

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2021

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat, à Prilly,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 43 al. 1 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...], né en [...], sans formation, a travaillé comme employé polyvalent auprès de [...] du 1^{er} novembre 2016 au 15 septembre 2018.

L'assuré a présenté une incapacité de travail dès le 6 février 2017 et a été opéré le 14 février 2017 pour une cautérisation de la fistule artérioveineuse durale médullaire. N._____SA (ci-après : N._____), assurance perte de gain, lui a versé des indemnités journalières dès le 20 février 2017.

Le 12 septembre 2017, l'assuré a subi une reprise chirurgicale pour le résidu de fistule artérioveineuse durale spinale T10 droite.

Dans un rapport du 28 février 2017, le Dr R._____, médecin au W._____ (ci-après : W._____) a notamment relevé que l'assuré présentait une hypoesthésie périnéale et scrotale et que son tonus anal était diminué.

Le 15 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), indiquant comme genre d'atteinte : « une myélopathie dorsale avec atteinte proprioceptive et sphinctérienne ».

L'assuré a consulté la Dre Q._____, spécialiste en neurochirurgie, le 4 avril 2018, laquelle a estimé, s'agissant des troubles sphinctériens, qu'un bilan urodynamique et un suivi neuro-urologique de l'assuré devaient être mis en place (cf. rapport du 28 juin 2018).

Dans un formulaire médical du 17 septembre 2018 à l'attention de l'Office AI, le Dr M._____, médecin praticien, a retenu le diagnostic de fistule artérioveineuse dure-mérienne médullaire avec compression médullaire en T11 et parésie du membre inférieur droit à

M4+, ainsi que des troubles sphinctériens urinaires et rectaux depuis mars 2016. Précisant n'avoir vu l'assuré qu'à trois reprises, il a constaté que les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient les suivantes : parésie M4+ du membre inférieur droit, troubles sphinctériens urinaires et rectaux et allégation de chutes de la part du patient. Il a ainsi considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis mars 2016, mais une capacité de travail totale dès juillet 2018 dans une activité adaptée, soit sans station debout, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans marche sur terrain irrégulier et sans montée-descente d'escaliers.

Interpellé par la N._____, le Dr M._____ a ajouté, dans un rapport du 17 septembre 2018, que, dans le cadre d'une activité professionnelle, l'assuré devait bénéficier de postures variées et, sur un plan purement pratique, de toilettes disponibles à proximité. Une activité à 100 % était possible à un poste respectant les limitations mentionnées dans ses rapports.

Par décision du 16 janvier 2019, confirmant un projet de décision du 14 novembre 2018, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que dès le 1^{er} juillet 2018 une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de soulèvement de charges supérieures à 10 kg, pas de station debout prolongée, pas d'activités principalement en marchant, pas de montée et descente d'escaliers, et pas de marche sur terrain irrégulier).

B. Par acte du 18 février 2019, B._____, représenté par Me Lionel Zeiter, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, en son annulation, à ce qu'il soit reconnu qu'il était totalement invalide et qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière dès le 6 février 2018 (sic). Il faisait valoir que ses limitations fonctionnelles étaient plus conséquentes, ne pouvant notamment pas porter de charges, se déplaçant en cannes ou déambulateur et souffrant d'incontinence

urinaire et fécale. En tenant compte de l'ensemble des circonstances, il était totalement incapable de travailler quel que soit l'activité envisagée. A titre de mesures d'instruction complémentaire, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 8 avril 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il a indiqué que, si l'assuré avait certes présenté une incapacité de travail entière du 6 février 2017 au 30 juin 2018, une rente n'aurait pu lui être allouée que dès le 1^{er} novembre 2018 (compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 15 mai 2018), soit une fois que le droit n'était plus ouvert. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles avaient été fixées par le médecin de l'assuré, le Dr M._____. Au surplus, il n'existait pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance.

Dans ses observations du 6 mai 2019, l'assuré a indiqué que les conclusions du Dr M._____, qui ne l'avait vu qu'à trois reprises, n'étaient pas pertinentes. Le pronostic de reprise du travail à 100 % était d'ailleurs contredit par le certificat médical d'incapacité pour la période du 1^{er} juillet au 31 octobre 2018, établi le 19 septembre 2018 par la Dre Q._____. L'assuré relevait également que des examens complémentaires devaient être conduits selon le rapport du 28 juin 2018 du W._____. Or, les résultats de ces examens ne figuraient pas au dossier de l'Office AI.

L'Office AI a confirmé ses conclusions en date du 24 mai 2019.

Le 30 septembre 2019, l'assuré a informé la Cour de céans avoir repris une activité lucrative au taux de 30 % auprès de son ancien employeur depuis le 1^{er} août 2019, précisant se cantonner à l'activité de caissier, ne pouvant pas assumer d'autres tâches. Ce travail lui avait été confié par une personne proche, désirant lui venir en aide, mais il doutait de pouvoir assumer une activité professionnelle en milieu ordinaire, sans lien de proximité avec son employeur.

C. Par mandat du 23 août 2019, le juge instructeur a confié aux G._____ (ci-après : G._____) le soin de procéder à une expertise judiciaire bidisciplinaire (neurologie et médecine interne). Dans leur rapport du 10 février 2020, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, les Dr D._____, et Dre X._____, spécialiste en neurologie, électroencéphalographie et électroneuromyographie (ci-après : les experts des G._____ ou les experts judiciaires) ont notamment retenu ce qui suit :

« 4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'expert interniste ne retient pas de diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles.

Les experts neurologues retiennent le diagnostic de status post 2 exérèses d'une fistule artério-veineuse durale spinale T10-T11 avec une vessie neurogène et une fatigabilité, sans déficit moteur associé. Cette fatigabilité est incompatible avec le port de charges lourdes, une station debout et une marche prolongées. La vessie neurogène quant à elle, contraint l'assuré à procéder à plusieurs auto-sondages par jour. Il est donc important que son activité professionnelle lui permette de bénéficier d'un temps de pause adapté afin de gérer dans l'intimité ces gestes.

(...)

4.7. Capacité de travail (CT) dans l'activité exercée jusqu'ici

L'expertise de médecine interne ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assuré est donc de **100%** dans tout type d'activité, et ce **depuis le 1^{er}.07.2018**.

L'expertise neurologie retient une CT de **75%** pour l'activité de caissier dans un magasin d'alimentation **depuis le 1^{er}.07.2018** (date retenue par le Dr M._____ dans son rapport du 17.09.2018 sur lequel s'est basée l'AI dans sa décision).

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une CT dans l'activité jusque-là exercée de :

- **0% du 06.02.2017** (date de l'arrêt de travail) **au 30.06.2018**.
- **75% depuis le 1^{er}.07.2018, pour une durée actuellement non évaluable.**

4.8. Capacité de travail (CT) dans une activité adaptée

L'expertise de médecine interne ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assuré est donc de **100%** dans tout type d'activité, et ce **depuis le 1^{er}.07.2018**.

L'expertise neurologique retient une CT de 75% dans une activité adaptée depuis le 1^{er}.07.2018 (date retenue par le Dr M._____ dans son rapport du 17.09.2018 sur lequel s'est basée l'AI dans sa décision). Une activité adaptée est une activité professionnelle ne requérant pas de port de

charges lourdes ni de station debout ou de marche prolongées. Elle permettrait également à l'assuré de gérer dans l'intimité les auto-sondages intermittents. Il faut, pour cela, anticiper environ 2-3 pauses par journée de travail, ce que nous estimons à environ 2 heures sur une journée de travail de 8 heures. En intégrant ces éléments, l'activité professionnelle actuelle de l'assuré peut être considérée comme une activité adaptée.

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une CT dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré de :

- **0% du 06.02.2017** (date de l'arrêt de travail) **au 30.06.2018.**
- **75% depuis le 1^{er}.07.2018, pour une durée actuellement non évaluable.** »

Dans ses déterminations du 18 mars 2020, l'Office AI s'est rallié aux conclusions des experts, à la suite d'un avis du 9 mars 2020 du Dr H._____, médecin au Service médical régional (ci-après : SMR), lequel a indiqué que l'argumentation des neurologues l'avait convaincu s'agissant de la fatigabilité de la marche de l'assuré dans les pathologies incapacitantes en l'absence de troubles moteurs, que la vessie neurogène était parfaitement documentée et que les mesures médicales évoquées ne pouvaient être rendues exigibles car il s'agissait surtout de mesures pour confirmer les diagnostics et l'entretien sans impact réel sur l'augmentation de la capacité de travail.

Par déterminations du 17 juin 2020, l'assuré a requis la conduite d'un complément d'expertise concernant la problématique des incontinences et des douleurs.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 15 mai 2018.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait

donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de soulèvement de charges supérieurs à 10 kg, pas de station debout prolongée, pas d'activités principalement en marchant, pas de montée et descente d'escaliers, et pas de marche sur terrain irrégulier).

Le recourant a fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire en dates des 7 novembre, 29 novembre et 26 décembre 2019 auprès des G._____. A l'issue de cette expertise, un rapport a été rendu le 10 février 2020, duquel il ressort notamment que le recourant présente une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 % depuis le 1^{er} juillet 2018. Les experts judiciaires ont précisé qu'une activité adaptée correspondait à une activité ne requérant pas de port de charges lourdes ni de station debout ou de marche prolongées. Elle devait également permettre au recourant de gérer dans l'intimité les auto-sondages intermittents. Le recourant estime toutefois que ce rapport devrait être complété par un complément d'expertise.

b) Le rapport d'expertise du 10 février 2020 contient une anamnèse complète selon les éléments du dossier sur le plan de médecine interne et neurologique ; les experts judiciaires relatent les examens cliniques réalisés, prennent en considération les plaintes du recourant. Les

experts judiciaires ont d'ailleurs décrit la vie quotidienne du recourant, exposé la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés du recourant. L'expertise contient une appréciation du cas très détaillée sur le plan de médecine interne et sur le plan neurologique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Il sied toutefois de constater que l'expert en médecine interne a noté que le recourant présentait une boiterie franche (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 13). L'appréciation de l'expert neurologue à ce sujet est pour le moins lacunaire, ce praticien se contentant d'indiquer qu'il n'y a « pas d'argument ni à l'examen clinique, ni aux examens complémentaires, pour confirmer la présence d'un déficit moteur, permettant d'expliquer les troubles de la marche » (cf. ibid. p. 31). S'agissant en outre de la date de fin de l'incapacité de travail du recourant, les experts judiciaires se sont accordés de la fixer au 1^{er} juillet 2018 sur la base du rapport du Dr M._____, sans motivation, alors même que le Dr M._____ n'a vu le recourant qu'à trois reprises.

c) Les experts judiciaires ont également retenu, s'agissant des limitations fonctionnelles (cf. rapport du 10 février 2020, point 6.6, p. 31), que l'une des plaintes principales du recourant était ses troubles vésico-sphinctériens. Or, le dossier initial n'avait pas fourni d'évaluation sur le plan urinaire et fécal, par exemple un examen urodynamique. Sur requête du Dr S._____, les experts judiciaires avaient toutefois pu prendre connaissance d'un examen urodynamique réalisé le 14 novembre 2018, et dans lequel était confirmé la présence d'une vessie neurogène. L'incontinence urinaire n'était pas démontrée, contrairement à l'indication des sondages intermittents. Ces sondages intermittents étaient compatibles avec une diminution de la capacité de travail. A des fins diagnostiques, il leur paraissait nécessaire de réaliser à nouveau cet examen, étant précisé qu'ils n'avaient pas pu tester l'incontinence urinaire. Les experts judiciaires suspectaient en outre la présence d'une atteinte partielle du sphincter anal, compatible avec au moins un certain degré d'incontinence fécale, qu'il « rest[ait] à confirmer avec un examen

de type manométrie anorectale, voire endosonographie anale pour écarter d'autres potentielles étiologies ». Formellement, les experts judiciaires ne pouvaient retenir « l'incontinence anale comme diagnostic diminuant la capacité de travail sans examen complémentaire pouvant la confirmer ».

Ces aspects n'ont pas été investigués plus avant d'un point de vue d'un spécialiste. On doit notamment relever que l'intimé disposait de rapports médicaux attestant de troubles sphinctériens urinaires et rectaux. Il ressort ainsi clairement du dossier que l'atteinte à la santé du recourant relève également d'une problématique urologique, voire aussi proctologique, les experts judiciaires soulignant la nécessité d'analyser cette problématique. Ces aspects, connus de l'intimé à la date de reddition de la décision litigieuse et non investigués, justifient de plus amples examens, notamment quant à leurs répercussions en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'avère donc que l'instruction du cas est manifestement lacunaire.

Par surabondance, la Cour de céans relèvera également la nécessité de procéder à une consultation spécialisée de la douleur, comme préconisée par les experts judiciaires, nécessaire pour évaluer la participation respective des composantes neurogène et mécanique (cf. *ibid.* p. 37).

d) En définitive, l'expertise judiciaire ne permet pas de déterminer précisément les limitations fonctionnelles du recourant, ni de statuer sur sa capacité de travail effective.

6. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause, on ne peut déterminer les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, ni par voie de conséquence statuer sur son droit à une rente d'invalidité. Un complément d'instruction doit dès lors être mené à bien au préalable.

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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'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 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). A ce titre, il y aura lieu de procéder à un complément du cas par un spécialiste sur les plans urologique et proctologique en vue de clarifier la capacité de travail effective du recourant, avant de soumettre ces renseignements au SMR pour un avis, l'intimé demeurant libre d'ordonner toutes autres mesures d'instruction utiles. Il appartiendra également à l'intimé de procéder à une réévaluation du recourant par un neurologue concernant les troubles de la marche évoqués *supra* et la motivation de l'incapacité de travail ainsi que d'interpeller les neurochirurgiens du W._____. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu des pièces qu'il avait au dossier, compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al.1 LPGA), les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 4'010 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al.1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 consid. 3.2 du 4 février 2020).

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 16 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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.** Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 4'010 fr. (quatre mille dix francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 à :

- Me Lionel Zeiter (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurance 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).

La greffière :