

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Le Sépey, recourant, représenté par le Centre social
protestant - Vaud,

et

OAI, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA; 83 al. 3 et 4 RAI; 82 LPA-VD

E n f a i t :

A. Le 19 mars 2008, R._____, né en 1962, manoeuvre a déposé une demande de prestations AI.

Dans un rapport du 2 juillet 2008, le Dr T._____, médecin généraliste, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux possiblement liés à une pathologie psychiatrique sous-jacente. Il a exposé notamment ce qui suit

“(…) Il s’est ainsi adressé à notre cabinet en février 2007 demandant une prise en charge. Il se plaignait de douleurs épigastriques récidivantes, épisodiquement brûlures rétro-sternales mais surtout des douleurs lombaires bilatérales et des sensations de chaleur alternant avec une impression de froid aux pieds. A ceci s’ajoutaient des frissons et sueurs nocturnes et l’impression d’un manque de force.

En octobre 2006, il était examiné par le Dr F._____, neurologue à Vevey qui n’a pas constaté une anomalie neurologique et avait proposé un stage d’observation en milieu hospitalisé. Il ne semble cependant pas que cette suggestion était suivie.

Un bilan artériel des MI réalisé par le Dr C._____, Monthey le 16.10.2006 permettait de conclure à l’absence d’athéropathie significative des MI.

Pour une récurrence de gastralgies avec brûlures oesophagiennes, nous l’avons re-adressé au Dr M._____, gastro-entérologue à Montreux qui avait déjà pratiqué une OGD en juin 2006. Il proposait de vérifier la présence voire persistance d’Helicobacter comme étiologie des symptômes. Le test respiratoire était en effet légèrement positif et le Dr M._____ avait proposé un traitement d’éradication. Selon les explications du patient, il semble qu’il avait déjà subi une tri-thérapie en juin 2006.

Cure d’une hernie inguinale droite en octobre 2003.

Lors d’un premier examen neurologique, en juillet 2004, le Dr S._____ à Monthey posait le diagnostic de troubles sensitifs d’origine indéterminée.

Un nouvel examen neurologique était réalisé par le Professeur G._____ à Clarens en octobre 2007 en raison des douleurs diffuses fluctuantes et de sensation de froid pour la région cervico-dorsale et aux niveaux des quatre extrémités. Dans ses constatations, il ne

révèle aucune trophicité aux quatre extrémités, pas de faciculation, pas de signe de polyneuropathie sensitive, tout au plus une légère baisse de la température au niveau des mains qui sont légèrement rougeâtres ouvrant la possibilité d'un syndrome de Raynaud pour lequel nous avons adressé le patient au Dr J._____, Lausanne qui l'a examiné le 08.01.2008. Il décrit la pléthysmographie artérielle rigoureusement normale. Il s'est également intéressé à la sphère cardiaque pour laquelle une ergométrie complète était subjectivement et objectivement négative. Sa proposition d'une consultation psychiatrique était à l'époque refusée.

Pour un sentiment de dyspnée avec oppressions thoraciques, le patient était examiné par le Dr W._____, pneumologue à Clarens qui a constaté des fonctions pulmonaires tout à fait dans la norme. Une embolie pulmonaire a également pu être écartée.

En février 2008, il s'est adressé à la Dresse H._____, pneumologue à Aigle, qui a conclu à un syndrome obstructif de degré léger, démasqué par le test au bronchodilatateur, permettant de conclure à un asthme bronchique. Les radiographies, qu'elle a réalisées à cette occasion, étaient dans les limites de la norme, la bronchoscopie montrait un status de morphologie normale.

Les agglutines froides étaient négatives le 05.06.2007, le TSH dosé le 05.11.2007 parlait en faveur d'une euthyroïdie.

Nous avons adressé le patient à la PMU de Lausanne, où il a été vu le 31.03 et le 14.04.2008. Les différents examens réalisés par le service n'ont pas permis d'objectiver des causes organiques et un trouble somatoforme douloureux possiblement lié à une pathologie psychiatrique a été évoqué."

Le Dr T._____ signalait encore que de la consultation à son cabinet, du 30 juin 2008, l'assuré signalait la persistance inchangée des symptômes, soit des douleurs épigastriques et récidivantes, brûlures rétrosternales épisodiques, douleurs lombaires avec actuellement extension aux totalgies et des sensations de chaleur alternant avec une impression de froid aux pieds, des sueurs nocturnes et une impression de manque de force. Le Dr T._____ concluait que les différents problèmes et douleurs annoncés par l'assuré, ne lui permettaient pas de reprendre une quelconque activité.

Dans un rapport du 18 novembre 2008, les Drs L._____, chef de clinique, et P._____, médecin assistant, du Centre du Grand Chêne, ont posé les diagnostics de trouble hypocondriaque (F45.2) et de troubles

somatoformes douloureux et persistant (F45.4). Ils ont exposé avoir évalué l'état clinique de l'assuré en estimant qu'un traitement par son médecin traitant serait suffisant avec prescription d'un traitement anxiolytique et des entretiens de soutien, ainsi que s'assurer qu'il poursuive le traitement d'ergothérapie, un traitement psychiatrique spécialisé n'étant pas indiqué vu les faibles capacités d'introspection et en l'absence d'une demande de sa part. Ils ont en outre indiqué que l'assuré manifestait un état d'anxiété importante, centré autour de ses craintes d'avoir une maladie physique non diagnostiquée et qu'il restait extrêmement focalisé sur ses sensations physiques, en étant difficile, voire impossible, de se concentrer et organiser son quotidien, les douleurs diffuses qu'il a développées l'empêchant d'exercer une activité professionnelle quelconque.

La Dresse Y._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, du Service médical régional (SMR), a examiné l'assuré le 20 février 2009 et déposé son rapport le 26 février 2009. Elle a posé les diagnostics de trouble hypochondriaque forme mineure (F45.2) et fibromyalgie à investiguer, ces diagnostics n'entraînant pas d'incapacité de travail. Il résulte en outre de son rapport notamment ce qui suit:

"Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble hypochondriaque mineur, caractérisé par une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont interprétés comme étant anormaux ou pénibles. L'assuré présente une forme mineure de trouble hypochondriaque et il est réticent à accepter une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Le diagnostic a été retenu après avoir écarté le diagnostic de somatisation, de trouble dépressif, de trouble délirant et de trouble panique.

La structure fruste de personnalité ne veut pas dire trouble de la personnalité. Des structures de personnalité peuvent en fait parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Par ailleurs, selon le médecin traitant, les douleurs chroniques sous forme de « mal partout » ou de « totalgies », font parties d'un probable diagnostic de fibromyalgie, à investiguer par un médecin rhumatologue.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, nous avons retenu le diagnostic de trouble hypochondriaque forme mineure, qui ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité.”

Dans un avis du 4 mars 2009, le Dr D. _____ du SMR a estimé qu’un examen rhumatologique n’était pas nécessaire dès lors que les investigations somatiques (neurologique, angiologique, gastro-entérologique, cardiologique, pneumologique, médecine interne) n’avaient pas permis d’objectiver une cause organique aux plaintes de l’assuré et qu’à supposer même que l’on retienne le diagnostic de fibromyalgie, celui-ci ne serait pas considéré comme incapacitant en l’absence de comorbidité psychiatrique et des critères de gravités reconnus par la jurisprudence.

Par projet de décision du 19 mars 2009, l’OAI a informé l’assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations.

A la suite des objections de l’assuré, l’OAI lui a répondu par lettre du 21 août 2009 notamment ce qui suit :

“Des conclusions de l’examen clinique SMR précité il ressort que le status psychiatrique ne montre pas de trouble thymique, anxieux ou psychotique. De plus il s’avère que vous n’avez plus de prise en charge spécialisée psychiatrique depuis juillet 2008.

D’autre part, les investigations somatiques (neurologique, angiologique, gastro-entérologique, cardiologique, pneumologique, médecine interne) n’ont pas permis d’objectiver une cause organique à vos plaintes. De plus, à supposer même que l’on retienne le diagnostic de fibromyalgie, celui-ci ne serait pas considéré comme incapacitant en l’absence de comorbidité psychiatrique et des critères de gravités reconnus par la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, nous considérons que l’instruction médicale est complète et cohérente et que nous avons tous les éléments afin de prendre notre décision en toute connaissance de cause. Il n’y a donc pas lieu de mettre en oeuvre une nouvelle expertise comme vous le sollicitez.”

Par décision du 21 août 2009, l’OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l’assuré.

B. Le 2 mars 2010, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations. Il faisait état d'un trouble somatoforme douloureux depuis 2004 et d'une protrusion discale L4-L5 et L5-S1 depuis 2009.

Dans un rapport du 19 mars 2010, le Dr K._____, médecin généraliste, a notamment indiqué ce qui suit :

“Depuis 2004, l'état psychique du patient s'est dégradé avec apparition de multiples douleurs diffuses au dos, région lombaire et aux membres inférieurs. Parallèlement, il décrit des sensations de chaud et de froid, qui varient brusquement au niveau des membres inférieurs et des extrémités. Les plaintes sont diverses et associées à une fatigue et un blocage de la hanche droite, empêchant la marche. Aucun substrat organique n'a été mis en évidence, mise à part une protrusion discale L4-L5, L5-S1 non significative. Le patient présente, depuis quelques mois, des idées de persécution avec un environnement hostile. Il rumine douloureusement des impressions de mépris par le corps médical et s'isole socialement. Il présente des épisodes dépressifs avec des plaintes hypochondriaques. En novembre 2009, il est adressé au centre «Appartenances de consultation psychiatrique» à Montreux. Un diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque est posé et un rapport médical sera dressé ultérieurement.”

Dans un rapport du 26 avril 2010, la Dr Dresse X._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et la psychologue N._____ d'Appartenance ont posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ces praticiennes ont en outre indiqué notamment ce qui suit :

“Symptômes actuels/état actuel

Symptômes cognitifs et du fonctionnement à traits paranoïaques : attitude défensive, contestataire et revendicative, s'exprimant par monologues logorrhéiques, pensée concrète et hermétique, n'assimilant pas l'apport relativisant ou alternatif de l'interlocuteur ou le refusant sans négociation, raisonnement centré et structuré autour de pensées obsédantes à contenu de rejet et de conspiration, perceptions et interprétations orientées sur le versant persécutoire, relations de cause à effet rigides.

Symptômes de fonctionnement à traits schizoïdes: inexpressivité affective, émoussement des affects et mise à l'écart de toute charge ou causalité affective relative à tout événement attendu comme positif ou négatif et à toute relation, retrait social marqué, manque de relations affectives investies et absence d'intérêt.

Symptômes de type somatoforme: douleurs diffuses et aléatoires aux membres, fourmillements ainsi que alternations de sensations chaud-froid aux jambes, oppressions thoraciques.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Le patient avance exclusivement ses douleurs somatiques, diffuses et aléatoires, sans appel ou mise en lien avec quel élément déclencheur qui soit. Il exprime avec désarroi son sentiment d'avoir été rejeté, voir maltraité, par un système de santé démissionnaire voire conspirateur, qui ne cherche pas à reconnaître ou admettre la cause de ses douleurs, l'emprisonnant ainsi dans une voie administrative sans issue. Nous constatons ainsi sur la base des rapports et transmissions antérieurs, et sur la multitude des sollicitations auprès des offices, une attitude de repli revendicateur devenant progressivement de plus en plus agissant. Le patient fait état d'une pensée concrète et hermétique, figée sur l'explication d'une non collaboration malveillante du système médical, propos explicités en boucle reliée entre eux par une logique interne refusant d'assimiler les hypothèses ou alternatives du thérapeute. Le patient présente une capacité d'introspection très faible, que nous comprenons comme un mécanisme de défense face à la menace de la mise en lien de sa condition avec des affects négatifs massifs liés aux événements passés. En effet, la récolte de données biographiques précises quant à la nature et les enjeux d'événements de vie significatifs (conditions du mariage, projet familial, retour forcé de la famille en pays en guerre, relations actuelles avec l'épouse et les fils) est rendue passablement difficile par l'attitude défensive, le détachement affectif associé aux événements, et l'interprétation des causalités s'orientant systématiquement sur une causalité somatique actuelle.

Au vu des éléments biographiques à disposition, des constatations cliniques et, du tableau symptomatique présenté, il est fort probable que le patient ait toujours présenté un fonctionnement à traits schizoïdes, notamment relatif à la distanciation des affects, ainsi qu'une forte rigidité des perceptions et élaborations, sur la base d'une pensée opératoire peu ouverte à l'introspection. Bien que plusieurs éléments soient encore inaccessibles à l'enquête du fait même de la pathologie du patient, la majoration des traits schizoïdes et les glissement des activités cognitives sur un mode persécutoire témoignent en faveur de l'impossibilité du patient à élaborer et faire face aux charges émotives et aux enjeux personnels liés aux événements ayant fait basculer l'ordre préalablement établi et rigide du projet de vie (irrémédiable concrète et symbolique du renvoi forcé de la famille), emmurant le patient dans une souffrance psychique ne pouvant s'extérioriser que par la somatisation et la projection.

(...)

*Questions sur l'activité exercée à ce jour
Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes*

Sur le plan psychique, nous constatons toutes les particularités du fonctionnement cognitif et émotionnel précédemment citées : pensée opératoire et hermétique, élaborations et liens de causalité rigidement organisés autour d'une représentation figée de la réalité dans un contexte de vécu persécutoire, avec une inexpressivité et un détachement affectif de toute relation ou événement attendu comme affectivement significatif.

Comment se manifestent-elles au travail?

Le patient se vit comme malade organiquement, sur un mode fortement persécuté compte tenu de ses affirmations et revendications envers le corps socio-médical. Sur la base d'un fonctionnement cognitif opératoire, une rigidité psychique s'est péjorée pour finalement favoriser le développement d'une perception de l'environnement orientée et rétrécie, processus sur lequel le patient ne témoigne à l'heure actuelle d'aucune capacité de compréhension alternative des tenants et aboutissants liés à son état de mal-être. Dans cet état de fait, et trois ans après l'arrêt du dernier emploi occupé, il semble fort improbable que le patient puisse présenter à nouveau les capacités d'investissement nécessaires à la bonne poursuite d'une activité lucrative."

Dans un avis médical du 18 juin 2010, le Dr D._____ a estimé qu'aucun diagnostic nouveau n'était avancé, que le trouble somatoforme douloureux persistant avait été récusé lors de l'examen psychiatrique au SMR en février 2009 et que le trouble mixte de la personnalité existait depuis la fin de l'adolescence, ce qui n'avait pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2007. Il estimait que l'aggravation alléguée n'était pas vérifiée.

Par projet de décision du 13 août 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la deuxième demande dès lors qu'aucun diagnostic nouveau ne lui permettait de revenir sur sa précédente décision.

Dans une lettre du 29 septembre 2010 adressée au Dr D._____, la Dr Dresse X._____ et la psychologue N._____ ont écrit notamment ce qui suit:

"Notamment, nous revenons sur l'observation qu'aucun nouveau diagnostic n'aurait été avancé. Nous mentionnons dans le rapport médical du 26.04.2010 que le patient commence à rapporter des troubles de type somatoforme depuis 2000, année du renvoi de la famille pour le Kosovo alors en situation de conflit, en raison de l'échec des tentatives de regroupement familial du patient. Un premier arrêt de travail est établi en 2004, puis des suivants en 2005 et 2007. Nous soulignons que le patient avait alors consulté divers intervenants médicaux, persuadé qu'aucun d'eux n'était en mesure ou ne souhaitait communiquer la nature des troubles qu'il présentait, le patient réfutant toute référence à une étiologie psychique. Nous avons en notre possession un certificat d'arrêt de travail du 25.04.2005, transmis à l'assurance par le Dr Monnier, dans lequel il explique "les troubles sont manifestement psychiatriques, mais jusqu'à ce jour déni complet du patient qui reste figé sur ses plaintes somatiques" (cf. document y relatif). Un concilium psychiatrique du 16.07.2008 de la Fondation de Nant établi par les médecins L._____ et P._____ avance un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.2), tout en soulignant l'ambivalence du patient par rapport à un traitement de type psychiatrique, les tentatives médicamenteuses n'ayant par ailleurs pas abouti. Aussi, bien que les intervenants mettent en lien la problématique du patient avec les enjeux du regroupement familial dans les années 2000-2005, il ne semble pas avoir été porté à leur connaissance l'élément primordial du renvoi de la famille de Suisse.

En effet, le tableau clinique présenté par le patient, et notamment ses caractéristiques relatives aux troubles mixtes de la personnalité, traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0) telles que nous les rapportons dans le rapport du 26.04.2010 (cf. rapport y relatif, notamment attitude défensive, pensée concrète et hermétique, vécu sur le versant persécutoire, inexpressivité affective) sont à même d'apporter une compréhension des raisons pour lesquelles un suivi psychiatrique consistant n'a jusqu'à récemment pas pu se mettre en place, ne permettant donc pas l'énonciation d'un diagnostic psychiatrique. Un tel diagnostic apparaît finalement dans le rapport du 26.04.2010.

Concernant l'observation selon laquelle un trouble mixte de la personnalité existant depuis la fin de l'adolescence n'aurait pas empêché le patient de travailler jusqu'en 2007, nous soulignons les précisions énoncées par la CIM-10 selon lesquelles "Le trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable mais qui peut être d'apparition tardive et "Le trouble est habituellement, mais pas toujours associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social" (Cf. CIM-10, p.182). Le rapport du 26.04.2010 comporte nos observations et hypothèses quant aux facteurs déclenchants ayant pu

entraîner une péjoration de l'état psychique jusqu'à rendre le fonctionnement pathologique et afunctionnel: "... il est fort probable que le patient ait toujours présenté un fonctionnement à traits schizoïdes [...] sur la base d'une pensée opératoire peu ouverte à l'introspection. [...] La majoration des traits [...] témoignent en faveur de l'impossibilité du patient à élaborer et faire face aux charges émotives et aux enjeux personnels liés aux événements de vie ayant fait basculer l'ordre préalablement établi et rigide du projet de vie [...] (Cf. rapport y relatif, p.2). Le rapport du 26.04.2010 rapporte également une péjoration progressive de l'état psychique au fur et à mesure des confrontations existentielles face auxquelles le patient ne présente plus de ressources fonctionnelles. Ainsi donc, nous estimons que l'observation liant le trouble de la personnalité à l'activité professionnelle mériterait d'être étudiée de manière plus approfondie.

Enfin, nous rappelons la difficulté majeure, à laquelle se sont confrontés nos précédents confrères, à poser un traitement médicamenteux qui serait non seulement pertinent au vu du diagnostic, mais aussi adopté par le patient, compte tenu des caractéristiques paranoïaques et schizoïdes du tableau clinique. Dans ce contexte et à ce stade, le premier objectif à visée thérapeutique ne peut être que la création délicate d'une alliance investie comme sécurisante."

Le 1er novembre 2010, le Dr K. _____ a écrit au Dr D. _____
notamment ce qui suit :

"Le patient s'est toujours présenté avec les mêmes plaintes somatiques à savoir, des douleurs ostéo-articulaires multiples migrantes accompagnées de tout un contexte de sensations de chaud et froid, dysesthésies etc. Il a toujours nié une pathologie psychiatrique sous-jacente et ce malgré la preuve de l'absence de substrat organique apporté par les nombreuses investigations somatiques.

L'état psychique du patient s'est dégradé ces derniers mois avec apparition d'idées de persécution dans un environnement « hostile ». Il rumine douloureusement des impressions de mépris pour le corps médical et s'isole socialement. Il présente des épisodes avec des plaintes hypocondriaques. La prise en charge par la consultation psycho-thérapeutique pour migrant du centre Appartenances a été longue à se mettre en place, le patient a même refusé de s'y rendre. Le diagnostic du trouble mixte de la personnalité avec des traits paranoïaques et schizoïdes émis par la Doctoresse X. _____ se confirme par l'attitude du patient qui fait un déni de son trouble psychique avec refus de consulter, tendance rancunière, caractère soupçonneux, retrait social avec désintérêt de relation amical.

Il s'agit effectivement du trouble sévère de la personnalité, s'accompagnant de difficulté personnelle et sociale considérable. Il

nécessite une prise en charge conséquente en milieu psychiatrique avec un accompagnement à la fois structurant et sécurisant.

Aussi je vous prie de reconsidérer le projet de décision de refus de rente AI, et de réexaminer à nouveau la situation psychique du patient”.

Dans un avis médical du 16 novembre 2010, le Dr D. _____ a maintenu les conclusions de son précédent avis.

Par décision du 4 août 2011, l’OAI a rejeté la deuxième demande de prestations.

Par lettre du même jour, il a exposé notamment ce qui suit :

"Vos objections portent essentiellement sur l’aspect médical de votre dossier, en particulier l’évaluation de votre capacité de travail exigible. A cet égard, un rapport de la fondation «Appartenances », daté du 29 septembre 2010, ainsi qu’un rapport du 1er novembre de votre médecin-traitant, le Dr K. _____, ont été produits.

Ces rapports ne nous permettent toutefois pas de remettre en question notre projet de décision.

Sur le plan juridique, dès lors qu’une première demande de prestations a abouti à une décision de refus datée du 21 août 2009, entrée en force, il convient d’examiner si la situation s’est modifiée par rapport à celle existant au moment où la précédente décision a été rendue (ATF 130 V 71).

Or en l’espèce, force est de constater qu’aucune aggravation ne peut être retenue depuis 2009.

En effet, lors de la première demande, vous avez été examiné au SMR par un spécialiste en psychiatrie. Selon son rapport d’examen, si une structure de la personnalité fruste a été constatée, un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10 était expressément exclu. D’autre part, aucune autre pathologie psychiatrique ayant valeur de maladie au sens de la loi fédérale sur l’assurance-invalidité (LAI) n’avait été relevée.

Certes les psychiatres d’ «Appartenances» retiennent, dans leurs rapports des 26 avril et 29 septembre 2010, le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité, avec traits paranoïaques et schizoïdes. On constate toutefois que de tels troubles sont généralement présents depuis la fin de l’adolescence. Or, vous avez manifestement pu travailler et fonctionner tout à fait normalement jusqu’en 2007. D’autre part, aucun élément de l’anamnèse ou du status ne permet

de dire que ce trouble se serait brusquement décompensé en 2007 ou en 2009.

Il ne nous est dès lors pas possible de retenir une aggravation de votre état de santé depuis la décision de refus de prestations du 21 août 2009.

Votre contestation du 9 septembre 2010, ainsi que les rapports médicaux produits à son appui, ne nous permettent donc pas de remettre en question notre projet de décision du 13 août 2010, lequel doit par conséquent être intégralement confirmé.”

Le 15 août 2011, le Dr B._____, psychiatre, et la psychologue N._____ ont adressé au Dr D._____ une lettre dont il résulte en particulier ce qui suit :

“Status :

Le patient fait son âge, présente une hygiène et tenue vestimentaire correcte et sans recherche.

Il présente une pensée rétrécie aux thèmes de la maladie et de l'intentionnalité malveillante d'autrui, notamment du corps médical. Présence de ruminations y relatives. La pensée est circonstanciée, hermétique, structurée de façon rigide autour de théories de relations de cause à effets, opératoire. L'accès à l'introspection et à la vie psychique est pour l'heure impossible. Le patient présente une méfiance et un vécu de persécution quasi délirants, supportés par une interprétativité des intentions et comportements d'autrui comme moqueurs, négligeants, hostiles et même conspirant contre lui afin de lui couper l'accès à des informations vitales. Le discours devient alors logorrhéique et répétitif.

Au niveau des perceptions et des troubles du moi, le patient avance quelques éléments d'étrangeté relative à son corps, tels que perception d'avoir deux bouches, ou que ses jambes ne lui appartiennent pas de façon constante ou soient des éléments morts. Au niveau affectif; présence d'un émoussement des affects et d'une inexpressivité. Irritabilité, agitation intérieure.

Le patient présente une sociabilité fortement restreinte à son seul frère, ne participe à aucune activité sociale et reste passablement seul au domicile. Fort désintérêt pour tout lien social. Manque d'investissement affectif y compris envers son épouse et ses enfants au Kosovo.

Troubles du sommeil avec cauchemars à contenu de personnes décédées.

Au niveau somatique, plaintes récurrentes et figées relatives à des sensations de chaleur et de froideur en alternance dans les jambes (membres gelés, insensibles; morts, n'appartenant pas au patient). La conscience morbide est absente.

Diagnostics :

F60.0 Personnalité paranoïaque

F60.1 Personnalité schizoïde

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

Depuis la date du refus de la première demande, le 21 .08.2009, les troubles de la personnalité se sont péjorés. D'ailleurs, au vu de cette aggravation, et comme les critères suffisants sont présents, ils justifient actuellement deux diagnostics séparés, plutôt que le diagnostic de trouble mixte, comme auparavant.

Nous contestons absolument ce que vous avancez dans vos rapports, à savoir que les troubles de la personnalité du patient ne se sont pas décompensés en 2007, péjorés constamment depuis 2007, et qu'ils ne sont actuellement pas invalidants.

En effet, il apparaît de façon très claire que M. R. _____ a commencé à présenter une décompensation de ses troubles de la personnalité suite à un événement de vie particulièrement stressant, soit le renvoi de sa famille au pays d'origine, comme il n'était pas parvenu à remplir les conditions d'octroi de permis, en 2000. Ceux-ci allant se péjorant, il est parvenu à plus ou moins maintenir une activité professionnelle quelque temps, soit jusqu'en 2004. Par la suite, les troubles de la personnalité, augmentés d'ailleurs par le trouble somatoforme, ont entraîné une incapacité de travail intermittente jusqu'en 2007, puis une incapacité de travail définitive ensuite, contrairement à ce que vous affirmez. Sur le plan théorique, il est parfaitement établi que les troubles de la personnalité peuvent rester longtemps compensés et se décompenser à n'importe quel âge, comme d'ailleurs mentionné dans la CIM-10. Ils peuvent bien entendu impliquer une incapacité de travail, comme vous le mentionnez vous-même, et comme c'est le cas pour notre patient.

Il apparaît aussi de façon particulièrement évidente que ces troubles sont invalidants, notamment en raison de leur gravité, et, encore une fois, de leur péjoration progressive entre 2001 et février 2009, et encore entre février 2009 et aujourd'hui. A ce propos, on mentionnera que l'évolution clinique s'oriente progressivement vers un trouble schizotypique, au vu de l'exacerbation du délire de persécution, et des nombreuses bizarreries s'inscrivant dans le spectre de la schizophrénie, sur les plans de la pensée, du contact, et des perceptions somatiques. La fixation du patient sur son corps, son incapacité à accéder à son propre contenu psychique, ses tendances projectives correspondent à des défenses de type déni et forclusion vis-à-vis d'un effondrement psychotique, selon un équilibre précaire. Ainsi le pronostic est mauvais, d'autant plus que M. R. _____, du fait de sa psychopathologie, se montre très réticent à toute prise en charge.

Autre point, la symptomatologie nous ayant conduit à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est prégnante. Ecarter ce diagnostic purement et simplement, notamment en ne liant pas la

symptomatologie qui l'évoque à un possible trouble schizotypique, et plus encore, dénier son importance quant à l'incapacité de travail que présente M. R._____, nous semble arbitraire. On ajoutera pour la partie formelle, que si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu en février, il correspond à un diagnostic qu'il s'agit cette fois de considérer pour cette deuxième demande, et qui répond également au critère de la nouveauté depuis le 21.08.2009, au vu de sa péjoration."

C. Par acte du 13 septembre 2011, R._____ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Il soutient en substance que c'est à tort que l'OAI n'a pas examiné si l'état psychiatrique du recourant s'était péjoré depuis la décision du 21 août 2009.

Dans une écriture complémentaire du 7 octobre 2011, le recourant a conclu à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il relève que dans son rapport du 26 février 2009, la Dresse Y._____ avait évoqué le diagnostic de fibromyalgie admettant de ce fait l'existence des plaintes du recourant sur le plan rhumatologique et proposé une investigation complémentaire, laquelle n'a jamais eu lieu. Il a produit une lettre du 26 septembre 2011 adressée à son conseil par le Dr B._____ et la psychologue N._____ dans laquelle ces praticiens confirment les diagnostics posés dans leur lettre du 15 août 2011 ainsi que leurs conclusions.

Par réplique du 9 novembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans son écriture du 9 janvier 2012, l'OAI a conclu à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique au vu du rapport médical du Dr B._____ du 26 septembre 2011. Il a produit un avis médical du 16 décembre 2011 des Drs D._____ et [...] proposant "une expertise psychiatrique externe".

Dans sa réplique du 24 janvier 2012, le recourant a relevé que la proposition d'une expertise psychiatrique seulement pouvait laisser à penser que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux semblait

admis et pouvait être retenu pour avéré et que dans cette mesure seulement une expertise sur le plan psychiatrique uniquement lui paraissait suffisante. Il a en outre requis que l'expert soit invité à déterminer depuis quand le status psychiatrique s'est détérioré, sans exclure la période allant de mars 2010 à août 2011.

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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de

nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références).

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. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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, 130 V 75 consid. 3.2).

c) L'article 17 LPGA prévoit que, 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 (al. 1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, 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 par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3 p. 73 ss).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

d) En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 21 août 2009 et si cette aggravation a une influence sur son droit à des prestations AI.

3. 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 de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. .3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur 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 125 V 351, consid. 3a; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que, si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de

savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. arrêt du 28 juin 2011 dans la cause 9C_243/2010; ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 no 22, p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, aucun substrat organique n'a été mis en évidence, mise à part une protrusion discale L4-L5, L5-S1 non significative selon le Dr K. _____ (rapports des 19 mars et

1er novembre 2010). Le diagnostic rhumatologique de fibromyalgie a certes été évoqué par la Dresse Y._____ (rapport du 26 février 2009), mais il ne l'est plus lors du dépôt de la deuxième demande.

b) Sur le plan psychiatrique, les Drs X._____, B._____ et K._____ estiment tous que l'état de santé du recourant s'est aggravé et posent les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, troubles mixtes de la personnalité, traits paranoïaques et schizoïdes pour la Dresse X._____ (rapport du 26 avril 2010) et de personnalité paranoïaque et de personnalité schizoïde pour le Dr B._____ (rapport du 15 août 2011).

La documentation médicale figurant au dossier ne permet toutefois pas de déterminer en pleine connaissance de cause l'évolution de l'état de santé psychique du recourant, ni son influence sur la capacité de travail de celui-ci.

c) L'instruction menée par l'intimé est ainsi lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

L'OAI l'admet puisqu'il estime une expertise psychiatrique nécessaire alors que le recourant requiert une expertise pluridisciplinaire. A la date de la décision attaquée, il apparaît que seule une aggravation de l'état psychique du recourant est évoquée par les médecins, raison pour laquelle, en l'état, seule une expertise psychiatrique doit être effectuée.

Il y a lieu dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique effectuée par un expert extérieur au SMR (art. 44 LPGA), comme il y conclut d'ailleurs, puis une nouvelle décision sur le droit aux prestations du recourant.

6. Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter équitablement à 2'000 francs à la charge de l'OAI lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 4 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. Antoine Hartmann, Centre social protestant (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :