un tabagisme chronique actif et une bronchite chronique obstructive. Le médecin du SMR mentionnait notamment une capacité de travail à 100 % de l'assuré dans une activité adaptée n'impliquant pas de travaux en terrain irrégulier, genuflexions ni travaux à genoux, avec soulèvement et port de charges de dix kilos au maximum. Le Dr B. \_\_\_\_\_ ne retenait aucune limitation sur le plan psychique en observant à cet égard que « le Dr J. \_\_\_\_\_ ne s'exprime pas explicitement quant à la CT [capacité de travail] mais précise aussi que l'assuré est désireux d'un reclassement professionnel ». Par projet de décision du 11 février 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente d'invalidité, dès lors qu'il ressortait de l'analyse des pièces médicales au dossier que s'il présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle

- 7 - d'ouvrier dès septembre 2013, il conservait cependant une capacité de travail à 100 %, dès février 2015, dans une activité adaptée évitant les travaux en terrain irrégulier, sans genuflexions et ni charges supérieures à dix kilos. Il pouvait réaliser, dans une telle activité, un revenu excluant le droit à une rente. L'OAI a confirmé ce projet par décision du 23 mars 2016. B. Par acte du 30 juin 2016, Me Olivier Carré, agissant pour V. \_\_\_\_\_, a interjeté un recours de droit administratif devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de rente précitée, en concluant avec dépens à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur la forme, il soutient que son client n'a pas reçu le projet du 11 février 2016 ni la décision du 23 mars 2016 de l'OAI étant sans domicile fixe pendant près de six mois avant de trouver, avec ses chiens, un gîte chez autrui vers l'été 2016. Me Carré allègue n'avoir quant à lui pris connaissance des actes de procédure en question qu'à réception du dossier de l'OAI, le 31 mai 2016. Le recourant reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit sa demande de prestations, se plaignant d'imprécisions concernant l'évaluation de sa situation tant sociale que médicale. Il allègue des indices au dossier d'une grave dérive sociale, d'une atteinte psychique multiple avec probable maniaco-dépression, compliquée par des affections somatiques multiples et invalidantes, à tout le moins dans une activité lourde. Il sollicite en conséquence la réalisation d'une expertise judiciaire en vue d'investiguer l'ensemble de ses problèmes de santé actuels. Me Carré a requis en outre, l'octroi de l'assistance judiciaire, soit la dispense d'avances et des frais judiciaires ainsi que sa désignation d'office. Dans sa réponse du 21 septembre 2016, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté, subsidiairement au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée. Sur le fond, il observe que les allégations d'une crise maniaque chez une

- 8 - personne bipolaire ne sont pas corroborées et consistent dès lors en de simples allégations de partie qui ne sauraient être suivies. Par prononcé du 22 septembre 2016, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 juin 2016, et a désigné d'office Me Carré. Dans sa réplique du 8 novembre 2016, maintenant ses précédentes conclusions, le recourant précise que l'expertise demandée devrait l'être par un psychiatre, un orthopédiste et, le cas échéant, un interniste. Il a réservé en outre son audition ainsi que celle de témoins en cas de doute sur la recevabilité du recours. Sous le bordereau de pièces annexé au mémoire, figure en particulier un rapport du 21 octobre 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_ à l'intention du conseil du recourant, dont ressortent les constatations suivantes : “[...] Tout d'abord permettez-moi de transmettre mon admiration pour le travail d'enquête minutieuse du parcours domiciliaire et de vie privée que vous avez eu le temps d'élaborer avec lui. Comme vous pourrez le lire dans les documents ci-joints et notamment mon rapport AI, l'absence de domicile fixe a été évoquée et je partage votre avis sur l'aberration de la communication épistolaire entre le service AI et cet assuré ou du moins entre l'AI et le service social. On évoque le changement de domicile fréquent lié aux placements par les services sociaux dans différentes communes, habitant soit chez une connaissance soit chez une tante soit sous tente (!) totalement clochardisé en marge de la ville de [...] soit à l'époque dans une caravane ou chez un agriculteur en échange de menus travaux. M. V. \_\_\_\_\_ a probablement entravé le choix d'un domicile adapté par la présence d'au minimum 2 chiens (actuellement 4 récupérant les chiens de sa tante décédée) ce qui n'a pas rendu les choses faciles. C'est également le cas pour les tentatives de stages idéalement envisageables pour évaluer ses capacités professionnelles. Nous avons pourtant gardé la même pharmacie pour la délivrance de la Méthadone pour M. V. \_\_\_\_\_ venant

régulièrement sur [...]. Pour répondre aux éléments surlignés de votre dossier extrêmement exhaustif, il faut noter que la demande d'AI a été dûment formulée pour les problèmes psychiatriques mentionnés et que le problème orthopédique intercurrent a entravé la possibilité d'un stage dans le cadre de l'AI qui s'est d'ailleurs très mal déroulé ne donnant aucun élément positif pouvant imaginer une reconversion professionnelle. Comme vous le verrez dans mon rapport AI sous anamnèse chiffre 1.4 à 1.8 tout a été exposé clairement en ce qui concerne les limitations physiques et psychiques de M. V.\_\_\_\_\_.

- 9 - Au-delà du problème orthopédique, la médication mentionnée Quiétapine (neuroleptique), prescrite par le Dr J.\_\_\_\_\_, n'a été essayée que quelques jours et interrompue car non supportée par le patient en raison de nausées et de maux de tête. Personnellement ce qui m'a le plus accablé dans cette prise en charge est l'absence totale de retour du psychiatre mentionné face à une situation difficile et très intriquée malgré plusieurs courriers restés sans réponse, me trouvant seul pour gérer les aspects thymiques, sociaux et une substitution à la méthadone chaotique avec un environnement social s'effilochant de plus en plus comme vous le mentionnez parfaitement. Je ne connais pas les conclusions du rapport psychiatrique par rapport à l'hypothèse d'une maladie bipolaire en lien avec un essai d'une prescription de Quiétapine par le Dr J.\_\_\_\_\_. Une expertise psychiatrique dans le cadre de l'AI pourrait être très utile dans ce sens si le rapport psychiatrique établi n'était pas assez précis sur ce diagnostic. On soulignera que la Quiétapine est également utilisée pour des troubles du sommeil par son effet sédatif le soir et à petites doses. On ne peut donc pas tirer de conclusion entre la prise d'un médicament et ce diagnostic médical. C'est donc au psychiatre sollicité par l'AI ou même au médecin du SMR de se positionner en cas de doute. Je n'ai pas connaissance des conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_. Je me pose depuis quelques années la question clinique d'un profil de TDAH (trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité/impulsivité) de diagnostic tardif chez l'adulte (dans son cas à prédominance hyperactive/impulsive), mais présent peut-être depuis l'enfance, qui peut tout à fait coexister ou même être exacerbé par un parcours de trauma de très longue date (expérience militaire dans les Balkans, PTSD, mais incertitudes sur les traumatismes dans l'enfance et difficultés lors du parcours scolaire ou préprofessionnel), constatant derrière ce parcours de vie de nombreuses années de méthadone et de différentes substances, une automédication bien connue dans ces cas pour apaiser des traits d'hyperactivité et d'impulsivité. Ces symptômes ont été retrouvés à quelques reprises aux consultations indépendamment de la prise de bières (légère agitation physique et difficultés à maîtriser les émotions intenses). Formé depuis plus de 10 ans dans la prise en charge de cette pathologie, je lui ai même proposé un traitement psychostimulant de Méthylphénidate (Concerta, forme de retard de Ritaline, non traficable ou vendable) qui lui a assez bien convenu et qui l'a rendu beaucoup plus serein. Ce diagnostic reste donc encore en suspens, mais il est actuellement impossible d'introduire une médication de ce type dans un contexte de multi-consommations mal contrôlées. Les doses de Méthadone ont dû être redonnées en rattrapage à de nombreuses reprises par la pharmacie sur ma demande et l'appel du patient en raison de nausées et de vomissements mis en avant ou plus rarement de perte de ses flacons depuis en tout cas deux ans. La situation psychique « fluctuante » que je décris fait référence à un mélange de symptômes liés à des consommations parfois un excès de bières, des troubles anxieux sous forme d'une sorte de

- 10 - fébrilité relationnelle dans un contexte extrêmement instable du point de vue social. Un diagnostic de TDAH pourrait également parfaitement intégrer cette labilité émotionnelle

qui en est un des critères se rapprochant même de symptômes évoquant une maladie bipolaire. Concernant le Trittico, il est effectivement prescrit aussi pour son effet sédatif le soir chez un patient signalant parfois des troubles du sommeil et l'effet antidépresseur est également visé. L'évaluation de son efficacité est difficile chez un patient qui consomme à côté et qui autogère son traitement en prenant 1 voire 2 cp de 100 mg le soir selon ses difficultés. Le tabagisme chronique actif lui cause des problèmes de limitation respiratoire et il le sait. Difficile également d'envisager avec lui d'arrêter de fumer actuellement ce qui soulagerait son porte-monnaie. Il a pris par ailleurs énormément de poids et s'est également déconditionné physiquement au niveau respiratoire. En résumé mon rapport médical AI du 11.03.2015 est très clair sur l'environnement psychosocial et mentionne un pronostic défavorable du point de vue psychosocial, l'absence de domicile fixe et placement par l'aide sociale. Je vous réadresse l'évaluation intermédiaire qui avait été faite avant la demande d'AI par la consultation [...] où le patient était malheureusement limité à ce moment-là pour les questions orthopédiques pour envisager une évaluation professionnelle. L'absence de réponse de mon collègue le Dr J. \_\_\_\_\_ me paraît inacceptable et éthiquement incompréhensible me laissant dans une situation difficile avec un patient qui était pourtant motivé à ce moment, demandant activement de l'aide par une prise en charge spécifique que j'ai toujours encouragée. Une hospitalisation volontaire à des fins d'observation, dans le but de limitation des consommations parasites avec maintien d'une substitution à la méthadone eût été tout à fait envisageable après discussion avec le collègue psychiatre au moment où le patient était sans domicile fixe. Quoiqu'il en soit, l'absence de diagnostic de fond psychiatrique clair hormis la PTSD, la présence de nombreuses substances, la notion de grave dérive sociale que vous évoquez, me paraît devoir motiver une expertise psychiatrique un peu plus fouillée. Nous sommes par contre rassurés actuellement qu'il ait trouvé actuellement une adresse et un domicile dignes de ce nom à [...] où il semble s'être un peu stabilisé. La dernière consultation du 30.9, téléphonique, confirme la résurgence de cauchemars et l'hypothèse que j'avais retenue d'un PTSD motivant la reprise du Trittico ou son intensification chez un patient témoin d'un accident dans son village où une jeune fille de 16 ans se fait renverser par une voiture. Ce sont là des éléments psychiatriques essentiels pour envisager un travail psychothérapeutique sérieux chez un patient sans doute motivé,

- 11 - mais quel collègue psychothérapeutique acceptera-t-il cette situation lourde et chez qui l'adresser ? Peut-être le Dr J. \_\_\_\_\_ pourrait-il nous aider ? A ce stade, je m'efforce donc de parer au plus pressant, mais n'ai pas à ce jour de projet à construire avec lui. [...]” Les 30 novembre et 9 décembre 2016, le recourant a encore produit divers documents dont notamment une lettre du 26 novembre 2016 adressée à son conseil par son actuel logeur, ainsi libellée : “Je fais suite à notre entretien téléphonique et vous fais part de mon total désarroi par rapport au comportement de V. \_\_\_\_\_, que j'héberge. Il est inconscient de ses responsabilités. Il lui arrive de laisser la maison ouverte à tout vent, pour se plaindre ensuite qu'il a froid. Il n'a rien fait des quelques menus aménagements qu'il avait promis de faire. Il [est] donc logé toujours dans des conditions très spartiates, avec ses chiens. Parfois, il néglige de les sortir. Ceux-ci urinent et provoquent des odeurs dans l'ensemble du bâtiment. Je redoute des dégâts, notamment dans les parquets et planchers. Parfois, il oublie de promener ses animaux, qui font leurs besoins sur la rue devant ma maison et celle des voisins, qu'il ne nettoie pas, ce qui crée des tensions dans le voisinage. Parfois il est charmant, et conscient de ses responsabilités, mais pendant certaines périodes, il me prend de haut, réfute toutes critiques et refuse toute demande. Les errements de comportement de votre client, qui n'est visiblement pas bien dans sa tête, vont peut-être me contraindre à le

prier de débarrasser les lieux, dans les semaines ou mois qui viennent, si nous continuons sur cette mauvaise pente. Je le lui ai dit, mais il ne semble pas avoir bien compris l'enjeu. Pouvez-vous essayer encore une fois de le raisonner ? [...]” Invité à se déterminer sur les nouvelles pièces ainsi produites, l'intimé a requis, le 20 décembre 2016, une décision sur la recevabilité du recours préalablement à toute nouvelle mesure d'instruction sur le fond. Par décision incidente du 11 janvier 2017, la Cour de céans a constaté la recevabilité du recours, les frais et dépens suivant le sort de la cause sur le fond. En annexe à sa duplique du 28 février 2017, aux termes de laquelle il maintenait ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, l'OAI a produit un rapport établi le

- 12 - 27 février 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_ sur dossier. Le Dr B. \_\_\_\_\_ y expose ce qui suit : “[...] Au plan somatique/orthopédique, la situation est claire (RM du Dr G. \_\_\_\_\_ du 10.04.2015) et ne donne lieu à aucune contestation : il existe une atteinte dégénérative des deux genoux imposant des limitations fonctionnelles évidentes. En ce qui concerne l'aspect psychique du problème, la question est plus délicate. ■ Dans son RM [rapport médical] du 11.03.2015, le Dr D. \_\_\_\_\_, MT [médecin traitant] de l'assuré, évoque en premier lieu parmi les affections limitatives quant à la CT [capacité de travail] une « affection psychique complexe intriquée entre un PTSD, une dysthymie, des troubles anxieux, des troubles du sommeil et une dépendance aux opiacés avec substitution à la méthadone depuis les années 2000 ». Dans la suite de son rapport, le Dr D. \_\_\_\_\_ en réfère au Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre, pour ce qui relève de l'atteinte psychique et ne s'exprime en termes de capacité de travail qu'en lien avec l'atteinte ortho- traumatologique. Joint au RM du Dr D. \_\_\_\_\_, figure un rapport de consultation du Projet [...] daté du 13.08.2014 ; dans ce document-là aussi, l'atteinte ortho-traumatologique est mise en avant. Même si la signataire dudit rapport souligne qu'un « suivi psychiatrique serait certainement bénéfique » elle conclut quand même qu'une « reconversion dans un métier non manuel devrait être possible d'autant plus que Monsieur V. \_\_\_\_\_ est motivé à retrouver un travail ». ■ Dans son RM du 17.03.2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre qui suit l'assuré depuis le 06.10.2014 et qui l'avait vu pour la dernière fois le 27.01.2015 conclut à un trouble dépressif récurrent comme diagnostic incapacitant alors qu'il place la dépendance aux opiacés et le traitement substitutif parmi les diagnostics sans effet sur la CT. Il ne s'exprime pas quant à la CT exigible et insiste sur le fait que l'assuré est « désireux d'un reclassement professionnel ». A ce stade de l'instruction, l'ensemble des médecins concernés attestait la nécessité d'un reclassement professionnel. En ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, même si on peut reprocher au RM du Dr J. \_\_\_\_\_ d'être peu explicite, on est en droit de le suivre au plan diagnostique vu sa spécialité et le flou qui entoure le diagnostic psychiatrique incapacitant retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_. Vu que le psychiatre traitant lui-même considérait que la dépendance aux opiacés et la substitution par la méthadone n'interféraient pas avec la capacité de travail exigible, que lui-même, le MT Dr D. \_\_\_\_\_ et la Dre C. \_\_\_\_\_ du projet [...] estimaient que des mesures professionnelles étaient pertinentes, il n'a pas semblé utile de procéder – à ce stade – à une expertise psychiatrique.

- 13 - La Réplique de l'avocat du 10.11.2016, contient un rapport minutieux du Dr D. \_\_\_\_\_ médecin traitant, du 21.10.2016. Le Dr D. \_\_\_\_\_ écrit que dans son rapport AI « sous anamnèse chiffre 1.4 à 1.8 tout a été exposé clairement en ce qui concerne les limitations physiques et psychiques de Monsieur V. \_\_\_\_\_ ». Certes dans son rapport du 11.03.2015 le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionnait l'absence de domicile fixe, mais il en référerait au

Rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_, mentionné ci-dessus, qui était favorable à des mesures professionnelles et au psychiatre pour fixer le taux d'exigibilité. On a vu toutefois, cf. ci-dessus, que le psychiatre traitant ne fixait pas de taux d'incapacité de travail et qu'il favorisait l'idée de mesures professionnelles. En ce qui concerne le diagnostic, le Dr D. \_\_\_\_\_ émet l'hypothèse d'un TDAH. Ce diagnostic n'est pas retenu dans son rapport du 11.03.2015, ce qui est étrange, puisqu'il le suspecte « depuis quelques années » et qu'il le rend responsable d'une bonne partie des manifestations cliniques de l'assuré. Il évoque aussi la possibilité d'un PTSD, affection mentionnée dans le rapport du 11.03.2015, mais sans description clinique adaptée. Les hypothèses diagnostiques du Dr D. \_\_\_\_\_ pâtissent du fait qu'il n'est pas psychiatre (même s'il est formé dans la prise en charge du TDAH) et que le psychiatre traitant ne les évoque nullement. Conclusion : Les documents médicaux disponibles au dossier versés antérieurement au Rapport d'examen SMR du 20.10.2015 et postérieurement à celui-ci ne sont pas de nature à en annuler la pertinence. En effet, si on se limite à la sphère médicale, aucun diagnostic psychiatrique incompatible avec une activité professionnelle adaptée à la pathologie orthopédique des genoux ne figure de manière précise et fondée." Cette dernière écriture et son annexe ont été communiquées le 3 mars 2017 au conseil du recourant pour son information. Par ordonnance du 13 juin 2017, le juge instructeur a informé les parties que la cause paraissant en l'état d'être jugée, la requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant était rejetée. Un délai était en outre impartit à Me Carré pour produire, le cas échéant, une liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire. Le 3 juillet 2017, Me Carré a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

- 14 - 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Il a été constaté, par décision incidente du 11 janvier 2017, la recevabilité du recours, de sorte qu'il s'impose d'entrer en matière sur celui-ci. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office

- 15 - l'ensemble des aspects du droit à la rente litigieux. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée

dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1). 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60 % au moins donne

- 16 - droit à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 4. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2, 9C\_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2 et 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/2006 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles

psychiatriques induits (secondaires à la prise

- 17 - d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et la référence citée ; THONNEY/GAMMETER, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; ROLAND GAMMETER, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; SHIVANI/GOLDSMITH/ANTHENELLI, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; CHRISTINE DAVIDSON, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé lege artis – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion

- 18 - que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance- invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt I 731/2002 du 25 juillet 2003 consid. 2.3). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid.

5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur

- 19 - 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 et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). 6. a) En l'occurrence, l'OAI se rallie pour son analyse aux constatations et conclusions du rapport SMR du 20 octobre 2015. A cette occasion, le Dr B. \_\_\_\_\_ a notamment estimé que l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles orthopédiques aux genoux (pour rappel, une activité sans travaux en terrain irrégulier, genuflexions ni travaux à genoux, avec soulèvement et port de charges de dix kilos au maximum) est raisonnablement exigible à 100 % de la part du recourant, depuis le mois de février 2015. A lecture de l'ensemble des rapports produits, le médecin-conseil du SMR retient l'absence de diagnostic psychiatrique établi de manière précise et fondée qui s'opposerait à l'exercice d'une activité adaptée telle que précitée (avis sur dossier du 27 février 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_). Le recourant conteste cette analyse en se qualifiant de personne « clairement invalide ». Il soutient pour sa part que son état de santé, et notamment psychiatrique, n'a pas suffisamment été instruit par l'OAI. Affecté d'une atteinte psychique sévère multiple avec probable maniaco-dépression, laquelle se traduit entre autres par des errements du comportement constatés par son actuel logeur, il allègue que les renseignements complémentaires de son médecin-traitant, nonobstant l'absence de rapport obtenu de la part du Dr J. \_\_\_\_\_, préconisent en tous les cas une expertise « un peu plus fouillée ». En raison d'atteintes à la santé somatiques et psychiques multiples et invalidantes, cette expertise pluridisciplinaire devrait comporter des volets psychiatrique, orthopédique et, le cas échéant, de médecine interne. b) Sur le plan somatique, précisément orthopédique, les parties conviennent que l'atteinte dégénérative (gonalgies) affectant le

- 20 - recourant à ses deux genoux impose la prise en compte de limitations fonctionnelles en lien avec l'évaluation de la capacité de travail médico- théorique de celui-ci. Si les limitations mises en évidence entravent définitivement la poursuite de l'activité habituelle d'ouvrier dès septembre 2013, elles autorisent toutefois, dès février 2015, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée évitant les travaux en terrain irrégulier, à genoux, n'impliquant pas de genuflexions et sans charges supérieures à dix kilos. c) Sous l'angle psychiatrique, l'OAI n'a procédé à aucune véritable instruction relative à l'état de santé psychique de l'assuré et à d'éventuelles limitations de sa capacité de travail de ce point de vue. Le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a répondu de manière particulièrement laconique au questionnaire qui lui a été adressé. Il indique toutefois qu'une reprise d'une activité professionnelle n'est pas possible sans soutien institutionnel et énonce de sérieuses limitations fonctionnelles sur le plan psychique, quand bien même il se limite à poser le diagnostic, avec répercussion sur la

capacité de travail, de trouble dépressif récurrent. Au vu, par ailleurs, de la situation psychiatrique fluctuante et d'un pronostic défavorable, avec l'absence de domicile fixe depuis plus d'une année et du rapport d'A. \_\_\_\_\_ SA – lequel attestait de rares présences de l'intéressé alcoolisé avec son chien faisant peur aux autres participants en raison de son comportement et son apparence, qui n'avait pas les ressources pour assumer une mesure de ce type et dont les observations lors du stage, interrompu prématurément, démontraient de grandes difficultés sociales qui empêchaient toute réinsertion –, la nécessité d'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique est évidente. Les éléments précités sont d'ailleurs corroborés par le logeur du recourant depuis l'été 2016 qui dénonce des « errements de comportement » chez une personne qui « n'est visiblement pas bien dans sa tête ». Le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_, antérieur au dépôt de la demande de prestations le 21 janvier 2015, ne prend aucunement position sur la capacité résiduelle de travail sous l'angle psychiatrique, se limitant à mentionner qu'une reconversion professionnelle pouvait être envisagée, sans prendre autrement position sur le taux d'activité. La Dresse C. \_\_\_\_\_ mentionne au demeurant un état de stress post traumatique pouvant limiter

- 21 - l'aptitude de l'assuré à entrer dans une démarche d'insertion, en plus des douleurs au genou droit. d) Au vu des lacunes d'instruction, en particulier le caractère quasiment inexistant de l'instruction sur le plan psychiatrique, et compte tenu des atteintes aux genoux ainsi que les autres affections à la santé diagnostiquées par les médecins traitants (notamment une bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO]), les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'état de santé du recourant dans sa globalité, et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. L'intimé n'a entrepris aucune véritable mesure d'instruction, hormis de demander des avis médicaux aux médecins traitants et un très bref avis sur dossier au SMR. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant des examens psychiatrique, orthopédique et de médecine interne conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservé la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts, pour constater précisément l'état de santé de l'assuré et fixer sa capacité résiduelle de travail et de gain. L'expert psychiatre devra notamment se prononcer sur le caractère primaire ou secondaire d'une dépendance aux opiacés et d'une éventuelle dépendance à l'alcool (cf. consid. 4 supra). 7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

- 22 - les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Le recourant peut prétendre une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 3'200 francs. Ce montant comprend une participation à ses frais de représentation par un avocat et les débours indispensables (art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Elle représente une

rémunération horaire de 180 fr. à 220 fr., pour une durée d'activité de treize à quinze heures, et des débours de 100 à 200 francs. Elle couvre intégralement l'indemnité qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 mars 2016 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. \_\_\_\_\_ la somme de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) à titre de dépens.

- 23 - Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Carré (pour V. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies.

- 24 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.