

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour une détection précoce le 28 mai 2011 en raison de problèmes psychiques (fragilité psychologique et état dépressif) d'évolution stable. En totale incapacité de travailler depuis le 4 février 2011, il avait été licencié, avec effet au 16 avril 2011, de son poste de vendeur / conseiller de meubles à plein temps au sein de la succursale de [...] de la société P. _____ [...] SA ; le motif à la base de ce congédiement était qu'il ne parvenait plus à gérer le stress lié à sa fonction. Depuis, il n'avait plus aucun projet (découragement).

Le 8 août 2011, il a procédé au dépôt d'une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré. Dans un rapport du 16 août 2011, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a indiqué le diagnostic incapacitant de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et ceux, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.22) et de dépendance à l'alcool (F10.25). On extrait notamment ce qui suit de la rubrique « 1.4 - Anamnèse » du rapport de ce psychiatre :

[...] La 1^{ère} consultation à mon cabinet a lieu en 1997 alors qu'il [l'assuré] est à l'arrêt de travail par le médecin de la police pour avoir dysfonctionné et paniqué lors d'une intervention. Effectivement, il s'avère que l'assuré a une faible tolérance au stress et se trouve déstabilisé dans les situations de conflit et à risque de violence. Je note à l'époque des éléments anxio-dépressifs chez une personnalité fragile comportant des traits infantiles et abandonniques. Le contexte privé est alors compliqué par la séparation d'avec sa 1^{ère} épouse dont il a eu 3 enfants entre 1988 et 1996.

Sur le plan professionnel, M. A. _____ a été affecté au service des parcs de la ville. Par ailleurs, l'engagement dans une nouvelle

relation sentimentale avec une ressortissante croate, infirmière, dont il a un fils en 1999, contribue à l'amendement de la symptomatologie psychiatrique.

L'assuré me consulte à nouveau en 2000 suite à la décision du commandant de la police de lui retirer son arme de service. Cette mesure est très mal vécue sur le plan narcissique. Le tableau clinique est celui d'un état de révolte, avec des éléments paranoïdes discrets centrés sur son supérieur hiérarchique.

En 2006, l'assuré reconsulte dans le cadre d'une mesure pénale prise à son encontre ; il est accusé, avec des collègues, d'avoir puisé dans la caisse des contraventions afin de payer les cafés et croissants de la pause. Il est licencié de son poste de travail. Les tentatives pour faire reconnaître sa bonne foi - il soutient n'avoir pas été au courant des faits - restent vaines. Dans le même temps, sa 2^{ème} épouse rompt la relation. Elle quitte ensuite la Suisse et l'assuré a perdu tout contact avec son fils. C'est une période marquée par un effondrement psychique qui justifie un suivi de quelques mois à ma consultation.

En 2009, je le revois suite à une rupture sentimentale ; il est aussi suivi par le Dr C. _____ et bénéficie d'un traitement antidépresseur et anxiolytique. Ayant épuisé son droit au chômage, il bénéficie de l'aide sociale.

Enfin, la dernière période de prise en charge a débuté le 16.02.11, alors que M. A. _____ est à l'arrêt de travail par le Dr C. _____ depuis le début février 2011. Engagé depuis novembre 2010 comme responsable de meubles dans un magasin à grande surface de [...], il n'a pas supporté la pression inhérente à ce poste et à ce qu'il décrit comme une désorganisation sur le lieu de travail. Il développe une décompensation anxio-dépressive qui nécessite de ma part la prolongation de l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 30.06.11. Le contrat de travail a été rompu le 16.04.11.

M. A. _____ m'informe qu'il s'agissait d'un 1^{er} engagement depuis longtemps. En 2009, il avait travaillé pendant 9 mois pour [...], avant d'être licencié pour des raisons peu claires (notion d'une période d'arrêt de travail avant le licenciement).

Actuellement, M. A. _____ est tributaire de l'aide sociale.

Selon le Dr T. _____, l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 26 février au 30 juin 2011, puis nulle dès le 1^{er} juillet 2011 (en l'occurrence après la reprise d'un suivi, à fréquence d'environ une fois par mois, alliant la prise d'antidépresseurs), et le pronostic était défavorable (« A mon avis, le risque est grand de voir la situation se péjorer, avec l'installation durable de troubles dépressifs et régressifs et de dépendances. Il existe de surcroît le problème du déconditionnement lié à l'inactivité de ces dernières années »). Les restrictions fonctionnelles

se traduisaient chez l'intéressé par un excès de stress, une désorganisation, un développement de troubles anxio-dépressifs, puis un évitement phobique.

De son côté, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et en infectiologie, a diagnostiqué en tant qu'atteinte à la santé un état dépressif chronique, avec un pronostic réservé, ainsi que des restrictions mentales ou psychiques sous la forme de troubles de l'adaptabilité. Pour l'évaluation de la capacité de travail, le médecin traitant renvoyait l'OAI auprès de son confrère psychiatre (rapport du 29 août 2011).

Dans un rapport du 28 octobre 2011, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne auprès du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité a retenu, en tant qu'atteinte principale à la santé, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline décompensé (F60.31). Les pathologies associées, ne relevant pas de l'assurance-invalidité, étaient un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.22) et une dépendance à l'alcool (F10.25). Le médecin du SMR estimait la capacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 1^{er} juillet 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : difficultés dans la gestion des émotions, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation, limitation de la capacité de concentration, faible capacité d'organisation (vite submergé), effondrement des ressources de changement et pas d'activité avec contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels.

Aux termes d'une note de suivi du 13 janvier 2012, l'assuré affichait son refus total à toute forme d'aide ou de suivi de la part de l'OAI. Malgré les nombreuses explications et argumentations fournies, il ne souhaitait ni ne voulait entrer dans une démarche de réinsertion professionnelle. Il se décrivait comme une personne voulant vivre et rester seule sans aucune interaction. Il est apparu « fatigué de la vie en général et pas prêt du tout à s'intégrer ».

L'OAI a, par décision du 29 février 2012, dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel), hormis l'octroi d'une aide au placement sur demande écrite. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 3 juillet 2017, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, alléguant souffrir depuis onze ans de dépressions à répétition et de troubles de la personnalité.

Par projet de décision du 21 septembre 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 1^{er} octobre 2017, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a fait parvenir à l'OAI un rapport, dans lequel il a fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen (F33.1), de problématique d'alcool secondaire à la dépression (F10.25) et de probable trouble de personnalité émotionnellement labile (F60.30). La situation de l'assuré était décrite en ces termes :

[...]

Actuellement :

Monsieur consomme jusqu'à 15 unités d'alcool par jour (vin, bière).

Il est orienté aux 4 modes et a des contacts réguliers avec ses proches.

Difficultés pour les activités de la vie quotidienne (courses, organisation de soirée de famille, cuisine), mais se plaint surtout d'un manque de soutien et de participation de ses enfants lors de réunions de famille.

Au niveau familial, attend surtout que ses proches changent et aillent au-devant de ses envies sans pour autant les exprimer clairement.

Sur le plan professionnel : il a essayé plusieurs mesures dans le cadre de sa prise en charge sociale sur plusieurs années mais ses

essais auraient été soldés par des échecs en lien avec les difficultés du patient d'adhérer aux différentes mesures proposées.

2. Nouveau degré de l'incapacité de travail :

A présent, le patient présente une incapacité de travail de longue durée nécessitant l'entrée en matière de l'AI via la détection précoce afin qu'il y ait un projet davantage clair qui vise à cerner ses compétences et centre d'intérêt. Par la suite, effectuer certaines mesures dans l'objectif d'objectiver sur le terrain ses points forts et ses faiblesses, et puis prendre la bonne décision sur une éventuelle réinsertion professionnelle.

3. Pronostic et autres renseignements utiles :

Pronostic : Tendance au burnout

Monsieur dit que si le nombre de tâche[s] est perçu comme très élevé, il va alors travailler davantage voire trop et surtout ne pas déléguer à autrui (à cause d'un risque d'oubli, de manque de professionnalité ou de qualité selon lui). Cette façon de fonctionner a selon lui contribué à son burnout, car la qualité et la vitesse de travail seraient impactées. Il commence à comprendre que sa façon de fonctionner peut aussi contribuer à ses problèmes au travail.

En résumé, au niveau professionnel :

- Grande difficulté à déléguer
- Ne sollicite pas de l'aide
- Temps accru à faire les tâches car ne délègue pas et veut que les choses soient bien faites
- Consommation quotidienne de plusieurs unités d'alcool, incompatible avec certains contextes et tâches de travail requérant des réflexes optimaux (p. ex. conduite de véhicule)

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 5 octobre 2017), l'OAI n'est, par décision du 2 novembre 2017, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations (rente et mesures professionnelles), au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 29 février 2012.

C. Par recours déposé le 1^{er} décembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A._____ a conclu à l'annulation de la décision du 2 novembre 2017 ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire comprenant un réexamen du dossier par un psychiatre. Produisant deux certificats médicaux des 3 novembre et 1^{er} décembre 2017 du Dr J._____, il alléguait un « état de

santé psychologique qui ne cesse de se détériorer ». Il s'interrogeait par ailleurs sur la qualité de l'instruction menée par l'OAI, singulièrement sur la question de savoir si un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie s'était prononcé sur son cas avant que la décision attaquée ne soit rendue.

Par la suite, il a produit un rapport du 18 décembre 2017 établi par le Dr J._____ et la psychologue R._____.

Dans sa réponse du 22 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le 12 février 2018, l'assuré a produit un nouveau certificat médical du 2 février 2018 du Dr J._____ et un rapport établi le 12 février 2018 par le Dr C._____.

Dans sa duplique du 1^{er} mars 2018, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il observait que les pièces médicales produites en procédure de recours ne devaient pas être prises en compte étant donné qu'elles étaient postérieures à la décision litigieuse.

Une copie de cette écriture a été transmise à l'assuré pour son information.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du

tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 3 juillet 2017.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101]).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens

proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 3 juillet 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 29 février 2012, et la décision litigieuse du 2 novembre 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 2 novembre 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 29 février 2012.

b) En août 2011, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a retenu le diagnostic invalidant de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) depuis l'âge adulte et posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ceux de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.22) et de dépendance à l'alcool (F10.25). Ce psychiatre a estimé que la capacité de travail était entière dès le 1^{er} juillet 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence chez le recourant. Ce point de vue a été repris et entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 29 février 2012.

c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 1^{er} octobre 2017 établi par son psychiatre traitant, le Dr J._____, dont il déduit une aggravation de son état de santé.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du 1^{er} octobre 2017 dont il se prévaut n'est pas déterminant dès lors qu'il ne contient aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de rente a été établie. Le Dr J._____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen (F33.1), de problématique d'alcool secondaire à la dépression (F10.25) et de probable trouble de personnalité émotionnellement labile (F60.30). Ce médecin n'affirme pas que son patient dispose d'une capacité de travail limitée, mais souligne que ses atteintes à la santé impliquent un besoin d'aide afin de lui permettre de définir un nouveau projet professionnel adapté à ses limitations psychiques. Sur ce point, il convient de rappeler toutefois que le recourant avait, dans le cadre de l'examen de sa première demande de prestations, refusé toute forme d'aide ou de suivi de la part de l'intimé au motif qu'il ne souhaitait pas ni ne voulait entrer dans une démarche de réinsertion. De plus, les restrictions énoncées par le Dr J._____ sont superposables à celles des précédents rapports au dossier, en particulier celui du 16 août 2011 de son confrère le Dr T._____. Dans le rapport du 1^{er} octobre 2017 il n'est de surcroît attesté aucun élément nouveau postérieur à l'analyse du Dr T._____ ; le Dr J._____ ne décrit en particulier pas de suivi hospitalier d'urgence, dont il n'y a d'ailleurs pas trace au dossier. Il n'est également pas fait état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec les troubles diagnostiqués.

En tout état de cause, force est de constater que le Dr J._____ ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse d'octobre 2017. Ce faisant, il ne rend pas plausible une péjoration de l'état de santé et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en

l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

5. Au surplus, il convient de préciser que les rapports établis par les Drs J. _____ le 18 décembre 2017 et C. _____ le 12 février 2018 ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils ont été établis ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 2 novembre 2017. Au regard de l'objet du litige, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. consid. 3b supra).

6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis 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 du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est néanmoins rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera

au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 novembre 2017 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- 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 :