

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Berberat et Mme Feusi, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Robert Ayrton, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'une équivalence au CFC de monteur-électricien délivrée par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail (ex-OFIAMT, actuellement intégré au SECO [Secrétariat d'Etat à l'économie]) à Berne. Il a œuvré en dernier lieu en qualité d'électricien, à plein temps, rémunéré à l'heure pour diverses missions temporaires au profit d'agences en placement de personnel sises à [...].

Le 9 janvier 2009, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et/ou d'une rente, se prévalant d'une affection rhumatismale chronique (au dos et aux jambes), d'une colite ulcéreuse chronique hémorragique au côlon et d'une dépression.

Dans le cadre de l'instruction de cette première demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés (rapport du 2 février 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et rapport du 16 février 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Il a ensuite confié une expertise pluridisciplinaire au P.\_\_\_\_\_ (P.\_\_\_\_\_) à [...]. Les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, ont établi leur rapport le 7 août 2009. Ils ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de forme distale de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) de type proctosigmoïdite, évoluant par poussées depuis octobre 2007, actuellement stable et en rémission sous traitement, et ceux, sans effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), d'anxiété généralisée (F41.1), de rachialgies chroniques, sans substrat anatomique ou maladie chronique susceptible de les expliquer, ainsi que de talalgie gauche sur fasciite plantaire. Ils ont précisé que les troubles psychiques

étaient présents depuis un à deux ans alors que ceux somatiques remontaient à environ une dizaine d'années. Les experts ont uniquement énoncé des limitations (qualitatives et quantitatives) influençant la capacité de travail sur le plan gastroentérologique en indiquant que des « troubles digestifs interfèrent avec l'activité en engendrant un stress qui paraît surdimensionné par rapport à la gravité de l'affection, même s'il paraît tout à fait clair qu'en phase aiguë cette maladie puisse justifier une baisse de rendement, voire une incapacité de travail lorsqu'elle est en phase très active ». Ils ont ensuite retenu que, dans l'activité habituelle comme dans des activités adaptées, la capacité de travail avait été complète sous réserve d'une incapacité de travail de 20 % sur le plan somatique, admise par périodes depuis le diagnostic de rectocolite à l'automne 2007, la situation semblant « actuellement assez bien stabilisée ». Au final, les Drs J.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ n'ont pas jugé opportunes des mesures de réadaptation professionnelle pour autant que les périodes de rémission de la rectocolite fussent longues et les rechutes pas trop sévères, ce qui était le cas lors de l'expertise pluridisciplinaire.

Le 5 octobre 2009, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente. Selon ses constatations, l'intéressé bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son ancienne profession ou dans des activités adaptées à son état de santé, avec l'indication que « mis à part la nécessité d'avoir des toilettes à proximité, il n'y [avait] aucun rendement diminué ». Un taux d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas droit à une rente. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 25 février 2011, l'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en raison d'atteintes à la santé depuis 2007 sous la forme de maladie de Crohn et d'un état dépressif lié. L'OAI a refusé d'entrer en matière (décision du 4 juillet 2011).

**C.** Le 18 novembre 2014, A.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente en indiquant souffrir de maladie de Crohn depuis 2007.

L'OAI s'est vu remettre les pièces médicales suivantes :

- un rapport de coloscopie du 18 juin 2013 mettant en évidence des hémorroïdes internes de stade I et une rémission clinique / endoscopique complète d'une rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) avec atteinte sur 30 cm. Il y était mentionné que le traitement médical allait être simplifié avec interruption progressive de l'Imurek® et des suppositoires de Salofalk® ;
- un rapport anatomo-pathologique du 20 juin 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_ d'I. \_\_\_\_\_ à [...], dont il ressort notamment que divers fragments récoltés à la suite de biopsies (muqueuse intestinale grêle, muqueuse colique et muqueuse colique / rectale) présentaient tous une cellularité du chorion dans les normes ;
- un rapport du 3 décembre 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, où il est écrit que l'assuré souffrait d'une RCUH avec atteinte recto-sigmoïdienne sur environ trente centimètres depuis 2007. Cette maladie chronique récidivante avec des crises répétées était traitée par Imurek® 150 mg/j., Salofalk® 4g/j. po et Salofak® suppositoires 500 mg 1j. sur 2 ;
- un rapport rédigé le 8 décembre 2014 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et R. \_\_\_\_\_, psychologue spécialisé en psychothérapie FSP, posant les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (CIM 10 : F33.2) et de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (CIM 10 : F60.31). Qualifiant le pronostic de défavorable, ils estimaient qu'en raison de son état dépressif chronique, ses problèmes de maladie de Crohn et son anxiété croissante face à ses problèmes de santé physique et psychique, l'assuré était incapable de se projeter dans une activité professionnelle et présentait une totale incapacité de travail.

Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant, a adressé à l'OAI un rapport du 11 décembre 2014 en indiquant que son patient présentait un état dépressif chronique, une RCUH avec atteinte rectosigmoïdienne et des lombalgies chroniques (angiome L3 à L5) depuis plusieurs années. Pour ce médecin, l'incapacité de travail était totale aux dires de l'assuré compte tenu d'une nette péjoration de l'état de santé tant somatique que psychiatrique. Était joint en particulier, un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 11 mars 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l'[...] ([...]) à [...] pour exploration.

Aux termes d'un avis du 28 janvier 2015, établi sur dossier, le Dr C.\_\_\_\_\_, néphrologue au SMR, a fait part à l'OAI de l'absence de signes objectifs de la maladie digestive chronique évoluant toujours par crises avec des phases de rémission et des phases d'exacerbation ; l'examen endoscopique produit ne retrouvait pas de signes de péjoration. Ce médecin notait que l'affection déclarée sur le plan psychiatrique passait désormais au premier plan. L'argumentaire du psychiatre était cependant essentiellement à dominante psycho-sociale et pas suffisamment étayé sur le plan médical pour admettre une appréciation se distançant de l'expertise de 2009 où il avait été retenu une capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée.

A la suite de la contestation élevée les 16 février et 19 mai 2015 par l'assuré, assisté à l'époque de Me Jean Lob, l'OAI a, par décision du 5 juin 2015, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 18 novembre 2014.

Par acte de son conseil du 16 juin 2015, l'assuré a déféré cette décision au tribunal cantonal. Par arrêt du 7 décembre 2015 (CASSO AI 170/15 - 310/2015), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision rendue le 5 juin 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision. En substance, la Cour a considéré que l'intéressé avait rendu plausible une péjoration de son état de santé

psychique depuis la décision du 5 octobre 2009 (cf. CASSO AI 170/15 - 310/2015 du 7 décembre 2015, consid. 5).

**D.** Après être entré en matière sur la demande, l'administration a confié une expertise pluridisciplinaire au P.\_\_\_\_\_. Les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ont établi leur rapport le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Ils ont posé les diagnostics suivants :

“1. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun.

1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0) depuis plus de quinze ans.
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) jusqu'à présent trois épisodes dépressif, premier épisode documenté en automne 2008.
- Dysthymie (F34.1) existant depuis 2007.
- Rachialgies chroniques sans substrat anatomique.
- Méniscopathie interne au genou droit.
- Recto-colique ulcéro-hémorragique dès 2007.”

Dans leur rapport, les experts précités se sont notamment exprimés en ces termes sur l'état de santé de l'assuré :

“Situation actuelle et conclusions  
DIAGNOSTICS

Sur le plan de la médecine interne, Monsieur A.\_\_\_\_\_ annonce être en rémission d'une recto-colite hémorragique distale, mais que tout sevrage de l'Imurek ou du Salofalk est assorti de récives de rectorragies.

Il ne décrit pas actuellement de troubles digestifs, à part, semble-t-il, un reflux gastro-œsophagien. Les examens sanguins effectués le 19.05.2017 témoignent de l'absence d'un processus inflammatoire ou infectieux. Il n'y a pas d'anémie. Les tests du foie sont normaux. La fonction rénale est normale avec une créatinine à 80 µmol/l alors qu'elle se situait à 128 le 25.11.2015, faisant comme d'habitude craindre un effet secondaire lié au Salofalk. Ceci ne semble donc pas être le cas.

L'état général est conservé, il pèse actuellement 94 kg, traduisant ainsi une surcharge pondérale. En 2009, il pesait 84 kg.

En conclusion, Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente une procto-sigmoïdite chronique avec des phases d'exacerbation toujours brèves et annoncées lors de tentatives de sevrage du traitement d'Imurek introduit en 2008. De fait, son traitement ne s'est pas modifié dès 2009, ni d'ailleurs la présentation clinique, si bien que les conclusions sont toujours les mêmes, à savoir que sur le plan de la médecine interne, Monsieur A. \_\_\_\_\_ peut être gêné lors des exacerbations aiguës, mais qu'en soi, sa capacité de travail reste complète. Lors d'exacerbations aiguës, notamment avec présence de diarrhées, un accès facilité aux WC s'impose, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Sa capacité de travail dans l'activité habituellement exercée reste donc de 100%, il n'y a pas de perte de rendement en dehors des exacerbations aiguës.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies basses accompagnées de dysesthésies de caractère non métamérique dans l'ensemble de la cuisse gauche associées, d'après les données du dossier, à une entéro-colopathie.

La question qui s'est posée dans le passé, notamment lors de l'expertise de 2009, était de savoir s'il pouvait s'agir d'une spondylarthropathie séronégative, notamment à l'époque en raison d'une raideur matinale vertébrale douloureuse de plus de vingt minutes et de la présence d'une enthésite au talon gauche. L'absence de lésion des articulations sacro-iliaques, l'absence de syndrome inflammatoire et la négativité de l'antigène HLA-B27 avaient fait écarter ce diagnostic et retenir celui de rachialgies chroniques sans substrat anatomique ou maladie chronique susceptible de les expliquer. Depuis, même si on retrouve des éléments de symptomatologie comparables à ceux de 2009, le tableau est un petit peu modifié dans la mesure où il existe des dysesthésies de l'ensemble de la cuisse gauche qui ne répondent pas à un territoire radiculaire ou tronculaire.

L'IRM lombaire réalisée le 11.03.2014 a conclu à l'absence de discopathie lombaire susceptible d'expliquer une telle symptomatologie (pas de déshydratation discale, pas de hernie discale).

Le Dr G. \_\_\_\_\_, radiologue, qui a réalisé l'injection d'un produit de contraste lors de cette IRM, décrit des articulations sacro-iliaques sans anomalie. Il ne visualise pas non plus d'insertionite ou de bursite, mais une prise de contraste relativement significative autour du ligament interépineux L5-S1. Celui-ci n'est pas douloureux à la palpation lors de l'examen clinique de ce jour, même s'il avait été noté exquisément douloureux lors de l'expertise de 2009. En l'absence d'inflammation sacro-iliaque, aujourd'hui comme en 2009, il n'est pas possible de retenir le diagnostic de spondylarthropathie séronégative. Ni les critères d'AMOR de 1990 ni les critères européens de 2010 ne sont réunis.

Au niveau cervical, l'examen clinique permet de constater des amplitudes et une mobilité quasi normales, l'expertisé signalant qu'il ne peut effectuer des rotations aussi amples que par le passé, mais conservant une mobilité spontanée excellente, à peine meilleure que celle constatée lors de l'examen. Les irradiations aux bras jusqu'aux coudes ne correspondent là non plus à aucun territoire radiculaire ou tronculaire. Elles débordent largement les zones de projection habituelles des cervicalgies communes.

Les radiographies du rachis cervical, dorsal, et lombaire réalisées lors de la présente expertise ne montrent que quelques banales lésions dégénératives non spécifiques.

Pour ces raisons, le diagnostic de rachialgies chroniques sans substrat, qui avait été porté en 2009, est toujours maintenu actuellement.

L'expertisé se plaint de son genou gauche et s'est présenté avec une genouillère portée au genou gauche.

Questionné spécifiquement, il ne fait pas état de douleurs au genou droit. Pourtant celui-ci a présenté objectivement en octobre/novembre 2015, un œdème condylien fémoral interne et une méniscopathie interne du genou droit débutante. Ceux-ci n'ont pas de traduction radiologique, les radiographies y compris en position schuss sont normales. L'œdème osseux condylien interne a été résolutif puisque l'expertisé ne se plaint plus de son genou droit avec une palpation condylienne et de l'interligne interne indolore.

Des troubles dégénératifs débutants du compartiment interne chez un homme de 50 ans ayant un morphotype en genu varum sont de constatation banale et ne sont pas source de limitation fonctionnelle.

En ce qui concerne le genou gauche, la flexion à 120° est moindre qu'à droite. Il y a des douleurs sur l'interligne interne. Les radiographies en charge sont, comme à droite, normales. Il est possible que débute également au genou gauche une méniscopathie interne telle qu'elle a été objectivée en 2015 à droite, dont l'évolution a été favorable, ne permettant pas ici, non plus, de retenir de limitation fonctionnelle.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ met surtout en avant une fatigue principalement matinale, qui a désormais pris le pas sur le dérouillage matinal qui était noté en 2009 sous forme d'une raideur vertébrale douloureuse de plus de vingt minutes. Il semble que Monsieur A. \_\_\_\_\_ fasse plus état de cette fatigue, de cette dysesthésie de l'ensemble de la cuisse gauche beaucoup plus que d'un véritable dérouillage, disant qu'elle peut durer jusqu'à 11 heures alors que l'analyse de la mobilité du rachis lombaire réalisée vers 10 heures ce matin nous montre une souplesse lombaire et dorsale normale. Nous n'avons pas observé cette fatigue lors de la présente évaluation.

Par ailleurs, s'il attribue ses douleurs à sa maladie digestive, il dit avoir constaté qu'elles augmentent lorsqu'il baisse l'Imurek de

quatre à trois comprimés, ce qui réactive la douleur du genou gauche qui est pourtant clairement mécanique, sans arrière-pensée d'un éventuel rhumatisme inflammatoire axial ou périphérique tel qu'il a été discuté par le passé et encore lors de la présente évaluation.

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive chronique depuis 2007 réactionnelle à ses problèmes physiques : humeur dépressive durant 4 heures ou plus chaque jour, d'intensité estimée à 9/10 ; anhédonie, repli social (se sent jugé par les gens), perte de la libido ; n'a pas d'appétit il a perdu 10 kg depuis 2010 (ce qu'il attribue à sa maladie) ; il a des difficultés à s'endormir, se réveille régulièrement ; se sent épuisé dès le réveil ; depuis 2010 il a perdu confiance et l'estime de lui-même, se sent inutile ; il a des difficultés à se concentrer ; il est pessimiste, il craint mourir d'un cancer du côlon à 56 ans comme son père et il dit à ce propos qu'il ne lui reste que six ans pour vivre ; il lui arrive d'avoir des idées suicidaires (se jeter d'un pont) lorsqu'il voit souffrir son fils depuis six mois.

Il vérifie 5 à 6 fois par jour si la cuisinière est bien éteinte, car il a peur que cela ne prenne feu. Il ne se plaint pas de symptômes d'anxiété généralisée.

En 2010, durant la révolution tunisienne, des manifestants ont commencé à casser la voiture où il se trouvait. L'expertisé et sa famille ont dû fuir. Il dit qu'il y avait des incendies un peu partout autour d'eux. L'expertisé pense souvent à cet événement, il a des cauchemars réguliers, il ne sait pas si cela est lié, mais il rêve de gens agressifs, d'incendies. Il est depuis cet événement retourné en Tunisie, mais pas au même endroit.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'il ne fait pas grand-chose de ses journées, il reste la plupart du temps chez lui, ne sort plus que pour se rendre à ses rendez-vous chez le médecin et le physiothérapeute. Son épouse assume les activités ménagères, les commissions, l'administration et s'occupe de leur fils. Il ne conduit jamais, mais se déplace en transports publics, il est venu seul en train pour les rendez-vous d'expertise. Il regarde la télévision une fois par semaine au maximum. Il ne fréquente personne depuis deux à trois ans, il a arrêté tout contact avec sa famille depuis cette époque. Il n'a pas de contacts non plus avec sa belle-famille.

L'examen psychiatrique montre un homme plutôt négligé dans son apparence. Il se contente de répondre aux questions. Lors de l'anamnèse systématique psychiatrique, il répond quasi systématiquement par l'affirmative à toutes les questions.

L'expertisé est démonstratif et paraît majorer ses plaintes, l'expert interniste observe le même comportement au niveau des plaintes physiques. L'expert psychiatre ne se sent pas touché par la souffrance psychique exprimée par l'expertisé. L'humeur est légèrement dépressive, l'expertisé se dit triste, pessimiste. L'expertisé peut se montrer souriant, notamment à la fin de l'entretien, lorsqu'il me dit en riant qu'il n'a pas encore été hospitalisé en hôpital psychiatrique. L'expertisé n'est pas ralenti et

aucun signe patent de trouble cognitif n'est relevé. Le contenu de la pensée est fixé sur ses problèmes physiques et sur le fait qu'il se sente au bout du rouleau, inutile, car il ne peut plus ramener de l'argent à la maison.

En conclusion, l'expert de médecine physique et de réhabilitation retient le diagnostic de rachialgies chroniques sans substrat anatomique. L'expertisé adopte une attitude démonstrative, et surajoute d'autres plaintes sans substrat somatique (comme le mentionne l'expert interniste). L'expertisé craint de mourir comme son père à 56 ans, il craint pour l'évolution de sa maladie. Il semble fixé dans une attitude d'handicapé, il délègue toutes les tâches à son épouse. Il existe un contexte de difficultés financières, son épouse est sans emploi, il n'arrive plus à soutenir financièrement sa famille en Tunisie. L'expression de la souffrance laisse indifférent l'expert psychiatre. Pour ces raisons nous retenons un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0), depuis plus de quinze ans.

La symptomatologie dépressive est chronique, sans aucune phase de rémission depuis 2007, exacerbée depuis 2010 (événement traumatisant en Tunisie) et maintenue par les problèmes de santé de son fils depuis deux ans. Cette symptomatologie est réactionnelle aux problèmes physiques d'après les dires de l'expertisé. L'observance thérapeutique au traitement antidépresseur était mauvaise en 2009 (voir expertise du Dr J. \_\_\_\_\_). Actuellement l'expertisé malgré la souffrance psychique qu'il met en avant ne prend quasiment aucun psychotrope, si ce n'est une fois par semaine de la quiétapine et du zolpidem pour dormir. Le suivi psychique est par contre régulier. Notre examen psychiatrique ne relève qu'une symptomatologie dépressive légère. Des épisodes dépressifs ont été documentés par ses deux psychiatres traitants et un expert psychiatre. Nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) ce diagnostic peut expliquer les phases d'exacerbation de la symptomatologie dépressive, probablement jusqu'à présent trois épisodes dépressifs, premier épisode documenté en automne 2008. Nous relierons la symptomatologie dépressive résiduelle à un diagnostic de dysthymie (F34.1) existant depuis 2007 d'après les dires de l'expertisé.

Il se plaint d'une symptomatologie d'état de stress post-traumatique qui ne semble pas suffisante pour retenir ce diagnostic. Néanmoins il dit avoir augmenté sa consommation d'alcool à un litre et demi de bière par jour, pour oublier. A noter qu'aucun de ses psychiatres traitants ne mentionne cette symptomatologie dans leurs rapports de 2011 et 2014. La discrète symptomatologie de vérification est à mettre sur le compte de la crainte de provoquer un incendie en lien avec l'événement qu'il a vécu en 2010.

Nous ne retrouvons pas de traits de personnalité pathologique, notamment émotionnellement labile de type borderline, diagnostic posé par son psychiatre traitant dans son rapport médical de 2014, mais sans aucune description clinique.

Les craintes de l'expertisé autour de sa maladie sont à mettre sur le compte de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

### PERSONNALITE

Il se décrit avant 2007, avant qu'il ne tombe malade de sa RCUH, comme quelqu'un qui était sociable, qui discutait avec tout le monde, qui avait envie de toujours réussir, qui était travailleur, qui avait une bonne estime et une confiance en lui. Il était trop généreux, il aidait les gens. Il aurait préféré être moins généreux. Il n'avait aucun problème relationnel.

La recherche de traits de personnalité borderline est négative : il n'y a pas de notion d'instabilité des relations interpersonnelles, ni d'impulsivité marquée, ni d'effort pour éviter les abandons, ni de mode de relation interpersonnelle instable et intense, ni de comportement ou geste, ou menace auto-agressive, ni d'instabilité d'humeur, ni de sentiment chronique de vide, ni de contrôle difficile de sa colère, ni d'idéation persécutoire ou symptômes dissociatifs transitoires. L'expertisé ne buvait, jusqu'en 2010, qu'une à deux bières par semaine. Depuis, il boit un litre et demi de bière blonde par jour, en général seul, pour oublier ses soucis. Il boit en cachette de sa femme qui lui demande de diminuer la boisson. Il lui arrive parfois d'être agressif avec sa femme, mais jamais physiquement. Il n'a jamais eu de retrait de permis. Aucun médecin ne lui a dit de limiter sa consommation d'alcool. Aucun trait de personnalité pathologique n'a été décelé dans son histoire personnelle ni à l'examen psychiatrique.

### RESSOURCES

#### Ressources personnelles et externes

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas d'affection somatique remettant en cause les ressources de l'expertisé.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, l'expertisé ne présente pas de lésions objectives susceptibles de limiter son autonomie dans les activités quotidiennes.

Sur le plan psychique, l'expertisé a pu respecter le cadre de l'expertise. Il a pu collaborer avec les experts. Il a pu se déplacer seul en train pour les rendez-vous. Son aptitude à la communication est préservée. Il dit être replié sur sa famille et ne fréquenter personne d'autre. Il dit ne rien faire à la maison et que sa femme doit tout prendre en charge.

### TRAITEMENT

Sur le plan de la médecine interne, Monsieur A. \_\_\_\_\_ bénéficie du même traitement inchangé depuis 2008.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, le traitement a été effectué suivant les règles de l'art. Il est heureux qu'il n'y ait pas eu des traitements plus agressifs concernant les douleurs diffuses centralisées sur le rachis. L'expertisé nous a dit réaliser des exercices personnels de gymnastique au sol uniquement

dans ses périodes de blocage. Ce type d'exercice mériterait d'être réalisé quotidiennement, préventivement, afin d'améliorer le tonus général, de se dynamiser, ce qui est probablement médico-théorique chez un expertisé assez passif. Toutefois, il a pu faire de l'aquagym en 2016, mais ne l'a pas poursuivi de façon personnelle.

Sur le plan psychique, la psychothérapie semble bien investie par l'expertisé. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire au vu de notre actuelle évaluation de proposer d'autres mesures thérapeutiques.

#### READAPTATION

Sur le plan de la médecine interne, pas d'indication à une réadaptation.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, il n'y a pas d'indication à une réadaptation, celle-ci n'est pas nécessaire.

Sur le plan psychique, exigible, mais risque probablement d'être compliquée par la fixation de l'expertisé dans une attitude de malade physique.

#### COHERENCE

Sur le plan de la médecine interne, nous observons quelques incohérences sous la forme par exemple d'une perte de force du membre inférieur gauche en situation d'examen ou de l'annonce d'une hypoesthésie globale circonférentielle isolée du membre inférieur gauche, cliniquement difficilement explicable.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, il existe quelques divergences entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale : ce n'est pas tant la présence d'un signe de Waddell, de l'observation d'amplitude du rachis cervical à peine meilleure spontanément que lors de l'examen, que surtout l'amélioration de la douleur clairement mécanique du genou gauche par le traitement de l'entéro-colopathie, qui ne peut s'expliquer par aucun mécanisme. De même, les irradiations des cervicalgies aux bras jusqu'aux coudes débordent largement les zones de projection habituelles des cervicalgies communes. De plus, l'utilisation d'une canne n'est pas étayée par des limitations objectives de la fonction.

Même si Monsieur A. \_\_\_\_\_ est un peu démonstratif, cette démonstrativité ne revêt qu'une ampleur discrète et ne constitue pas un phénomène d'exclusion, l'interprétation de l'expertise est valable.

Sur le plan psychique, l'expression de la souffrance psychique laisse indifférent l'expert, qui a le sentiment que Monsieur A. \_\_\_\_\_ amplifie ses plaintes, par exemple en répondant à chaque fois par l'affirmative aux questions de l'anamnèse systématique psychiatrique. Les plaintes importantes ne sont pas en accord avec l'absence de traitement psychotrope, même si l'expertisé explique cela en mettant en avant des effets secondaires digestifs des psychotropes. Par contre, la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes.

### CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, 100% sans perte de rendement.

Sur le plan de la médecine physique et de réadaptation, complète.

Sur le plan psychique, on ne retient aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique. La capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement."

Dans un avis du 12 février 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée. En présence de diagnostics non incapacitants, sans limitation fonctionnelle physique ou psychique, le médecin du SMR a confirmé une pleine capacité de travail dans toute activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, sans diminution de rendement.

A la suite de la contestation élevée les 9 mars et 10 avril 2018 par l'assuré, l'OAI a, par décision du 29 juin 2018, rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité) du 18 novembre 2014. Selon ses investigations, depuis août 2009 (le délai d'attente débutant en octobre 2008), il n'existait aucune atteinte, tant sur le plan psychique que somatique, entravant l'exercice par l'assuré de son activité de monteur-électricien, à 100 %, du moment qu'elle pouvait « s'exercer à proximité de toilettes si besoin ». Dans un courrier d'accompagnement faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a confirmé la valeur probante du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> novembre 2017 du P. \_\_\_\_\_.

**E.** Par acte du 4 septembre 2018, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Robert Ayrton, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente complète d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 ou à une date antérieure « que la Cour de céans dira ». Il soutient que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2017 ne retranscriraient pas fidèlement sa réalité quotidienne « faite de souffrances physiques et psychiques insupportables ». Il conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de

monteur-électricien depuis août 2009. Sous le bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figurait notamment :

- un rapport établi le 3 septembre 2018 par le Dr K. \_\_\_\_\_, libellé comme suit :

“CERTIFICAT MEDICAL

Concerne : A. \_\_\_\_\_  
Né le [...]

Le patient susnommé souffre d'une RCUH avec atteinte rectosigmoïdienne connue depuis 2007. Depuis 10-15 jours, il présente une aggravation de ses symptômes qui a donc motivé une augmentation de son traitement immunosuppresseur. Il s'agit d'une maladie chronique avec tendance aux récurrences motivant un traitement immunosuppresseur au long cours.”

Le recourant requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 2 octobre 2018, l'OAI a produit son dossier et conclut au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée.

Le 5 octobre 2018, le juge instructeur a communiqué cette dernière écriture au recourant en l'informant de la possibilité de consulter le dossier au greffe du tribunal.

Le 30 octobre 2018, le recourant a produit la formule de demande d'assistance judiciaire dûment complétée par ses soins et accompagnée des pièces justificatives.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande de prestations.

**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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**b)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies.

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par

l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. 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'OAI du 5 octobre 2009, qui lui refusait le droit à la rente, précisant qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son ancienne profession ou dans des activités adaptées à son état de santé et que « mis à part la nécessité d'avoir des toilettes à proximité, il n'y [avait] aucun rendement diminué ». Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves (cf. consid. 3b supra).

Se conformant à l'arrêt de renvoi du 7 décembre 2015 de la Cour de céans (CASSO AI 170/15 - 310/2015), après être entré en matière sur la dernière demande, l'office intimé a estimé, sur le fond, que depuis août 2009, le recourant bénéficiait d'une capacité de travail à 100 % dans son activité de monteur-électricien, moyennant qu'elle pouvait « s'exercer à proximité de toilettes si besoin ». Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'office intimé a retenu que depuis la décision du 5 octobre 2009 ayant abouti au rejet de la précédente demande relative au même objet, le degré d'invalidité de l'assuré restait insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant conteste ce point de vue. Il soutient que l'évaluation de sa capacité de travail est erronée, alléguant que ses douleurs physiques et psychiques « insupportables » expliqueraient qu'il n'est plus en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il produit en ce sens un rapport établi le 3 septembre 2018 par le Dr K.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan somatique, précisément rhumatologique, les experts de 2009 n'avaient pas retenu de diagnostics invalidants. Les rachialgies chroniques ne présentant pas de substrat anatomique, ces atteintes ne justifiaient aucune invalidité permanente ni incapacité de travail importante et de longue durée.

A l'été 2017, l'expert de médecine physique et de réhabilitation du P.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics non incapacitants de rachialgies chroniques sans substrat anatomique et de méniscopathie interne au genou droit, en présence d'un assuré qui adopte une attitude démonstrative, et surajoute d'autres plaintes sans substrat somatique (comme l'indique l'expert interniste). A l'instar de ceux de l'époque, l'ensemble des nouveaux examens réalisés en 2017, comme d'ailleurs les pièces médicales produites par l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande, n'ont pas permis d'objectiver les douleurs alléguées. Cela étant, le diagnostic de rachialgies chroniques sans substrat posé en 2009 reste actuel en l'absence de changement constaté depuis par les experts somaticiens.

**c)** Sous l'angle gastroentérologique, les experts ont posé en août 2009 le diagnostic invalidant de forme distale de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) de type proctosigmoïdite évoluant par poussées depuis octobre 2007. Notant un état stabilisé et en rémission sous traitement, ils admettaient un caractère incapacitant temporaire en phases aiguës de la maladie avec pour unique limitation fonctionnelle, la nécessité d'accès aux toilettes. Ainsi, hors périodes de crises, cette atteinte à la santé n'avait pas de caractère incapacitant.

Après avoir rappelé que l'assuré est affecté de rectocolite ulcéro-hémorragique diagnostiquée en automne 2007, les experts mandatés en 2017 relèvent l'absence de récurrence de la maladie sous traitement d'Imurek® à 200 mg par jour, les rechutes étant uniquement survenues lors des tentatives de sevrage, en l'occurrence par la diminution de posologie de Salofalk® ou d'Imurek®. Ils notent en conséquence que le traitement d'Imurek® introduit dès 2008 ou 2009 a été conservé malgré l'anamnèse de rechutes symptomatiques sous la forme de rectorragies, d'impériosité, de faux besoins, voire de douleurs abdominales. Aux dires de l'assuré, ce traitement bien toléré, a pour résultat un transit régulier, avec une selle matinale par jour. Lors de périodes d'acutisation, l'intéressé est sujet à diarrhées mais sans claire incontinence, ou alors uniquement lors d'efforts ou de toux. La coloscopie de 2013 figurant au dossier concluait d'ailleurs à une rémission clinique et endoscopique complète. Le traitement d'Imurek® n'a pas pu être diminué en-dessous de 200 mg par jour sans risquer une rechute. Forts de ces constatations, les experts du P.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) dès 2007 déjà connu de leurs confrères experts en 2009.

Le rapport établi le 3 septembre 2018 par le Dr K.\_\_\_\_\_ produit par le recourant est insuffisant pour remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2017 du P.\_\_\_\_\_. Cette pièce médicale fait état, sommairement, et sans description de constatations cliniques ni autre précision, d'une aggravation des symptômes de l'atteinte diagnostiquée, depuis le mois d'août 2018, qui a motivé une augmentation du traitement immunosuppresseur. Toujours selon ce rapport, l'assuré souffre d'une maladie chronique avec tendance aux récurrences motivant un traitement immunosuppresseur au long cours. Comme l'observent toutefois les experts du P.\_\_\_\_\_, la présentation clinique et le traitement en cours en 2017 et en 2009 sont les mêmes. L'atteinte est chronique, avec des phases de récurrence, en particulier lors des tentatives de sevrage du traitement d'Imurek®, qui a dû être réintroduit. Cela ne permet pas de constater une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la

situation qui prévalait lors du rejet de la première demande de prestations. Au demeurant, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'atteste aucunement une incapacité de travail. Cela étant, force est de constater que le recourant se limite pour l'essentiel à alléguer une incapacité de travail et à critiquer, de manière sommaire, le rapport d'expertise du P.\_\_\_\_\_, sans toutefois mettre en évidence de contradiction de la part des experts, de points peu clairs dans leur constatations ou de documents médicaux qu'ils auraient ignorés (cf. consid. 4b supra).

**d)** Sur le plan psychique, les experts n'ont pas posé en août 2009 de diagnostics incapacitants. Ils retenaient néanmoins la persistance d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'une anxiété généralisée (F41.1), ces troubles étant alors perçus comme étant d'intensité moyenne. De plus, un changement de molécule devait être envisagé si l'assuré ne supportait pas l'antidépresseur (Ciprallex®) prescrit, compte tenu de l'absence de trace retrouvée lors de l'expertise.

En 2017, les experts du P.\_\_\_\_\_ retiennent les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0) depuis plus de quinze ans, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et de dysthymie (F34.1) existant depuis 2007. Il n'y a aucun motif de s'écarter de ce constat.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, l'expertise sur laquelle s'est fondé l'intimé pour constater l'absence de péjoration notable de l'état de santé est probante et le recours est manifestement mal fondé.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

**d) aa)** L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

**bb)** En l'espèce, le recours, manifestement mal fondé, était d'emblée dénué de chances de succès, au vu notamment des griefs soulevés et des arguments présentés. Le procès n'aurait ainsi pas été engagé ou soutenu par une personne raisonnable plaidant à ses propres frais. Dans ces conditions, la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est également rejetée.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** La demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est rejetée.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Robert Ayrton (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :