

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 février 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu, juge, et Mme Gay, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA et art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a essentiellement travaillé au cours de sa vie en qualité d'agent de sécurité. En dernier lieu, il a exercé une activité de réceptionniste pour le compte de la société A.\_\_\_\_\_SA à [...]. Le 25 mai 2010, il a été victime d'un accident domestique qui l'a contraint à cesser son activité lucrative. Il a été licencié au 30 septembre 2010.

Le 23 novembre 2010, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...] a recueilli le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'assuré, à savoir C.\_\_\_\_\_.

Des pièces produites, il ressort que l'assuré a été victime d'une rupture partielle du ligament croisé antérieur gauche, laquelle a été traitée par plastie du faisceau antéro-médial au semi-tendineux le 20 octobre 2010. Dans un rapport d'expertise daté du 27 janvier 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué que le décours post-opératoire se faisait sans complication et que la capacité de travail pouvait être considérée comme pleine depuis le troisième mois post-opératoire dans toute activité adaptée et depuis le sixième mois post-opératoire dans l'activité habituelle et l'activité d'agent de sécurité.

Après avoir alloué à l'assuré des cours d'informatique au titre de mesures d'intervention précoce, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...] a, par décision du 14 juillet 2011, rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré.

**B.** Le 17 août 2012, B.\_\_\_\_\_ a été victime d'un nouvel accident domestique, lequel a occasionné une lésion du cartilage du genou gauche. Le 5 octobre 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale destinée à effectuer une toilette articulaire. Au cours de l'intervention, il a fait une

réaction paradoxale en raison d'un produit anesthésiant. Il souffre depuis lors de troubles de la mémoire.

Le 10 janvier 2013, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'assuré, à savoir la F.\_\_\_\_\_.

Il ressort de ces éléments que l'assuré s'est soumis à un examen neuropsychologique auprès de G.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP. Dans son rapport du 25 février 2013, cette dernière a posé les constats suivants :

En conclusion : l'examen neuropsychologique de ce patient âgé de 41 ans met en évidence :

- une modification de l'humeur et du comportement (irritabilité et susceptibilité accrues) ;
- des troubles attentionnels (attention soutenue, ralentissement) ;
- un faible fonctionnement exécutif (faible mémoire de travail, difficultés d'inhibition et d'incitation) ;
- des difficultés de mémoire antérograde, quelles que soient la modalité de présentation (auditivo-verbale ou visuelle) et la modalité de rappel (rappel libre, reconnaissance continue ou choix forcé).

Il y a clairement eu un épisode amnésique post-arthroscopie, d'origine indéterminée. Depuis lors, M. B.\_\_\_\_\_ mentionne des difficultés de mémoire, que l'on observe à l'examen de ce jour, et qui sont associées à des troubles attentionnels et à une modification de l'humeur.

Il est par contre plus difficile de se prononcer sur l'origine des troubles : il n'y a pas eu de précédent examen neuropsychologique, il est donc difficile d'avoir une idée sur leur évolution. Selon le patient, ils sont apparus dès après l'arthroscopie et ne se sont que peu modifiés depuis lors. Une participation de l'humeur n'est pas exclue.

L'assuré a également séjourné du 1<sup>er</sup> au 3 juillet 2013 à la Clinique H.\_\_\_\_\_ à [...] afin d'y faire l'objet d'une évaluation interdisciplinaire. Les conclusions suivantes sont retenues dans le rapport établi le 5 juillet 2013 :

**L'approche clinique** actuelle n'est pas facile avec un sujet aux traits de personnalités marqués. Si M. B.\_\_\_\_\_ se soumet à l'examen physique sans rechigner, il impose certaines limites aux gestes à effectuer sur ordre, en particulier l'accroupissement en charge et la force de préhension de la main gauche. Objectivement, on ne retient pas d'instabilité du genou ni de limitation fonctionnelle du poignet et du genou hormis une distance talon-fesse en passif à 15 cm. L'examen neurologique spécialisé ne révèle aucune séquelle objective d'une hypothétique complication de l'anesthésie ou de la prémédication.

Les **radiographies** du genou ne montrent pas d'altération des rapports articulaires.

A ce stade, on retient le diagnostic de contusion du genou gauche avec une lésion du cartilage de la rotule démontrée par arthroscopie.

Lors de **l'examen neuropsychologique**, les résultats sont extrêmement faibles. M. B.\_\_\_\_\_ échoue plusieurs épreuves classiquement réussies par des personnes cérébrolésées. Les performances sont marquées par de nombreuses discordances, notamment au niveau de la mémoire. On peine médicalement à comprendre pourquoi le patient se comporte comme un amnésique aux tests de mémoire épisodique alors qu'il reconnaît le matériel auquel il a été confronté lors d'un examen réalisé en février dernier. Il convient également de souligner le fait qu'il se déplace de manière autonome de [...] à [...] ainsi qu'au sein de la Clinique alors qu'il ne s'agit pas d'un environnement familier pour lui. Ces discordances paraissent refléter des singularités comportementales plutôt qu'une hypothétique atteinte organique.

Il en va de même lors d'un test explorant les aptitudes physiques, Ainsi, au cours de **l'évaluation des capacités fonctionnelles**, on enregistre également de nombreuses incohérences. Les scores de 84 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre que le sujet sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner régulièrement des charges de 10 à 15 kg. Et encore plusieurs tests sont-ils interrompus par sécurité ou par le sujet lui-même au motif d'une douleur. On liste de nombreuses incohérences : pour l'exemple, on mentionnera la force de préhension dérisoire au niveau de la main gauche, le patient confirmant alors ce qu'il avait démontré au cours de l'examen médical (allégation d'une faiblesse et d'une douleur de l'avant-bras liées aux séquelles de phlébite). Dans ces conditions, la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée insuffisante et le niveau de cohérence faible. Le niveau de performance atteint au cours de l'ECF correspond finalement à l'effort que le sujet a bien voulu déployer et non pas à ses aptitudes maximales.

**L'entretien psychiatrique** nous met face à un sujet qui s'est forgé une théorie clairement centrée sur l'erreur médicale durant l'intervention. Il est convaincu qu'un produit qui lui a été administré est responsable de son trouble. L'observation clinique et l'anamnèse

sont marquées par des traits de caractère qui relèvent d'un fonctionnement anankastique de la personnalité (préoccupation par les détails, les règles, l'ordre ainsi qu'un perfectionnisme et une scrupulosité extrêmes). On note, dans la même lignée, une rigidité et une insistance pour que les autres se conforment à sa manière de faire. On observe également des éléments schizoïdes de la personnalité (une froideur et une incapacité d'exprimer des sentiments chaleureux envers les autres). Il y a enfin une certaine quérulence, une tendance à surévaluer sa propre importance ainsi que des explications à type de conspiration. Ces derniers traits relèvent d'éléments paranoïaques de la personnalité. Toutefois, aucun de ces traits n'est suffisamment structuré et systématisé pour qu'on puisse admettre un trouble spécifique de la personnalité. L'absence de prédominance d'un groupe déterminé de symptômes incite à proposer le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à composante anankastique et schizoïde. Dans ce contexte, et à défaut d'une étiologie organique, le trouble mnésique relève plutôt d'un mécanisme dissociatif et n'apparaît pas comme volontaire ; on ne saurait évoquer une simulation.

Le **pronostic** d'un retour sur une place de travail est plus que réservé pour d'évidentes raisons. L'incapacité dure depuis près de 3 ans au cours desquels le patient a eu recours aux assurances sociales : à 2 reprises à l'assurance-accident ; à l'assurance-invalidité au travers de la détection précoce ; à l'assurance-chômage enfin. Au terme de ce parcours, M. B.\_\_\_\_\_ s'estime dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité rémunérée en raison des troubles qu'il avance, notamment les déficits mnésiques et les limitations de l'avant-bras pour lesquels on n'a pas d'explication médicale satisfaisante. Pour le genou gauche, le handicap affiché ne paraît pas en concordance avec les lésions observées au cours de l'arthroscopie. Le facteur le plus péjoratif est d'ordre psychique ; M. B.\_\_\_\_\_ donne l'impression d'un épuisement existentiel et d'avoir épuisé, dans un effort adaptatif constant, des ressources limitées par son trouble de la personnalité.

**Durant l'entretien qui clôt la présente évaluation, nous tentons d'amener M. B.\_\_\_\_\_ à admettre que d'autres facteurs que somatiques conditionnent son vécu douloureux. Conformément à l'attente, il n'entre pas en considération, se disant déçu que des investigations plus poussées, une IRM cérébrale et du genou par exemple, n'aient pas été jugées utiles pour éclaircir son état de santé. De notre côté, nous lui répétons que nous ne trouvons pas de justification clinique à de tels examens qui n'offriront, quel qu'en soit le résultat, aucun angle thérapeutique nouveau.**

**Dans ce contexte, il est à redouter que l'impasse actuelle ne puisse être levée. Une collaboration inter-institutionnelle paraît plus que jamais nécessaire dans un cas si complexe où s'enchevêtrent les troubles bio-psychosociaux. La fixation d'une exigibilité sort du cadre de notre évaluation.**

Fort de ces éléments, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis une évaluation neuropsychologique auprès de la Prof. J.\_\_\_\_\_, cheffe du service de

neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_. Dans le rapport adressé le 22 octobre 2013 à l'OAI, la Prof. J.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

Cette évaluation a mis en évidence des scores déficitaires dans le domaine de la mémoire antérograde, de la mémoire à court terme, de la mémoire de travail ainsi que dans les fonctions exécutives et visuo-constructives. Comme lors des évaluations précédentes, nous sommes frappés par une certaine incohérence des performances, objectivées par les résultats aux tests de Victoria.

Par rapport aux évaluations précédentes, effectuées le 13.02.2013 par Mme G.\_\_\_\_\_ et le 02.07.2013 à la Clinique H.\_\_\_\_\_ à [...], nous notons une légère péjoration des performances.

Si l'on présume que les scores obtenus lors de notre évaluation reflètent les capacités réelles, ceci correspond à :

- une incapacité de travail quasi-totale ;
- une probable incapacité de gestion de ses affaires ;
- une contre-indication à la conduite automobile.

Dans ce contexte, seule une activité à titre occupationnel, exercée très vraisemblablement à un temps partiel (environ 50 %) dans un contexte bien cadré, nous semble envisageable. Du point de vue neuropsychologique, il n'y a pas de contre-indication à une telle activité.

Invité à analyser l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, le SMR a, dans un avis du 7 novembre 2013, estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité ; si une amélioration de l'état psychique de l'assuré n'était pas formellement exclue, la situation devait être réévaluée dans le délai d'une année ; de même, un suivi psychiatrique était désirable, mais ne pouvait pas être exigé, dans la mesure où les probabilités qu'il en résulte une amélioration significative de la capacité de gain étaient faibles.

Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1<sup>er</sup> août 2013.

**C.** Initiant une procédure de révision au mois de janvier 2015, l'OAI a demandé des renseignements médicaux au Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, lequel a attesté du caractère stationnaire de la

situation (cf. rapport du 29 mars 2015), et fait verser à la cause le dossier constitué par la F. \_\_\_\_\_.

Dans un avis du 3 décembre 2015, le SMR a estimé que l'atteinte à la santé psychique à l'origine de l'octroi de la rente n'était plus formellement attestée par le médecin traitant ; sauf avis contraire, elle ne devait plus être considérée comme incapacitante depuis le 29 février 2015 (sic), date de la réponse de l'assuré au questionnaire initial de révision.

Dans un second avis du 28 janvier 2016, le SMR a toutefois jugé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

Le mandat d'expertise a été confié au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Afin de compléter ses propres observations, ce médecin a demandé un examen complémentaire à N. \_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP.

Aux termes d'un rapport du 27 octobre 2017, N. \_\_\_\_\_ a communiqué son appréciation du cas en ces termes :

Lors de l'examen neuropsychologique d'une durée totale de plus de 5 heures et demi, aucun signe de fatigue notable n'est observé. M. B. \_\_\_\_\_ frappe par une attitude très démonstrative, avec notamment des temps de réflexion très longs et un ralentissement extrêmement important pour certaines tâches et en particulier pour les tâches attentionnelles. Par ailleurs, un résultat suspect est relevé pour une tâche mnésique SVT, mais n'est toutefois pas observé pour une tâche SVT d'attention simple. Les tâches attentionnelles révèlent par ailleurs des résultats pathologiques même pour les tâches d'attention simples. Aucune fatigabilité n'est observée.

L'examen neuropsychologique révèle un niveau cognitif global se situant dans la moyenne faible de la norme. Toutes les tâches mnésiques épisodiques sont déficitaires, voire très sévèrement déficitaires, quel que soit le matériel présenté ou la modalité investiguée. Les tâches attentionnelles frappent par des résultats pathologiques soit en raison d'un ralentissement sévère à très sévère soit en raison d'un nombre d'erreurs élevé, voire extrêmement élevé.

Ces résultats sont peu compatibles avec une pratique d'une maîtrise de la conduite d'une moto à haute vitesse sur des routes sinueuses, et comme dit M. B. \_\_\_\_\_ « la moto ne laisse pas droit à l'erreur ».

Les difficultés notées lors du présent examen parleraient en faveur d'une contre-indication marquée pour tout véhicule motorisé.

Une majoration des symptômes est soupçonnée.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a rédigé son rapport le 20 novembre 2017. Il a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de troubles mixtes de la personnalité (traits de personnalité paranoïaques) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et considéré, au moment de l'examen, que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans l'activité qu'il avait exercée précédemment. L'expert a notamment expliqué ce qui suit :

Au moment de l'entretien, ce sont les traits de la personnalité légèrement paranoïaque de l'assuré qui ressortent, mais sans que nous puissions parler d'un véritable trouble de la personnalité et dans tous les cas, ces traits de personnalité persistent depuis l'adolescence et n'ont pas empêché l'assuré d'effectuer un travail notamment dans la sécurité.

Je n'ai pas retenu le diagnostic de trouble dissociatif retenu en 2013 par le psychiatre de la F. \_\_\_\_\_. Pour rappel, les troubles dissociatifs (de conversion) (F44 selon la CIM-10) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. (Dans les troubles dissociatifs, on admet qu'il existe une altération). A l'état normal, on exerce, dans une large mesure, un contrôle conscient des souvenirs et des sensations à sélectionner dans le champ de conscience, ainsi que des mouvements qu'on compte effectuer. Dans les troubles dissociatifs, on admet qu'il existe une altération de ces contrôles conscients et sélectifs ; l'importance de cette altération peut varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre. Il est habituellement très difficile de déterminer dans quelle mesure la perte de ces fonctions peut être contrôlée volontairement par les sujets. Dans la CIM-10, on admet que les troubles dissociatifs sont « psychogènes » dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Les sujets nient souvent tout problème ou toute difficulté, paraissant pourtant évident à autrui, ou ils en attribuent l'origine à la présence de symptômes dissociatifs.

Cet assuré dit présenter des troubles de la mémoire et de la concentration alors que ses activités journalières montrent le contraire et dans ce sens-là, et comme exprimé par la neuropsychologue, nous sommes plutôt plus proches d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, où selon la CIM-10 (F68) la personne adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées, habituellement non spécifiques sans substrat somatique. Les sujets réagissent habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par leur affection physique, et redoutent, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de leur handicap ou de leurs douleurs. L'insatisfaction relative aux résultats du

traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant.

Au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, je n'ai donc pas pu retenir de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui empêcheraient cet assuré d'avoir une activité professionnelle.

Par projet de décision du 24 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer la rente d'invalidité qui lui était allouée, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

L'assuré a contesté ce projet de décision et a produit, à l'appui de sa position, un rapport d'expertise du 3 avril 2018 établi à titre privé par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome rotulien gauche avec laxité rotulienne (bilatérale) et discrète lame d'épanchement intra-articulaire bilatérale, d'hyperesthésie-allodynie du membre supérieur gauche et pectorale gauche, ainsi que légère diminution de force et amyotrophie de ce membre, dans le cadre d'un probable syndrome du défilé thoraco-brachial gauche, d'instabilité de l'épaule gauche avec subluxation lors de certains mouvements et test d'appréhension antérieure positif, d'hypertonie modérée de la musculature cervico-scapulaire à prédominance droite, de troubles statiques modérés du rachis dorso-lombaire (scoliose et légère cyphose dorsale haute), de légère tendinopathie des extenseurs du poignet gauche, de syndrome d'hypermobilité articulaire (genou droit, coude gauche, hanches, etc.) et réduction de la proprioception (sensibilité profonde) aux membres inférieurs, ainsi que de troubles cognitifs modérés (attentionnel, exécutifs y compris sur le plan comportemental, mnésiques). D'après ce médecin, l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail située entre 50 et 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au surplus, il a communiqué les commentaires suivants :

En lien avec les 3 plaintes de M. B.\_\_\_\_\_ suite à l'intervention du genou G [réd : gauche] de 2012, voici mon appréciation :

a) Sur le plan cognitif : depuis cette intervention du 05.10.2012, M. B.\_\_\_\_\_ présente de clairs changements dans son comportement (irritabilité, agressivité, réduction de ses capacités empathiques) et dans ses capacités cognitives, en particulier sur les plans mnésiques, exécutifs, attentionnels, d'orientation spatiale, voire temporelle. Ces éléments sont confirmés par son proche entourage, dont son ex-épouse et sa compagne actuelle.

Les divers bilans neuropsychologiques réalisés depuis lors ont été confrontés à un problème d'interprétation, de par l'observation de discordances dans les résultats avec impression d'une majoration de troubles pour certains tests, surtout à partir du second bilan (juillet 2013 à la Clinique H.\_\_\_\_\_). Il est par conséquent difficile de tirer de ces bilans une perception précise des déficits cognitifs de M. B.\_\_\_\_\_, si ce n'est peut-être du premier. Cela dit, non seulement aucune simulation de la part de M. B.\_\_\_\_\_ n'a été suspectée, mais encore une discordance à certains tests ne signifie pas absence de déficits cognitifs. Quelles que soient les raisons - psychologiques, craintes de ne pas être pris au sérieux, etc. - ayant amené M. B.\_\_\_\_\_ à fluctuer dans ses performances cognitives durant les tests, il ressort que :

- ce sont toujours les mêmes secteurs (mnésique, exécutif, et attentionnel essentiellement) qui sont altérés et pas ou pratiquement pas les secteurs phasique, gnosique ou praxique ;
- les déficits dans ces secteurs se retrouvent dans les bilans et de manière systématique dans la vie quotidienne (hors contexte d'évaluation ou d'expertise), de façon invalidante, tant socialement que professionnellement.

Sur la base de mon examen, du dossier médical et de l'hétéro-anamnèse auprès des proches de M. B.\_\_\_\_\_, je retiens la présence de troubles cognitifs sous forme de déficits mnésiques (surtout antérogrades), exécutifs (y compris comportementaux), attentionnels, et dans l'orientation spatiale, voire temporelle.

L'une des questions est de savoir si ces déficits peuvent s'expliquer par le déroulement de l'intervention du 05.10.2012. Même si je ne dispose pas d'un rapport détaillé quant au déroulement de la réaction paradoxale de M. B.\_\_\_\_\_ à l'administration de Temesta, il ressort néanmoins des documents qu'il y a eu agitation, état confusionnel et comportement agressif, conduisant à des mesures de contention ainsi qu'à l'administration d'un neuroleptique iv (Nozinan). Il est aussi observé une hypotension artérielle prolongée (env. 95/50 mmHg durant 40 minutes, puis à nouveau durant 4 heures post-intervention, s'abaissant jusqu'à 80/50 mmHg). Si l'on ne s'attend habituellement qu'à des effets indésirables transitoires des médicaments administrés, il est cependant possible d'observer une diminution prolongée, voire persistante des capacités cognitives après des narcoses (par hypotension ou causes médicamenteuses ?). De plus, chez M. B.\_\_\_\_\_, l'hypotension artérielle prolongée est susceptible d'avoir engendré une baisse du débit sanguin cérébral, et donc des lésions cérébrales (pas forcément visibles sur les examens radiologiques tels qu'IRM cérébrale) avec déficits cognitifs.

b) Douleurs persistantes du membre supérieur G : les plaintes actuelles et l'examen de ce jour oriente sur une origine neurogène et non pas sur les suites d'une thrombose veineuse de ce membre, actuellement asymptomatique. Etant donné l'étendue de l'atteinte neurogène (troncs médian, radial et cubital ; ainsi que zone

pectorale), la présence d'une hypertonie musculaire cervico-scapulaire, de signe d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) et d'une hypermobilité, voire instabilité d'épaule G, l'on rechercherait l'origine des douleurs et de l'atteinte neurogène très proximale, soit entre la sortie des racines nerveuses du rachis cervical et la fin du plexus brachial. Il est actuellement difficile de dire si la symptomatologie est liée à une compression (par exemple musculaire) des nerfs, comme souvent observé dans le TOS, s'il y a eu étirement du plexus brachial lors de la réaction paradoxale et de l'agitation de M. B. \_\_\_\_\_ durant l'intervention du genou en 2012, ou si cette atteinte est en lien avec les sublaxations récidivantes d'épaule G. Un ENMG [réd. : électroneuromyographie] de ce membre a été réalisé par le Dr R. \_\_\_\_\_ le 20.02.2018, ne montrant que de légers signes de neuropathie cubitale au coude. Ceci n'exclut pas une compression ou une atteinte plus modeste, mais néanmoins douloureuse des autres troncs nerveux (qui n'ont pas été investigués par cet examen).

Dans l'immédiat, je ne propose pas d'investigation complémentaire, mais un traitement de type anti-épileptique (pour calmer ces douleurs neurogènes), musculaire (relâchement cervico-scapulaire, renforcement des stabilisateurs de l'épaule), voire de moyens de contention (amélioration de la proprioception d'épaule, voire réduction des douleurs neurogènes). L'effet de ces mesures à moyen ou long terme n'est pas prévisible pour le moment.

Quoi qu'il en soit, M. B. \_\_\_\_\_ présente actuellement une limitation dans l'utilisation de son membre supérieur G, notamment en terme de force, endurance, voire positions (éviter les positions pouvant déclencher les douleurs neurogènes tels qu'abduction ou flexion d'épaule au-delà de l'horizontale, rotation externe extrême, port de charge de plus de 3-5 kg, etc.).

c) Gonalgies antérieures G persistantes : M. B. \_\_\_\_\_ présente une chondropathie rotulienne G établie avec clair syndrome rotulien à l'examen, dans un contexte d'hypermobilité articulaire et de luxations récidivantes de rotules. Cet état limite clairement certains mouvements et positions (cf. ci-dessous).

NB : dans les rapports de la F. \_\_\_\_\_ (avril 2013) et du bilan interdisciplinaire à la Clinique H. \_\_\_\_\_ (juillet 2013), il est mentionné pour le genou G que l'examen se situe dans la norme, avec une mobilité complète, l'absence d'épanchement, et une stabilité dans les plans frontal et sagittal. Il n'y a toutefois pas d'évaluation du compartiment fémoro-patellaire au genou G, problématique principale de ce genou chez M. B. \_\_\_\_\_ (!).

Par avis des 14 mai et 11 juillet 2018, le SMR a considéré que l'assuré ne présentait, sur le plan psychiatrique, aucune limitation depuis 2015 au moins et qu'il disposait sur le plan somatique depuis la même date d'une capacité de travail exigible de 100 % dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr P. \_\_\_\_\_.

Par décision du 25 mars 2019, l'OAI a supprimé la rente entière de l'assurance-invalidité allouée à l'assuré, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

**D.**           **a)** Par acte du 1<sup>er</sup> mai 2019, B.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, déféré la décision du 25 mars 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation et à la condamnation de l'OAI au versement de la somme de 2'500 fr. à titre de remboursement des frais relatifs à l'expertise établie par le Dr B.\_\_\_\_\_.

A son avis, il était évident que l'expertise réalisée par le Dr M.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément qui permettait de retenir que son état de santé s'était amélioré. En réalité, ce médecin estimait qu'il n'aurait jamais dû avoir droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où il ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique invalidante et où la symptomatologie ne relevait que d'une exagération des symptômes. L'expertise ne constituait objectivement qu'une appréciation clinique différente d'une situation demeurée inchangée. Au surplus, il convenait de prendre en compte le rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_. Ce médecin mettait en évidence plusieurs lésions objectives et estimé que la capacité de travail était de l'ordre de 50 à 70 % dans une activité adaptée avec peu de responsabilité.

**b)** Dans sa réponse du 19 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant aux divers avis médicaux établis par le SMR, il estimait que l'on était clairement en présence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré. S'agissant au surplus de la prise en charge des frais d'établissement du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, il était d'avis qu'il ne lui appartenait pas de les régler, l'intérêt de ce document étant contestable puisqu'il ne discutait ni de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ ni des incohérences constatées par de nombreux spécialistes.

**c)** Dans sa réplique du 11 septembre 2019, B.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de recours du 1<sup>er</sup> mai

2019. A cette occasion, il a rappelé que le fardeau de la preuve d'une amélioration de l'état de santé était à la charge de l'OAI, tout en réitérant que le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ ne constatait aucune amélioration de son état de santé, mais constituait une analyse différente des atteintes cliniques.

**d)** Dans sa duplique du 2 octobre 2019, l'OAI a confirmé ses propres conclusions.

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

**1.**           **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGGA).

**b)** D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** En vertu de l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**c)** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve

appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité de la situation (ATF 117 V 261 consid. 3b). Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (ATF 125 V 193 consid. 2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références).

**5.** A l'appui de l'octroi de la rente entière d'invalidité, l'intimé avait retenu, en se fondant principalement sur l'évaluation pluridisciplinaire réalisée à la Clinique H.\_\_\_\_\_ et sur le bilan neuropsychologique établi par la Prof. J.\_\_\_\_\_, que le recourant présentait un trouble mixte de la personnalité à traits schizoïdes et anankastiques, décompensé sur un mode dissociatif, et que les troubles neuropsychologiques constatés étaient d'origine psychiatrique (cf. avis du SMR du 7 novembre 2013).

**6.** Au terme de la procédure de révision initiée d'office, l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il avait récupéré une capacité de travail de 100 % dans toute activité. Il s'est principalement fondé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M.\_\_\_\_\_.

**a)** A l'instar du recourant, force est d'admettre qu'il y a lieu de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, tant les lacunes de ce document sont importantes.

**aa)** A titre liminaire, il convient de relever que l'expert s'est limité à répondre au « catalogue de questions » qui lui avait été transmis par l'intimé. Or, ce document ne peut constituer tout au plus qu'un

questionnaire complémentaire et ne saurait se substituer à un rapport d'expertise structuré et rédigé conformément aux lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Il ressort en effet de la lecture de ce « catalogue » que celui-ci est très étroitement calqué sur les indicateurs développés par la jurisprudence pour examiner le caractère invalidant de troubles psychiques (ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418). Cela étant, ledit « catalogue » a essentiellement pour but de recueillir des informations destinées à mettre en évidence l'existence de ressources et de capacités résiduelles et présente un caractère unilatéral très marqué. Il consiste principalement en un processus descriptif et ne contient que peu de véritables questions. Ainsi peut-on douter que ce questionnaire garantisse à lui seul une approche neutre et objective de la situation de la personne expertisée. A cela s'ajoute que certaines « questions » sont formulées de façon peu intelligible (« Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré »), voire parfois tendancieuse (« Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur »).

**bb)** Comme cela a été évoqué au considérant précédant, l'expertise ne respecte pas, d'un point de vue structurel, les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Ainsi peut-on s'étonner que l'expert mélange sous un même chapitre des éléments anamnestiques et la synthèse des principales pièces du dossier. En ce qui concerne plus particulièrement l'anamnèse, il y a lieu de constater l'extrême pauvreté des renseignements recueillis malgré la bonne collaboration attestée du recourant (en comparaison avec l'évaluation psychiatrique réalisée au sein de la Clinique H. \_\_\_\_\_ [rapport du 3 juillet 2013] et eu égard à l'importance du dossier assécurologique) ; l'expert ne fournit notamment pas de description minutieuse d'une journée-type du recourant, élément pourtant fondamental pour déterminer les répercussions de la maladie dans les différentes fonctions de la vie quotidienne. L'exposé des plaintes est laconique et les résultats des tests

neuropsychologiques requis par l'expert ne sont pas intégrés dans le corps de l'expertise.

**cc)** Sur le fond, on peut relever que la discussion diagnostique ne repose sur aucun élément émanant de l'anamnèse recueillie par l'expert ou des observations cliniques effectuées par celui-ci. Elle repose pour l'essentiel sur des généralités issues de la littérature médicale. Ainsi ignore-t-on sur quels éléments précis l'expert a retenu un diagnostic de personnalité à traits paranoïaques. S'agissant de la surcharge cognitive mise en évidence sur le plan neuropsychologique, l'expert ne prend pas clairement position sur le point de savoir si elle est d'origine volontaire ou non. Il se contente de poser le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans donner d'explications précises sur le processus psychopathologique à l'origine de la symptomatologie. L'argumentation de l'expert ne semble d'ailleurs reposer que sur le seul et unique fait que le recourant s'est rendu au cabinet de l'expert depuis [...] en moto. Le contenu de l'expertise ne permet cependant pas de savoir si le recourant est venu seul ou accompagné et s'il dispose d'un système de navigation de type GPS qui permettrait de pallier ces troubles cognitifs. Il convient par ailleurs de s'étonner de l'absence de discussion des résultats de l'examen neuropsychologique dont l'expert avait expressément demandé la mise en œuvre. L'expertise ne permet ainsi pas de comprendre les raisons pour lesquelles cette mesure complémentaire d'instruction a été ordonnée et les enseignements que l'expert en a tirés pour ses propres conclusions. Est également problématique en l'espèce le fait que l'expert ne prend pas position sur les précédentes évaluations - psychiatriques ou neuropsychologiques - versées au dossier. Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée - soit la révision de la rente d'invalidité -, il était indispensable que l'expert discute le contenu de l'évaluation psychiatrique réalisée à la Clinique H. \_\_\_\_\_ (à l'origine de l'octroi de la rente d'invalidité) et prenne position de manière circonstanciée sur l'évolution de l'état de santé psychique du recourant depuis le mois de juillet 2013. Le fait est que le rapport d'expertise ne

laisse transparaître aucun élément attestant d'une évolution de la situation sur le plan clinique.

**dd)** De fait, il faut observer que les conclusions auxquelles parvient le Dr M.\_\_\_\_\_, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire, ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier (dont notamment les résultats des tests neuropsychologiques et l'évaluation psychiatrique de la Clinique H.\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013), l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. A la lumière des conclusions prises, l'expertise ne constitue objectivement qu'une appréciation clinique différente de la situation médicale – demeurée inchangée – du recourant. Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, voir TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, in : SVR 2012 IV n° 18 p. 81, et 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, in : SVR 2013 IV n° 44 p. 134), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

**b)** Sur le plan neuropsychologique, il y a lieu de constater, à la lecture du dossier, que le recourant a fait l'objet de quatre examens approfondis (rapports de G.\_\_\_\_\_ du 25 février 2013, de S.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2013, de J.\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2013 et de N.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2017), lesquels montrent des difficultés importantes sur le plan cognitif, globalement sans amélioration au fil du temps, avec, par ailleurs, certaines incohérences entre, d'une part, les plaintes et les difficultés objectivées qui sont majeures et, d'autre part, les activités pouvant être réalisées ou les performances spontanées observées hors des tests. Des

mesures de validation des symptômes, visant à objectiver une éventuelle surcharge cognitive ou une exagération des symptômes cognitifs, ont à plusieurs reprises montré des éléments plaidant dans ce sens. Une IRM cérébrale réalisée en 2013 s'est par ailleurs révélée normale, excluant ainsi des séquelles organiques pouvant entraîner une telle atteinte des fonctions cognitives.

**c)** Sur le plan somatique, l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ démontre que le recourant présente principalement des douleurs persistantes du membre supérieur gauche et des gonalgies antérieures gauches, qui l'empêchent d'exercer les activités qu'il exerçait antérieurement, tout en lui permettant néanmoins d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Si ce médecin atteste d'une capacité résiduelle de travail située entre 50 et 70 %, il convient de relever que cette diminution est essentiellement attribuée aux troubles neuropsychologiques du recourant, lesquels - on l'a vu - sont stables depuis 2012.

**d)** En l'absence de tout élément objectif qui laisserait penser que l'état de santé psychique du recourant aurait objectivement évolué depuis le jour où l'intimé a décidé de lui allouer une rente entière d'invalidité, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une mesure complémentaire d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique. L'absence de suivi psychiatrique mentionné dans les avis du SMR des 3 décembre 2015 et 28 janvier 2016 ne constitue à cet égard pas un élément suffisant, dès lors que le même SMR avait, dans son avis du 7 novembre 2013, indiqué qu'un tel suivi ne pouvait être exigé du recourant au vu des faibles probabilités qu'il en résulte une amélioration significative de la capacité de gain.

**e)** Dès lors que la preuve de l'amélioration de l'état de santé du recourant n'a pas été rapportée au degré de vraisemblance prépondérante, il convient de constater l'absence d'un motif de révision susceptible de justifier la suppression du droit à la rente d'invalidité.

**7. a)** Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

**c)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 du TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'500 francs. Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif (art. 2 al. 1 let. a et 3<sup>bis</sup> al. 1 et 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]), vu la liste de opérations produite par Me Duc le 23 décembre 2019, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office.

**d)** Le recourant requiert en outre la prise en charge par l'intimé de la note d'honoraires du Dr P.\_\_\_\_\_.

L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents

recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

En l'occurrence, le rapport d'expertise privée du Dr P. \_\_\_\_\_ n'a eu aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans lui, le résultat aurait été le même. Il n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 25 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
  
- 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 B.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :