

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 mai 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Tafelmacher,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaillait en dernier lieu comme plombier-déboucheur pour le compte de la société F.\_\_\_\_\_ Sàrl, créée par lui le [...] 2017, et comme agent de surveillance au taux de 10 %.

Le 2 septembre 2019, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en signalant une incapacité de travail de 100 % du 21 mars 2018 au 30 avril 2019, et de 70 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2019.

Dans un rapport du 18 décembre 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'incontinence fécale, d'arthropathie du genou, et de trouble dépressif. L'assuré souffrait de fatigue, de douleurs au genou gauche et de pertes de selles avec les efforts. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques, d'antidépresseurs et en une psychothérapie. Les limitations fonctionnelles étaient le soulèvement de poids, ainsi que la marche prolongée et sur les terrains irréguliers. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 20 à 30 % depuis 2020 à des conditions spéciales et avec des toilettes proches.

Le 23 janvier 2020, ce médecin a transmis à l'OAI un rapport de manométrie anorectale du 16 novembre 2005 révélant une hypotonie sphinctérienne importante, en précisant que ce trouble était consécutif à un accident survenu en 2005, avec péjoration progressive de l'incontinence fécale. L'assuré présentait aussi des lésions aux genoux, qui avaient été diagnostiquées à la suite d'un accident survenu en 2013, et qui s'étaient péjorées à partir de 2017. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a signalé que son patient était également au bénéfice d'une psychothérapie de soutien depuis 2006. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné le port de charges supérieures à 10 kg et la marche prolongée même sur une surface plate. Il était d'avis que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> mai 2019.

Dans un avis du 30 janvier 2020, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'incontinence fécale présente depuis 2005 n'avait pas limité l'assuré auparavant et que la dernière imagerie par résonance magnétique du genou gauche réalisée en 2018 montrait des lésions dégénératives qui ne devraient pas limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la dépression présente de longue date, avec instauration d'un traitement depuis 2006, il n'y avait pas de notion d'aggravation. Elle était d'avis qu'il était difficile de valider le caractère incapacitant de ces atteintes en l'état et a préconisé une expertise pluridisciplinaire avec un volet psychiatrique, gastroentérologique et rhumatologique.

L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée à D.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, l'assuré a été examiné par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport d'expertise du 30 juin 2020, ils ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec incidence sur la capacité de travail :

- Incontinence anale dès 2005 d'origine accidentelle, CIM R15
- Prolapsus anorectal extériorisé à la défécation, avec repositionnement spontané, CIM K623
- Gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche, M17.0
- Douleurs lombaires sur discopathie et protrusion discale, M51.9

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail :

- Trouble anxieux et dépressif mixte, F41.2
- Obésité morbide, E66.8
- Syndrome métabolique, E 88.9
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé, 47.3
- Status post atteinte du sciatique poplité externe droit, 57.3
- Gastrite atrophique »

Concernant les limitations fonctionnelles, ils ont mentionné que l'incontinence anale nécessitait des passages fréquents et un accès rapide aux toilettes et la possibilité d'avoir un horaire souple de travail. Les gonalgies induites par la chondropathie limitaient les déplacements,

contre-indiquaient les positions à genoux ou accroupies, le travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), la montée répétitive d'escaliers et les efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg. La pathologie lombaire imposait en outre d'éviter les positions en porte-à-faux du buste ainsi que le port de charge de plus de 10 kg. Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 21 mars 2018 dans l'activité de plombier-déboucheur en raison de la pathologie rhumatismale. Elle était en revanche de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, depuis novembre 2005 dans l'activité d'agent de surveillance ou dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, sous condition d'un accès rapide aux toilettes et un horaire souple.

Se déterminant le 10 août 2020 sur le rapport d'expertise, la Dre X. \_\_\_\_\_ du SMR s'est ralliée aux conclusions des experts.

Dans un projet de décision du 31 août 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a retenu qu'une capacité de travail de 80 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, cette capacité de travail résiduelle existant depuis novembre 2005. Pour calculer le degré d'invalidité, fixé à 20 %, l'OAI a comparé le revenu de 47'357 fr. 86 pouvant être réalisé au taux de 80 % dans une activité adaptée, à un revenu sans invalidité de 59'197 fr., tous deux calculés sur la base des données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2006, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1).

Dans une communication du même jour, l'OAI lui a accordé l'aide au placement.

Par courrier du 23 septembre 2020, l'assuré, représenté par l'avocat Christophe Tafelmacher, s'est opposé au projet de décision précité. Dans le cadre de ses objections présentées le 15 février 2021, il a allégué en particulier qu'un stage dans un Centre d'observation

professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : le COPAI) était nécessaire pour déterminer sa capacité réelle de travail. Il a notamment produit les documents suivants :

- un rapport d'IRM lombaire réalisée le 27 février 2012 révélant des protrusions discales étagées et postéromédianes légèrement sténosantes en L4-L5 et L5-S1 ;
- un rapport du 8 octobre 2018 de la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin assistante à B.\_\_\_\_\_, signalant une obésité de classe III avec des complications métaboliques (dyslipidémie) et observant une perte pondérale progressive de 11 kg depuis une année grâce à la diminution des quantités de nourriture aux repas ;
- un rapport du 28 août 2019 des Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistant au B.\_\_\_\_\_ signalant que l'assuré présentait un syndrome d'apnées-hypopnées de type mixte à prédominance obstructive de degré très sévère, pour lequel il était au bénéfice d'un appareil de CPAP depuis le 11 avril 2019 ;
- un courrier du 23 septembre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_ au conseil de l'assuré selon lequel l'incontinence fécale était incompatible avec une activité professionnelle quelconque ;
- une lettre du 4 février 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_ au conseil de l'assuré signalant que le problème n'était pas la fréquence des évacuations mais l'impossibilité de contrôle de celles-ci, avec des difficultés d'hygiène et de convivialité, et mentionnant qu'il ne pouvait pas envisager un travail compatible avec l'état de santé et les compétences de l'assuré, tout en évoquant la possibilité d'une appréciation par des experts en médecine du travail qui pourraient se prononcer sur les possibilités de débouchés professionnels.

Dans un avis du 2 mars 2021, la Dre X.\_\_\_\_\_ du SMR a maintenu sa position, en relevant que les pièces médicales produites par

l'assuré faisaient état d'atteintes médicales prises en compte par les experts.

Par décision du 8 mars 2021, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

**B.** Par acte de son conseil du 26 avril 2021, E.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, et subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il conteste en substance l'appréciation des experts relative à sa capacité de travail résiduelle, estimant que leur évaluation est abstraite et ne tient pas compte de sa situation réelle ni de celle du marché du travail. Il allègue également que les experts ont ignoré la thérapie de soutien prodiguée depuis 2005 par son médecin traitant et qu'ils ont indiqué de manière erronée qu'il ne prenait plus d'antidépresseurs. A l'appui de son recours, il a notamment produit une vidéo concernant ses difficultés liées à son incontinence. A titre de mesures d'instructions, il a requis la mise en œuvre d'un stage COPAI en vue de déterminer sa réelle capacité de travail, estimant qu'une évaluation par des spécialistes de la réadaptation professionnelle était nécessaire dans le cas d'espèce, d'autant plus au vu de la divergence d'analyse entre l'appréciation des experts et les observations de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 3 juin 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 17 septembre 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et réquisition de preuves. Il reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte de la grande fatigabilité et des problèmes de concentration engendrés par la qualité de son sommeil, qui est fortement altérée par ses réveils nocturnes. Il allègue que la fréquence des passages aux toilettes entraîne un empêchement de 2 heures pour

une journée de travail, sans compter le temps de trajet aller-retour aux toilettes, ce qui dépasse le taux de 20 % de diminution de rendement retenu dans l'expertise. Il conteste en outre que l'emploi d'agent de sécurité soit une activité adaptée dans la mesure où l'utilisation des toilettes pourrait contrevenir aux consignes de l'employeur selon les lieux à surveiller. Concernant le revenu avec invalidité calculé sur la base des données statistiques, il estime qu'un abattement de l'ordre de 15 à 20 % aurait dû être opéré en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles.

L'intimé n'a pas déposé de duplique.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) 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.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. 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 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.

**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).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**d)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**e)** Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail de la personne assurée. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C\_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au

besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C\_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références citées). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

**5. a)** 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).

**b)** Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

**c)** On ajoutera que s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6.** En l'espèce, le recourant n'émet aucun grief à l'encontre des diagnostics posés par les experts de D.\_\_\_\_\_. Il conteste en revanche la capacité de travail résiduelle qui lui est attribuée, estimant par ailleurs que l'emploi de surveillant n'est pas une activité adaptée à ses problèmes proctologiques.

**a)** Sur le plan de la médecine interne générale, l'examen pratiqué par l'expert n'a révélé aucune pathologie susceptible de limiter la capacité de travail du recourant. En particulier, la thyroïde, le système hémato-immunologique et la sphère d'oto-rhino-laryngologie étaient sans

particularité. L'examen cardio-vasculaire était également normal, hormis une tension artérielle à 155/90 mmHg et quelques varices et varicosités en regard des malléoles internes. Concernant le système respiratoire, l'expert a noté un essoufflement dès le déshabillage et quelques accès de toux. La fréquence respiratoire était toutefois normale, sans anomalie des temps inspiratoires et expiratoires ; il n'y avait pas de limitation de l'ampliation thoracique, ni d'hippocratisme digital, et la percussion était sans particularité. Malgré le syndrome d'apnée du sommeil, qui était appareillé, l'échelle de somnolence d'Epworth était à 5/24. A l'examen neurologique, l'expert interniste a observé que la vigilance et l'orientation étaient normales. La sensibilité et la pallesthésie étaient dans la norme, à l'exception de quelques paresthésies présentes à la face externe de la cheville droite et au dos du pied droit. Les réflexes ostéotendineux étaient présents, bien qu'atténués en achilléen droit, et le tonus musculaire était normal. L'expert a posé les diagnostics d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, d'obésité morbide, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de rhume des foies, de presbytie, de syndrome métabolique et de status post atteinte du sciatique poplité externe droit, et a conclu à une pleine capacité de travail sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, p. 10, 11 et 12). Le recourant n'émet aucun grief à l'encontre de l'appréciation de l'expert interniste, qui n'est du reste remis en cause par aucun élément du dossier.

**b)** Sur le plan rhumatologique, le recourant rapportait des gonalgies gauches avec une douleur sur la face latérale descendant le long de la jambe jusqu'au pied, des douleurs du genou droit de moindre importance, et des douleurs lombaires. Concernant le genou gauche, le recourant rapportait que la partie externe de son genou et sa jambe gauches avaient été heurtées violemment par une portière de voiture le 21 mars 2018. Les douleurs étaient évaluées à 3/10 au repos, jusqu'à 7,5/10 à la marche, et pouvaient se manifester dans la nuit qui suivait l'effort. Il ressentait également des douleurs au piétinement après vingt minutes et à la montée des escaliers, avec une sensation de perte d'équilibre. Il déclarait qu'il lui était d'ailleurs arrivé de tomber. Il situait son périmètre de marche à 1h30. Les douleurs lombaires existaient depuis

environ vingt ans et survenaient aux faux mouvements ou à l'effort, essentiellement par crises tous les deux à trois mois. De façon générale, il n'avait pas de douleur lombaire à la marche ou dans les activités routinières. Lorsque les crises survenaient, il pouvait ressentir une légère irradiation à la face postérieure des deux membres inférieurs, et il se trouvait dans l'incapacité de faire certains travaux, tels que passer l'aspirateur, et le piétinement prolongé lui était alors également impossible. La crise pouvait durer trois à six jours et était bien soulagée par la prise de Paracétamol (rapport d'expertise, p. 29). A la palpation globale du rachis, l'expert retrouvait une douleur cervicale basse à hauteur de C7 et une douleur lombaire basse un peu plus latéralisée à droite qu'à gauche. L'extension globale du rachis déclenchait également une douleur à hauteur de C7. L'expert a observé que la distance mains-sol était de 9 cm et que la rotation globale du rachis était de 75° à droite et à gauche. A l'examen des genoux, il n'y avait pas d'épanchement, pas de laxité latérale ou antéro-postérieure, ni d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. Une douleur était présente à la palpation de tous les compartiments du genou droit, mais essentiellement du compartiment fémoro-patellaire externe. Au niveau du genou gauche, la douleur était élective à la palpation du compartiment fémoro-patellaire externe et fémoro-tibial externe, ainsi qu'au niveau du col du péroné. Selon l'expert rhumatologue, il existait probablement une atteinte du sciatique poplité externe à la suite du traumatisme subi en mars 2018 compte tenu des signes cliniques présentés par le recourant. L'examen des coudes, poignets, hanches et chevilles était sans particularité, la flexion des hanches étant toutefois limitée par l'importance du tablier abdominal. L'examen des épaules était identique à droite et à gauche, le mouvement main-nuque était normal, indolore et harmonieux, et il n'y avait aucune atteinte ligamentaire, tendineuse ou sous-acromiale, ni acromio-claviculaire (rapport d'expertise, p. 31 et 32). L'expert n'a pas relevé d'incohérence et les traitements antalgiques étaient en accord avec les douleurs alléguées, qui étaient plausibles (rapport d'expertise, p. 33).

L'expert rhumatologue a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-

patellaire gauche (M17.0) et de douleurs lombaires sur discopathie et protrusion discale (M51.9). Sans impact sur la capacité de travail, il a évoqué une obésité morbide et une atteinte du nerf sciatique poplitée externe au col du péroné gauche (rapport d'expertise, p. 32). Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage) et pas d'escalier (rapport d'expertise, p. 33 et 34). Comme plombier, la capacité de travail était nulle depuis le 21 mars 2018, cette activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles précitées. Le recourant, qui avait continué à exercer ce métier, déclarait d'ailleurs ne pouvoir effectuer que certaines tâches de débouchage, et devoir refuser les travaux plus pénibles (rapport d'expertise, p. 37 et 38). En revanche, dans une activité adaptée, l'expert rhumatologue a conclu à une pleine capacité de travail. Il était d'avis que la gonarthrose gauche pourrait bénéficier d'une infiltration d'acide hyaluronique ainsi que d'une infiltration de cortisone en cas de poussée inflammatoire. Une diminution du poids pouvait également diminuer les douleurs des genoux.

Il y a lieu de constater que rien au dossier ne permet de s'écarter de l'appréciation de l'expert rhumatologue, qui n'est d'ailleurs pas vraiment contestée par le recourant. A noter que son médecin traitant n'a pas constaté de limitations fonctionnelles plus importantes et semble exclure l'exercice d'une activité professionnelle uniquement en raison du trouble proctologique.

**c)** Sur le plan gastroentérologique, le recourant mentionnait une incontinence fécale consécutive à une chute accidentelle sur le postérieur en 2005. Il rapportait que la fonction de continence était perturbée de manière constante avec une péjoration ces dernières années. L'exonération des selles devait se faire toutes les une ou deux heures en journée, et deux à trois fois la nuit. Il signalait également un prolapsus extériorisé lors de la défécation, qui se remettait toujours en place spontanément sans nécessité de manipulation. Le sentiment de devoir aller à selles était pressant, le délai pour se rendre aux toilettes se

comptait en minutes, et il devait toujours savoir où étaient les toilettes. Il ne portait pas de protection à proprement parler, seulement des sous-vêtements la nuit comme la journée, et le soiling était relativement fréquent surtout le matin. La différenciation gaz-selles n'était pas réalisable. La consistance des selles était semi-liquide, grumeleuse, avec des parties solides et formées qu'une à deux fois par semaine. L'hygiène prenait du temps et nécessitait de grandes quantités de papier et le passage aux toilettes durait dix à quinze minutes. Il n'y avait pas de douleur ou d'irritation périanale. Concernant les autres éléments gastroentérologiques, le recourant ne rapportait pas de dysphagie, d'odynophagie, de reflux gastro-œsophagien, d'épigastralgie, ni d'autre douleur abdominale (rapport d'expertise, p. 23). A l'examen, le ventre était très globuleux, il n'y avait pas de douleur spontanée ou à la palpation, et le foie était sans particularité (rapport d'expertise, p. 25).

L'expert gastroentérologue a posé les diagnostics d'incontinence anale d'origine accidentelle, de prolapsus anorectal extériorisé à la défécation, d'obésité de degré III, de gastrite atrophique et de cholécystite et cholangite calculueuse. Seuls les deux premiers diagnostics entraînaient des limitations fonctionnelles. L'expert a relevé que le recourant n'avait entrepris aucun examen ni traitement depuis le bilan proctologique qui remontait à 2005-2006. Dans ces circonstances, il était difficile de déterminer à quand remontait la situation prévalant au jour de l'expertise, mais certainement depuis des années. Cette pathologie semblait n'avoir que peu évolué, de même que les contraintes qu'elle imposait. Il lui semblait nécessaire de procéder à des investigations afin de poser un état des lieux et les options thérapeutiques ; le recourant semblait avoir mieux compris les enjeux et se déclarait d'accord d'entreprendre un bilan spécifique. Le pronostic dépendrait ainsi de ce processus, mais sans mesures thérapeutiques, la situation devrait rester inchangée selon l'expert (rapport d'expertise, p. 26). Il a observé que le recourant s'était bien adapté à cette pathologie, avait géré seul et sans aide spécialisée la maladie, et avait poursuivi ces activités pendant plusieurs années jusqu'à son arrêt de travail en 2018 à la suite de sa lésion au genou (rapport d'expertise, p. 25 et 26). Il a conclu que dans les

activités de plombier, de nettoyeur et de surveillant exercées par le recourant, et sous condition d'un accès rapide aux toilettes avec un horaire souple, la capacité de travail était de 100 %, avec un rendement diminué de 20 %, en raison des passages fréquents aux toilettes, et ceci depuis novembre 2005.

A noter que l'expert a visionné la vidéo prise par le recourant et en a tenu compte pour son appréciation. Il a par ailleurs fixé les limitations fonctionnelles en prenant en considération les indications du recourant, notamment au sujet de la fréquence des passages aux toilettes et leur durée. Son appréciation, en particulier sur la diminution de rendement, est motivée et convaincante et n'est pas sérieusement mise en doute par les autres éléments du dossier.

**d)** Sur le plan psychiatrique, l'expert a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte. Le recourant se plaignait d'avoir occasionnellement des trous de mémoire qui ne le limitaient pas dans le quotidien, et perdre parfois le fil des conversations, sans toutefois souffrir de troubles attentionnels importants. Il décrivait une humeur fréquemment sur le versant légèrement dépressif, qui pouvait parfois durer quelques jours. Il se sentait fréquemment attristé en raison de la détérioration de sa qualité de vie et a eu par le passé des idées suicidaires. Son sommeil était perturbé par des réveils nocturnes pour aller aux toilettes ou pour ajuster son masque CPAP, et une fatigue était présente, plutôt matinale, cette asthénie dépendant de la qualité du sommeil. Il n'était toutefois pas ralenti dans ses activités. Le recourant signalait également un fond anxieux, fréquemment présent, avec des ruminations autour de sa situation et de ses difficultés de subsistances (rapport d'expertise, p. 15). L'expert a rappelé que le parcours de vie du recourant était marqué par l'apparition d'une symptomatologie anxiodépressive en 2005 à la suite de l'accident qui avait entraîné une incontinence. Il bénéficiait d'une thérapie de soutien prodiguée par son médecin traitant qui lui prescrivait des antidépresseurs (rapport d'expertise, p. 18). Malgré les difficultés et la honte éprouvées en raison des désagréments entraînés par son état physique, le recourant n'avait

pas développé initialement de comportement d'évitement, il avait réussi à s'adapter sur le terrain, et avait pu continuer son activité professionnelle. Il n'avait par ailleurs jamais fait d'état dépressif majeur ou hypomane et les baisses d'humeur dépendaient des difficultés extérieures et restaient dans un cadre adaptatif (rapport d'expertise, p. 18 et 19). Au jour de l'examen, le recourant était calme, sans signes apparents d'anxiété, il s'exprimait aisément, le contact visuel était bon, et il n'y avait pas de familiarité, de bizarrerie, ni de comportement démonstratif. Le discours était spontané, informatif et formellement bien construit, sans relâchement des associations, ni fuite des idées. L'orientation dans le temps, l'espace, la situation et la personne était bonne et l'intelligence évaluée dans la norme. La mémoire était cliniquement adéquate, avec un récit autobiographique structuré ; le recourant restait toutefois réticent à entrer dans les détails concernant certaines périodes de sa vie. L'expert a aussi observé que l'attention était bonne et soutenue tout au long de l'entretien, qui a duré 90 minutes, et que le recourant ne présentait pas de signe de fatigue important. L'humeur était euthymique à légèrement déprimée, sans ralentissement psychique, rumination ou autre item dépressif majeur. Il n'y avait pas de dévalorisation, mais une perte de confiance en soi était présente en raison des difficultés physiques. L'élan vital était conservé, il n'y avait pas d'idées suicidaires ou de visions pessimistes de l'avenir. Il n'y avait pas non plus de signes évoquant une anxiété importante chez l'expertisé, qui avait tendance à dissimuler sa souffrance physique et psychique. Il n'avait jamais eu d'attaques de panique avec des palpitations et sentiment de mort imminente, ni fait d'agoraphobie. Il se décrivait plutôt de caractère sociable avec recherche de contact, même s'il limitait ses contacts sociaux de manière volontaire en raison de son trouble physique. Un trouble d'anxiété généralisée ou un trouble de panique ne pouvaient être retenus. L'expert a aussi conclu à l'absence d'un trouble de la personnalité. A ce propos, il a en particulier relevé que le recourant avait eu un fonctionnement adéquat durant de nombreuses périodes de sa vie. Il ne présentait pas de tendance procédurière, de méfiance vis-à-vis d'autrui, de difficulté à prendre des décisions, de labilité émotionnelle ou de troubles anxieux pré-morbides. Des traits narcissiques étaient présents, en partie culturels, qui se

traduisaient par les sentiments de honte et la volonté de réussir par soi-même tout en cachant sa détresse. Ils avaient cependant été mis en avant à bon escient et lui avaient permis de surmonter et de s'adapter socialement et professionnellement à nombre de difficultés (rapport d'expertise, p. 17, 18 et 19). Le recourant présentait des ressources mobilisables, il avait des capacités d'adaptation aux règles et de structuration, ainsi que des capacités de planification, ces dernières étant toutefois susceptibles d'être limitées par ses problèmes physiques. Il était capable de s'assumer lui-même. Il vivait avec deux de ses enfants, âgés de 16 et 23 ans, qui l'aidaient pour certaines tâches ménagères et lorsqu'il fallait porter des charges. Il était capable de se déplacer en voiture de manière autonome sur des distances moyennes. Il entretenait de bons contacts avec sa famille et les autres (rapport d'expertise, p. 20). L'expert n'a pas noté d'incohérences majeures entre l'examen clinique, l'anamnèse et le dossier mis à disposition (rapport d'expertise, p. 20). Concernant le traitement, l'expert a relevé que le recourant n'avait pas eu de suivi spécialisé, mais qu'il bénéficiait d'un soutien et d'un traitement antidépresseur prodigués par son médecin traitant, qui restaient d'actualité. Il a évoqué une probable non-compliance de plusieurs jours dans la mesure où un dosage médicamenteux effectué le 12 mai 2020 ne détectait pas la présence de fluoxétine. Il était d'avis que les chances de guérison étaient bonnes, et que l'état psychique du recourant dépendrait essentiellement de l'évolution de ses problèmes physiques (rapport d'expertise, p. 18 et 20). Il a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique et à une pleine capacité de travail depuis toujours.

Les conclusions de l'expert psychiatre ont été prises sur la base de l'ensemble des pièces du dossier, d'un examen clinique détaillé, en tenant compte des plaintes du recourant et en prenant en considération les critères posés par la jurisprudence (cf. consid. 4d *supra*) ; elles peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elles ne sont du reste pas remises en cause par un autre médecin relevant de sa spécialité. Le médecin traitant ne mentionne par ailleurs aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychique. A noter aussi que le recourant a

déclaré à l'expert qu'il ne pensait pas que son état psychique était incapacitant (rapport d'expertise, p. 17).

**e)** Aucun élément du dossier ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise, qui remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

En particulier, les griefs formulés par le recourant à l'encontre de l'expertise sont infondés. Contrairement à ce qu'il allègue, les experts ont mentionné la thérapie de soutien prodiguée par le médecin traitant ainsi que le traitement antidépresseur (notamment en p. 8, 15, 17, 20, 24, 30 du rapport d'expertise). Un dosage médicamenteux a du reste été effectué dans le cadre de l'expertise sans que la présence de la fluoxétine n'ait été révélée, ce qui a conduit les experts à indiquer que le recourant ne prenait probablement pas ce médicament au moment de l'expertise. Le recourant reproche aussi aux experts de ne pas avoir tenu compte de la grande fatigabilité et des problèmes de concentration engendrés par la qualité de son sommeil, qu'il dit fortement altérée par ses réveils nocturnes pour se rendre aux toilettes. L'altération du sommeil et ses conséquences ont été discutées avec les experts (notamment en p. 8, 15 et 23 du rapport d'expertise), qui en ont donc eu connaissance au moment de l'expertise. Par ailleurs, la description d'une journée type par le recourant ne révèle aucune manifestation de fatigue diurne qui impacterait ses activités quotidiennes. Il ressort en effet de ses déclarations aux experts qu'il se lève aux alentours de 6h00 et qu'il passe ses matinées et après-midis essentiellement devant son ordinateur et à attendre les appels pour les activités de sa société sans faire de sieste (notamment p. 31 du rapport d'expertise). L'absence d'impact significatif dû à une altération du sommeil est corroborée par les indications fournies par le recourant aux médecins de B.\_\_\_\_\_, à savoir qu'il considérait son sommeil comme réparateur, qu'il se sentait reposé au réveil, et qu'il ne se plaignait pas de fatigue, ni de somnolence diurne excessive, nonobstant les nombreux réveils nocturnes (cf. rapport du 28 août 2019 des Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_).

Quant aux rapports médicaux du médecin traitant des 23 septembre 2020 et 4 février 2021, ils ne font pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en considération par les experts. Le Dr T. \_\_\_\_\_ ne prétend au demeurant pas que des limitations fonctionnelles auraient été ignorées par les experts. Selon lui, une activité adaptée ne pourrait plus être exercée par le recourant à cause des problèmes d'hygiène entraînés par son incontinence. Or le recourant a su gérer ce problème dans le cadre de ses activités jusqu'à son accident au genou gauche de 2018 et il n'est pas objectivé une péjoration significative de cette atteinte qui l'empêcherait de gérer cette situation comme précédemment. Par ailleurs l'expert gastroentérologue a examiné le problème en tenant compte des explications du recourant et en fixant les limitations fonctionnelles en fonction des circonstances telles que décrites par le recourant lui-même. Le médecin traitant semble partir de la prémisse qu'une incontinence anale est forcément source d'incapacité de travail totale, alors qu'il y a lieu d'examiner dans quelle mesure l'atteinte produit des effets sur la vie professionnelle et non professionnelle de l'intéressé pour déterminer l'étendue d'une éventuelle incapacité de travail. On relèvera encore que le recourant sort la journée pour des travaux de plomberie et pour son emploi de surveillant et indique que les activités à domicile, la plomberie et la surveillance conviennent aux passages aux toilettes et à son hygiène (rapport d'expertise, p. 24). Il admet donc qu'une activité peut être adaptée à son incontinence anale. Les limitations fonctionnelles sur le plan gastroentérologique n'empêchent ainsi pas toute activité de l'aveu même du recourant. A noter enfin que le rapport médical de la Dre W. \_\_\_\_\_ sur l'obésité et celui du Dr N. \_\_\_\_\_ sur le syndrome de l'apnée du sommeil font état d'atteintes qui ont été prises en compte par les experts et ne contiennent aucune indication sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant.

**f)** En l'occurrence, les experts n'ont pas jugé utile d'avoir l'avis de spécialistes en intégration et orientation professionnelles. Dans la mesure où la plupart des atteintes invalidantes le sont depuis de nombreuses années, en particulier l'incontinence sur laquelle le recourant fonde son grief, il ne paraît pas nécessaire de faire une évaluation

pratique, d'autant plus que l'une des activités habituelles est encore toujours exigible. Quant aux nouvelles limitations fonctionnelles, elles découlent des atteintes au genou et au dos et ont été prises en compte de manière adéquate par les experts, ce que le recourant ne conteste pas. Il peut être rappelé que selon la jurisprudence (consid. 4e *supra*), les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. L'intimé pouvait ainsi se fonder sur l'expertise de D.\_\_\_\_\_, qui est pleinement probante, sans avoir recours à une évaluation COPAI.

**g)** Au vu de ce qui précède, la capacité de travail résiduelle de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dans l'activité d'agent de surveillance ou dans toute autre activité adaptée peut être confirmée sur la base du rapport d'expertise.

**7.** Concernant le préjudice économique, le recourant ne conteste pas les bases de calcul du revenu sans invalidité de 59'197 fr. et du revenu avec invalidité de 47'357 fr. 86, déterminés par l'intimé sur la base des données statistiques provenant de l'ESS. En revanche, il soutient qu'une déduction de l'ordre de 15 à 20 % aurait dû être opérée sur le revenu avec invalidité pour tenir compte de son âge et de ses limitations fonctionnelles.

**a)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut

également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**b)** Né en 1968, le recourant n'a pas encore atteint l'âge requis par la jurisprudence pour qu'il se justifie de procéder à un abattement dès lors qu'il lui restait plus de dix ans avant de pouvoir faire valoir son droit à la retraite au moment où l'exigibilité a été fixée. Les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique sont compatibles avec l'activité d'agent de surveillance ainsi qu'avec un grand nombre d'activités légères que recouvrent les secteurs de la production et des services des tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et ne justifient pas d'opérer une réduction sur le revenu d'invalidité. Quant aux limitations fonctionnelles sur le plan gastroentérologique, elles ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement de 20 %. Cela étant, même en admettant que la nécessité d'un horaire souple et de la proximité constante des toilettes pourrait être de nature à inciter un éventuel nouvel employeur à offrir un salaire plus bas au recourant, et en tenant compte d'un abattement de 5 % pour cela, il n'en résulterait pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à la rente (59'197 fr. - 44'989 fr. 95 [47'357 fr. 86 x 5 %] / 59'197 fr. x 100 = degré d'invalidité de 24 %).

**8.** On relèvera encore que même si le taux d'invalidité du recourant atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce, dès lors qu'il est en mesure de poursuivre son activité habituelle dans la surveillance. Il existe au demeurant un grand nombre d'autres activités adaptées exigibles de sa part qui sont à sa portée sans nécessité d'une réadaptation. L'intimé était fondé à lui refuser des mesures d'ordre professionnel, de telles mesures n'étant pas de nature à diminuer le

dommage. En revanche, il pouvait bénéficier de l'aide au placement (art. 18 LAI), qui lui a été accordée.

**9. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'un stage d'évaluation COPAI. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**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 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Dans la mesure où il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement supportés par l'Etat.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un avocat en la personne de Me Christophe Tafelmacher, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 18 janvier 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'541 fr. 90, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 8 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Christophe Tafelmacher, conseil du recourant, est arrêtée à 3'541 fr. 90 (trois mille cinq cent quarante-et-un francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** 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 et des indemnités des conseils d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christophe Tafelmacher (pour le recourant),
- 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).

La greffière :