

# VD\_GERICHTE ZD23.042931 vom 20. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.042931](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.042931)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.042931 du 20 février 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD23.042931 del 20 febbraio 2025

## Erwägungen

### E. 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

- 17 - 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). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

### E. 5

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par

conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est,

- 18 - d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

#### **E. 6**

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

- 19 - c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

#### **E. 7**

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de

la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

## **E. 8**

a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 5 juin 2020, confirmée par arrêt du 18 février 2021 de la Cour de céans (CASSO AI 215/20 – 48/2021) entré en force. A l'époque, l'OAI avait octroyé une rente entière d'invalidité pour la période du 1er septembre 2017 au 31 décembre 2018. Cette prestation a été supprimée aux motifs que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière depuis le 18 septembre 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le degré d'invalidité était de 9,56 %, taux insuffisant pour le maintien du droit à la rente.

- 20 - b) Après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2021, l'OAI l'a rejetée sur la base des constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 3 février 2023 des Drs G. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_. Le recourant, de son côté, conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise bidisciplinaire en faisant valoir qu'il ne peut pas exercer une activité lucrative à plein temps, même dans un emploi léger et adapté à ses limitations fonctionnelles, compte tenu de son état de santé défaillant. c) Il convient de rappeler que le SMR avait constaté dans son avis du 14 octobre 2022 que l'assuré présentait au premier plan des douleurs ostéoarticulaires multiples, notamment au niveau sacro-coccygien, qui restaient manifestement en grande partie inexplicables, ainsi qu'une symptomatologie psychique d'ordre dépressive, le tout inscrit dans un contexte psychosocial défavorable. Si une aggravation semblait plausible depuis la première demande – raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande –, les éléments médicaux restaient peu détaillés, notamment au niveau psychique. Le SMR a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, en raison de l'insuffisance des éléments au dossier permettant de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'intéressé. d) Sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6b supra). Il est basé sur des examens approfondis (des entretiens ont eu lieu le 1er février 2023) et repose sur des investigations circonstanciées du cas. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et asséurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les deux experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées par le recourant, relate le status, de

- 21 - même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs (examens approfondis du dossier médical, anamnèses détaillées, status complets, diagnostics précis selon la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé avec limitations fonctionnelles et ressources examinées en fonction de la Mini CIF-APP), conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas d'espèce. e) aa) Sur le plan matériel, les experts ont, aux termes de leurs examens respectifs, évalué la capacité de travail du recourant comme nulle dans toute activité qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues. A l'inverse, ils ont indiqué que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité adaptée. Selon les experts, est adaptée, une

activité sans mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, sans port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le membre supérieur droit, avec une limite de charge à 15 kilos mais sans restriction en-dessous de 7,5 kilos, ni limitation dans les travaux fins (ces restrictions étant celles retenues lors de l'instruction de la demande de prestations initiale), sans déplacement sur des échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus d'un kilomètre, et pas de position à genoux maintenue (limitations supplémentaires liées à la gonarthrose). Selon les experts, des limites ont pu être plus marquées durant quelques mois en hiver 2019 – 2020 à la suite de la séparation conjugale du recourant, ainsi qu'au printemps 2020 dans le contexte du confinement. bb) Sur le plan somatique, l'expert G. \_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant s'agissant de l'épaule droite et du rachis. Par contre, il a retenu que la gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire était à l'origine de quelques nouvelles limitations fonctionnelles. Il a indiqué que ces restrictions ne modifiaient pas son évaluation de la capacité de travail totale dans une activité adaptée. En effet, les nouvelles restrictions (pas de déplacement sur des

- 22 - échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus d'un kilomètre et pas de position à genoux maintenue) restent compatibles avec des activités d'opérateur en industrie légère, contrôle qualité, vidéosurveillance, employé sur machines automatisées ou semi- automatisées, tels que mentionnées à titre d'exemples lors du séjour effectué par le recourant auprès de la CRR en 2018 (cf. avis « juriste- Audition » du 22 septembre 2023). cc) Sur le plan psychique, l'expert P. \_\_\_\_\_ a indiqué les motifs médicaux pour lesquels il se distançait de l'avis du psychiatre traitant (Dr V. \_\_\_\_\_). Il a retenu un trouble anxieux et dépressif chronique (F41.2) sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Selon l'expert psychiatre, il ne pouvait parler d'une péjoration significative depuis la précédente décision du 5 juin 2020. Si les quelques observations rapportées le 1er février 2022 par le psychiatre traitant se recoupaient plus ou moins avec ses propres constats cliniques, même si le recourant niait désormais l'existence d'idées suicidaires scénarisées, l'expert était cependant dans l'impossibilité de confirmer les diagnostics posés par son confrère. Ainsi, on ne pouvait parler d'un trouble maladif de la personnalité (F60/61) selon les définitions strictes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Au jour de l'expertise, il n'était pas constaté chez le recourant de « déviation durable de la façon d'interpréter les choses et les gens, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et de l'interaction avec autrui » ni de « déviation manifeste dans plusieurs domaines de la vie tels que la famille, le mariage, le travail, les loisirs, les collègues et le voisinage ». L'expert psychiatre ne retenait pas un état dépressif majeur/caractérisé, sévère (F32/33). Il a précisé que, selon l'ancienne terminologie, cet état correspondait à la psychose mélancolique laquelle nécessiterait un traitement psychiatrique hospitalier durant plusieurs semaines et persisterait même en l'absence de situation extérieure susceptible de l'expliquer.

- 23 - Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ne pouvait également pas être posé. Selon l'expert psychiatre, l'attention du recourant n'était pas focalisée en première ligne sur les douleurs mais d'abord sur sa situation psychosociale, soit la séparation conjugale demandée par l'épouse et les sentiments et émotions liés à cet événement. En outre, un état « cristallisé » (conflit intrapsychique) n'était pas retrouvé. Par ailleurs, un diagnostic F3 (troubles thymiques primaires, majeurs et caractérisés) excluait le diagnostic F45.4 au vu des définitions précises de la Classification statistique internationale

des maladies et des problèmes de santé connexes. Cela étant précisé, dans le cadre de son évaluation de la capacité de travail du recourant, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif chronique (F41.2) depuis de nombreuses années. Selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, il a rappelé qu'il s'agissait d'un état anxiodépressif fluctuant, chronique. Cette définition s'inscrivait entièrement dans la situation du recourant lequel percevait ses problèmes organiques de façon irréaliste, magnifiés, ce qui était susceptible de s'expliquer en partie par sa faible connaissance des réalités du corps humain. En outre, sa connaissance restreinte du système de santé suisse l'avait conduit à prendre une médication et une sur-médication importantes avec comme effet de causer une aggravation de son comportement d'invalidé. Sur la base de ses propres constatations cliniques, l'expert a détaillé les raisons médicales qui le conduisaient à retenir un diagnostic psychiatrique sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Au jour de son examen, l'expert a observé un tableau clinique superposable à celui décrit en 2011, caractérisé par la présence de nombreuses incohérences, par un retrait social seulement partiel et probablement moindre qu'annoncé, par une souffrance psychologique moyenne (hormis dans le contexte de la séparation conjugale où elle était décrite comme

- 24 - intense), ainsi que par l'absence d'un état « cristallisé » insurmontable (l'intéressé connaissait parfaitement l'origine de ses problèmes de santé). Le tableau était partiellement plausible en regard d'une limitation dans la vie quotidienne moins contraignante que décrite en cas d'une hypothétique reprise d'activité lucrative et des doutes de l'expert psychiatre sur la compliance médicale, malgré une surmédicalisation. Dans ce contexte, le critère du succès ou non du traitement médical n'était pas pertinent. En application de la Mini CIF-APP, l'adaptation aux règles et routines était légèrement diminuée, la capacité de planifier et structurer les tâches était conservée, la flexibilité et l'adaptabilité étaient légèrement entravées comme la mise en pratique des compétences professionnelles. La capacité du recourant d'entreprendre des activités spontanées et de loisir était quant à elle légèrement diminuée comme l'était sa capacité d'endurance. Le recourant était capable de s'affirmer, d'entrer en contact et converser avec des tiers. Sa capacité à s'intégrer dans un groupe était légèrement entravée. Sa faculté à s'engager dans des relations amicales et/ou intimes et à les maintenir était moyennement diminuée. Il était en mesure de prendre soin de lui et se prendre en charge. Sa mobilité était restée au même niveau depuis de nombreuses années (en l'absence du permis de conduire), sans restriction du point de vue psychique. S'agissant du réseau social, il était à la base riche en amis tout comme celui de la « grande parenté ». Ce réseau semblait quelque peu affaibli au jour de l'expertise ; le recourant avait partiellement perdu l'intérêt à maintenir le contact, même si cette perte était probablement moindre qu'alléguée. A l'aune de ces constats médicaux objectifs, l'expert psychiatre a en définitive posé une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de travail du recourant. f) Rien au dossier ne remet en cause le bien-fondé des constatations et conclusions des experts jusqu'à la décision litigieuse du 22 septembre 2023. Ainsi, les rapports médicaux versés au dossier – postérieurement au rapport d'expertise du 3 février 2023 – ne font pas

- 25 - mention de nouvelles atteintes à la santé du recourant dont les experts n'avaient pas déjà connaissance dans le cadre de l'accomplissement de leur mandat. Seule une arthrose avec discopathies d'intensité légère à modérée a été mise en évidence à l'IRM de la colonne cervicale du 20 juin 2023. Or, la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2021 ne

mentionne pas cette arthrose en tant qu'atteinte à la santé. Elle signale uniquement des problèmes de dos depuis 2005, d'épaule depuis 2016 ainsi qu'une dépression depuis 2020. Cela confirme que l'arthrose avec discopathies décelée au mois de juin 2023 n'est en aucun cas sévère ou importante et qu'elle ne saurait dès lors se comprendre comme une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Le rapport du 24 mai 2023 adressé au Dr V. \_\_\_\_\_ par le psychologue, psychothérapeute FSP et sexologue diplômé L. \_\_\_\_\_ ne fait pas mention d'élément médical nouveau dont les experts n'auraient pas tenu compte. En effet, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) évoqués ont tous été discutés par l'expert psychiatre qui a exposé les motifs médicaux pour lesquels il était dans l'impossibilité de les confirmer. De plus, malgré l'annonce d'une dégradation de l'état de santé, il n'y a aucune description d'un suivi hospitalier d'urgence dont il n'y a d'ailleurs pas trace au dossier ou d'une intensification du suivi et de la prise en charge thérapeutique depuis juin 2021. L'auteur de ce rapport se borne à opposer un avis divergent, fondé sur les plaintes, listant diverses pathologies dont l'état de santé fragile du recourant ne lui permettrait plus d'exercer une quelconque activité lucrative. Aussi, le sexologue diplômé L. \_\_\_\_\_ n'objective-t-il pas son appréciation de l'incapacité de travail totale annoncée, si bien que son avis n'est pas apte à sérieusement mettre en doute l'évaluation probante de l'expert psychiatre. Quoiqu'en dise le recourant, en notant que le réseau social réduit était à la base riche en amis tout comme celui de la « grande parenté » et que ce réseau semblait quelque peu affaibli au jour de l'expertise, l'expert a bien intégré les

- 26 - données anamnestiques dans le cadre de sa discussion des éléments de cohérence au dossier effectuée à la lumière des différents indicateurs jurisprudentiels applicables en la matière (cf. consid. 7 et 8e/cc supra). Le recourant n'est guère plus convaincant lorsqu'il fait valoir l'absence d'amélioration de la situation depuis 2011 avec l'aggravation de ses troubles psychiques, ce que l'expert confirmerait pour partie en indiquant la possibilité d'une fluctuation dépressive plus marquée lors de la séparation conjugale d'octobre 2019. Le recourant perd en effet de vue qu'en lien avec la souffrance psychologique décrite comme intense dans le contexte de la séparation conjugale par l'expert psychiatre, ce dernier a bien indiqué la réserve de limites plus marquées durant quelques mois en hiver 2019 – 2020 à la suite de cet événement familial. Aussi, cet élément temporaire ne remet pas en cause l'évaluation expertale d'une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues malgré ses ennuis de santé. Dans son rapport du 28 juin 2023, le Dr I. \_\_\_\_\_ retient que le recourant est incapable d'exercer son activité habituelle ainsi que probablement toute autre activité compte tenu de ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 3 kilos, pas de travail en position assise ou accroupie ou en station debout ou assise prolongée ou avec les bras au-dessus des épaules). Cette évaluation de la situation se base sur une tentative de réinsertion professionnelle qui n'a pas réussi en raison de douleurs importantes du recourant déjà après une journée d'activité. En l'espèce, les experts avaient connaissance de la situation vécue par le recourant au cours des quatre années après sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, ils ont noté que celui-ci avait mis en échec toutes les mesures mises en place, tant sur le plan professionnel que thérapeutique, et ont indiqué que le séjour à la CRR en 2018 avait mis en évidence des facteurs contextuels, des incohérences et des autolimitations (cf. rapport d'expertise du 3 février 2023, p. 17). Cela

n'a toutefois pas conduit les experts à modifier leur évaluation d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée. En effet, il convient de rappeler que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

- 27 - l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 5.3 ; TF 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références citées). Enfin et quoi qu'en dise le recourant, les avis médicaux signés par le DrM. \_\_\_\_\_ sont convaincants. De tels documents ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux récoltés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). g) A la lumière des éléments figurant au dossier, il y a lieu de constater au final que la situation du recourant ne s'est pas sensiblement modifiée sur le plan médical depuis la décision du 5 juin 2020 et que, partant, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA doit être écartée. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI), à la suite de la nouvelle (deuxième) demande déposée le 11 novembre 2021.

## **E. 9**

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 28 - d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Christine Raptis peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 13 septembre 2024, ces opérations sont justifiées. L'indemnité de Me Raptis est ainsi arrêtée à 2'859 fr. 10 ([une heure et trente-cinq minutes x 180 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ] + 7,7 % [TVA 2023] + [douze heures et vingt-cinq minutes x 180 fr.] + 5 % [débours] + 8,1 % [TVA 2024]), débours et TVA compris pour la période du 8 novembre 2023 au 13 septembre 2024. e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).