

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI.**

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

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1992, a déposé le 8 octobre 2001, par l'entremise de ses parents, une demande de prestations d'assurance-invalidité pour les assurés de moins de 20 ans révolus auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de dyslexie et de dysorthographe. L'OAI a pris en charge les frais d'un traitement logopédique et des contrôles logopédiques espacés du 1<sup>er</sup> juin 2001 au 31 décembre 2005 (décisions des 4 juillet 2002 et 5 mai 2004).

L'assuré n'a par la suite pas entrepris de formation professionnelle. Il perçoit le revenu d'insertion et vit toujours au domicile familial.

Le 15 mai 2014, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'OAI.

Dans un rapport du 13 juin 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant depuis le mois de juin 2005, a fait état de difficultés d'apprentissage chez l'assuré depuis son enfance. Le médecin a également communiqué le rapport d'examen neuropsychologique établi le 16 avril 2014 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et la neuropsychologue S.\_\_\_\_\_. L'examen réalisé avait mis en évidence une perturbation modérée de l'accès lexical, une altération modérée des capacités attentionnelles (vitesse de traitement de l'information, attention soutenue), un défaut d'inhibition modéré à sévère lors d'une épreuve chronométrée et des difficultés en calcul oral et écrit. Les autres fonctions cognitives investiguées (orientation, production écrite, praxies constructives, mémoire immédiate et antérograde épisodique verbale et visuelle, fonctions exécutives (excepté l'inhibition), raisonnement visuo-spatial) étaient globalement préservées. Au vu du profil de l'assuré et des éléments de l'anamnèse, ces déficits semblaient compatibles avec des difficultés d'apprentissage. Les médecins

préconisaient d'intégrer l'intéressé à un atelier d'orientation professionnelle.

L'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'orientation professionnelle auprès d'Ingeus (communication du 17 juillet 2014).

Il ressort d'un rapport du 4 novembre 2014 d'Ingeus que les nombreuses absences de l'assuré durant la mesure n'ont pas permis de mener à bien les objectifs fixés. L'assuré confiait être confronté à une ambivalence, souhaitant effectuer une formation mais n'arrivant pas à faire preuve de régularité et d'assiduité, évoquant son passé scolaire. L'assuré avait peur de l'échec, ce qui l'empêchait d'avancer, et portait un regard négatif sur lui-même. Afin de prendre confiance en lui et gagner en estime, il lui a été plusieurs fois proposé de consulter une psychologue du centre, ce qu'il a finalement accepté. Au terme de la mesure, il semblait mesurer l'impact de ses freins sur ses démarches. Ingeus est arrivé à la conclusion que la dynamique personnelle de l'assuré n'était pas assez stable pour entrevoir un projet de réinsertion professionnelle. Un travail psychologique paraissait primordial dans l'immédiat.

Renonçant à accorder d'autres mesures de réadaptation, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise (communication du 1<sup>er</sup> décembre 2014).

Il a informé l'assuré le 26 février 2016 qu'il avait mandaté le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue de réaliser une expertise psychiatrique.

Au terme de son rapport du 19 juin 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble mixte des acquisitions scolaires (F81.3), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de personnalité à traits immatures (Z73.1). Il a évalué la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée comme entière, moyennant un suivi psychiatrique

régulier et un travail de rééducation chez un logopédiste. Ces suivis étaient une condition préalable à la mise en place de mesures professionnelles.

L'OAI a sollicité l'avis de la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin au Service régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un avis du 19 août 2016, la Dre K.\_\_\_\_\_ a retenu, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise et discuté du dossier à la permanence psychiatrique, que les diagnostics de personnalité à traits immatures et de trouble dépressif moyen n'étaient pas incapacitants au sens de l'AI ; le trouble dépressif n'était en outre pas récurrent, en l'absence d'un premier épisode dépressif attesté. Les limitations fonctionnelles que présentait l'assuré étaient les suivantes : faible capacité d'autonomie, faible estime de soi et fort complexe d'infériorité, perturbation modérée de l'accès lexical, altération modérée des capacités attentionnelles, difficultés de calcul oral et écrit, difficultés à gérer le stress et les changements imprévus, défaut d'inhibition modéré à sévère lors d'une épreuve chronométrée, limitée dans le temps. L'assuré présentait une capacité de travail entière depuis sa jeunesse, dans une activité simple et répétitive respectant ses limitations fonctionnelles, sans stress, sans exigence de rendement et dans un cadre bienveillant. Un suivi psychiatrique et logopédique régulier était indispensable pour que l'assuré accepte sa différence et s'investisse par la suite dans des mesures de réadaptation en milieu professionnel.

L'avis du service juridique de l'OAI a également été sollicité. Celui-ci s'est prononcé le 16 décembre 2016 et a considéré que l'assuré n'avait actuellement pas les ressources pour mettre en valeur sa capacité de travail, de sorte que le droit à une rente était ouvert. Les traitements proposés par l'expert semblaient exigibles. La rente devrait donc être octroyée à la condition que les traitements aient débuté ou que les démarches pour ceux-ci aient été entreprises. L'OAI a informé l'assuré de ce qui précède dans un courrier du 14 février 2017.

L'assuré a débuté un suivi auprès du psychologue C.\_\_\_\_\_ et d'une logopédiste.

Les frais relatifs au traitement de logopédie n'étant pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire et compte tenu du coût élevé que représentaient deux séances par semaines durant plusieurs mois voire années, le service juridique de l'OAI a renoncé à exiger de la part de l'assuré de suivre ce traitement (communication interne du 6 avril 2017). L'assuré en a été informé par courrier du 19 avril 2017.

Dans un courrier du 15 juin 2017, le psychologue C.\_\_\_\_\_ et le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont recommandé la mise en place d'une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance, estimant que les conditions étaient désormais réunies au vu de la motivation du patient et du suivi psychiatrique entrepris.

Lors d'un entretien du 14 décembre 2017 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assuré a montré un important manque de confiance en lui et en ses compétences, se sentant différent des autres et incapable d'accomplir quoi que ce soit. Il se montrait motivé à s'intégrer dans l'économie, mais avait tendance à interrompre ou à ne pas commencer une mesure de peur d'échouer. Il n'était pas non plus prêt à se confronter aux autres. Des séances de coaching individuel lui ont donc été proposées afin qu'il puisse reprendre confiance en lui et avoir une vision plus calme de l'avenir, puisse se projeter, identifier ses ressources et évoluer dans sa vision du futur. L'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais relatifs à une formation professionnelle initiale, sous la forme d'un coaching (communication du 2 février 2018), ainsi qu'à un entraînement à l'endurance auprès de l'Orif d'[...] (communication du 23 mai 2018).

L'entraînement à l'endurance a débuté le 22 mai 2018, d'abord au taux de 20 %, avec pour objectif de l'augmenter progressivement jusqu'à 40 % au minimum. Au 9 septembre 2018, l'objectif n'était pas atteint et l'assuré était occupé à 30 %. Son évolution était jugée favorable ; il se montrait persévérant et n'avait pas

abandonné. La mesure a été prolongée jusqu'en décembre 2018 pour lui permettre d'atteindre une occupation de 40 %. L'assuré était présent régulièrement au centre Orif, mais ne réussissait pas à s'y rendre le matin et arrivait régulièrement en retard. Ne se projetant pas au-delà de l'atelier de l'Orif, il lui fallait encore du temps pour gagner en autonomie et en confiance car il lui fallait de la régularité. Une formation n'était pas encore envisageable à ce stade (rapport d'évaluation du 15 octobre 2018). A partir du 8 octobre 2018, l'assuré a augmenté son temps de présence au centre Orif, parvenant à 43 %. La mesure a été prolongée jusqu'au 10 juin 2019 pour permettre d'atteindre une présence de 50 % (communication du 11 décembre 2018). L'assuré rencontrait toujours des difficultés à se lever le matin et arrivait toujours en retard au centre Orif, même si le retard était moins important en début d'année 2019 qu'en 2018. Des tentatives pour augmenter le taux de présence ont été réalisées, sans succès. L'assuré a effectué trois jours de travail en dehors du centre qui se sont bien déroulés (note d'entretien du 17 janvier 2019). L'intéressé a par la suite intégré la société L.\_\_\_\_\_ pour un stage auprès d'un ouvrier polyvalent. En mars 2019, son horaire en stage n'était pas régulier et il n'avait pas pu l'augmenter, mais il appréciait le stage. La qualité de son travail dépendait de son intérêt pour la tâche à réaliser (note d'entretien du 1<sup>er</sup> avril 2019). Durant le mois d'avril 2019, il a augmenté son taux de présence à 3 h 30 par jour et une augmentation à 50 % était escomptée durant le mois de mai.

Dans un rapport de fin de mesure du 4 juin 2019, le directeur et le responsable social du centre Orif ont indiqué que l'assuré n'avait pas pu augmenter son taux de présence à 50 %. Il présentait toujours de grandes difficultés à se lever avant 11 heures, malgré le recours à diverses méthodes pour l'aider. La notion de rendement avait été introduite en fin de stage auprès de la société L.\_\_\_\_\_, mais sans résultats concluants. Si l'assuré s'était montré motivé, il était important qu'un supérieur soit à ses côtés pour lui rappeler quoi faire et comment le faire, sans quoi il avait tendance à s'arrêter et à attendre. Il s'était également plaint de certains travaux répétitifs. Les discussions au sujet des stages possibles, des déplacements à effectuer et des débouchés

futurs avaient tendance à le déstabiliser. Au terme de la mesure, les problèmes suivants ont été retenus : difficulté à respecter les horaires convenus, présence à 40 % au maximum atteinte au sein du centre grâce aux adaptations spécifiques de celui-ci, difficulté de compréhension dans les échanges quotidiens qui génèrent des angoisses et du stress, besoin régulier d'un supérieur à ses côtés pour réaliser le travail attendu.

Prenant connaissance de ce rapport, l'OAI a conclu qu'il serait bénéfique pour l'assuré d'intégrer un atelier protégé (rapport final de réadaptation du 28 juin 2019).

Dans un rapport du 11 septembre 2019 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble mixte des acquisitions scolaires (F81.3), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), d'autres troubles spécifiques de la personnalité, type immature (F60.9) et de troubles du rythme veille-sommeil (G47.2). L'évolution clinique n'avait pas été aussi favorable qu'escomptée et n'avait pas permis d'inscrire l'assuré dans un processus de réinsertion. La problématique psychiatrique n'avait que très partiellement évolué ces douze derniers mois, la présence d'un trouble du rythme veille-sommeil empêchait de réaliser une activité supérieure à 40 %, tandis que la structure de personnalité de type immature le limitait sur le plan cognitif et devenait une source importante d'anxiété. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toutes activités, ses performances et sa productivité étant trop faibles par rapport aux exigences du premier marché du travail. Il n'avait toutefois pas attesté d'incapacité de travail à ce jour. Il a encore relevé les limitations fonctionnelles suivantes : instabilité émotionnelle (tendance anxieuse et dépressive), manque de maturité sociale et intellectuelle, faible sens des responsabilités, faible capacité de décision, manque d'énergie et d'initiatives personnelles, difficultés à s'imposer ou de façon inadéquate (agressivité), manque de persévérance/volonté, fatigabilité, difficultés à gérer le stress.

L'OAI a interpellé les Drs R.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis leurs derniers rapports. Le centre dans lequel l'assuré consultait son psychiatre traitant a répondu, le 11 novembre 2019, que l'intéressé ne s'était plus présenté depuis 2018 et que le thérapeute n'y travaillait plus. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué, le 22 novembre 2019, que, selon le patient, il n'y avait pas de changement dans son état de santé depuis 2016, étant précisé qu'ils ne s'étaient vu qu'une fois en 2018. L'assuré considérait que sa capacité de travail était nulle.

L'OAI a également interpellé le Dr H.\_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 20 décembre 2019, a ajouté les diagnostics de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation quotidienne, (Z73.1), à la liste de ses précédents diagnostics. Il a précisé que le suivi avait débuté le 2 février 2018 et qu'il y avait eu 8 consultations depuis le mois de janvier 2019. Le suivi était marqué par de multiples manquements mais l'assuré se montrait investi lors des séances qui avaient lieu. La capacité de travail n'avait pas évolué depuis juin 2017 et demeurait nulle. Concernant l'efficacité du traitement, elle était positive au niveau de l'estime de soi mais limitée sur le plan cognitif (capacité de compréhension, de jugement et d'autonomie). Le patient ne consommait plus d'alcool mais fumait tous les soirs du cannabis à visée thérapeutique et anxiolytique. Sa problématique psychiatrique, et les limitations qui en découlaient, empêchait l'assuré d'assumer une activité simple et répétitive au moins à 50 %, en particulier sa personnalité de type immature et l'inversion du rythme circadien.

Le SMR, dont l'avis était sollicité, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, vu l'absence d'évolution depuis 2016, l'absence de séjour en milieu hospitalier et de traitement spécifique, ainsi qu'au vu de l'âge de l'assuré (avis du 13 mai 2020).

L'OAI a confié la réalisation de cette expertise à la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci s'est entretenue avec l'assuré les 20 août et 17 septembre 2020, avant de

rendre son rapport le 28 septembre 2020. La Dre B.\_\_\_\_\_ a écarté tout diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Elle a ensuite retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, puis légers depuis 2014 au présent (F33.11/F33.0), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif actuellement non décompensé (F60.30) et de dépendance primaire au cannabis avec utilisation continue en augmentation depuis 2014 au présent (F12.25). Elle a relevé que les activités possibles durant la journée et la présence de plaisirs existants plaidaient clairement contre l'anhédonie chez un assuré qui gérait son quotidien sans difficultés, lisait, passait des moments positifs avec des amis et avec sa copine, conduisait, se promenait, jouait à des jeux vidéo, partait en vacances. En plus du quotidien de l'assuré, l'absence du traitement antidépresseur et l'absence d'hospitalisation en psychiatrie plaidaient également contre des limitations fonctionnelles significatives. Elle a en outre constaté que les limitations fonctionnelles étaient subjectives mais n'étaient pas objectivées : il s'agissait d'une fatigue sans ralentissement psychomoteur, de troubles non objectivables de la concentration, d'une tristesse légère présente la plupart de la journée mais sans impact sur le quotidien, d'une faible estime de soi, avec isolement social partiel, mais pas total, sans anhédonie, ni aboulie. Elle a estimé que l'assuré était pleinement capable de travailler, sans baisse de rendement, depuis 2014, dans une activité avec une hiérarchie simple et bienveillante, sans relations sociales complexes. La capacité de travail pourrait rester de 100 % en cas d'évolution positive du trouble dépressif grâce à une prise en charge psychiatrique avec un traitement antidépresseur, avec arrêt du cannabis et une meilleure motivation. Le sevrage au cannabis était exigible, car sa consommation augmentait le déconditionnement et la démotivation de l'assuré.

Prenant position dans un avis du 27 octobre 2020, le SMR a considéré que l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_ était conforme aux exigences de qualité et était convaincante. Elle confirmait les conclusions de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ concernant la pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux compétences de l'assuré depuis 2014.

L'analyse des indicateurs jurisprudentiels indiquait que l'atteinte était de faible gravité, sans retentissement majeur sur le fonctionnement quotidien. Les ressources étaient préservées. Il y avait au premier plan une absence de motivation en lien avec la consommation de cannabis, la présence de bénéfices secondaires et un processus de déconditionnement en cours. Il ne s'agissait toutefois pas d'une problématique du ressort de l'AI. Le SMR a recommandé de suivre les conclusions de l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_. Il a précisé qu'afin de préserver la capacité de travail et d'améliorer la motivation, l'assuré devrait bénéficier d'un traitement antidépresseur et d'un sevrage au cannabis. Dans un second temps, s'il se montrait motivé, il pourrait bénéficier d'une aide à l'intégration professionnelle.

Dans un projet de décision du 29 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi et que sa capacité de travail était donc totale dans toute activité.

L'assuré, désormais représenté par Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, le 15 décembre 2020. Il a contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_, relevant que les diagnostics retenus divergeaient de ceux posés par ses psychiatres traitants et par l'expert Z.\_\_\_\_\_, qu'elle avait ignoré le processus de réinsertion suivi par l'assuré et les causes de son échec, qu'elle avait centré son analyse sur l'avis que la relation sentimentale entretenue était une ressource pour l'assuré, qu'elle n'avait pas justifié les raisons pour lesquelles elle retenait le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, qu'elle n'avait pas discuté les troubles du rythme circadien et la consommation de cannabis au vu de l'anxiété présentée et qu'elle avait refusé de procéder à un examen neuropsychologique pour des motifs non pertinents. Le recourant a adressé à l'OAI un rapport établi le 7 décembre 2020 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel celui-ci retenait une capacité de travail de 30 % en raison de limitations

fonctionnelles et d'un déconditionnement massif et a critiqué l'appréciation de l'experte B.\_\_\_\_\_.

Le SMR a pris position le 14 janvier 2021 sur les arguments soulevés par l'assuré et a retenu que ni l'intéressé ni le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'apportaient d'éléments nouveaux suggérant une aggravation de l'état de santé postérieurement à l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_ ou qui ne seraient pas connus. Ils décrivaient une situation conforme à ce qui ressortait déjà des deux expertises. Les conclusions précédentes du SMR étaient donc confirmées.

Par décision du 19 janvier 2021, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision. Dans un courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a expliqué son refus et transmis l'avis SMR sur lequel il se fondait.

**B.** Par acte adressé le 19 février 2021, A.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Procap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant à son annulation et au renvoi de la cause auprès de l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice. Le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_ sur laquelle l'OAI s'était fondé pour refuser de prester. Au vu des divergences entre les évaluations professionnelles et médicales, il se justifiait de confronter ces évaluations et, cas échéant, de requérir un complément d'instruction à ce sujet. Un nouveau bilan neuropsychologique était également indispensable, dès lors qu'aucun examen de ce type n'avait été réalisé au cours de l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 24 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a réitéré ses arguments en faveur d'une reconnaissance d'une pleine force probante de l'expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_. Il a ajouté que l'experte n'avait pas estimé utile de réaliser un nouvel examen neuropsychologique en l'absence de troubles cognitifs significatifs et au vu

du score obtenu aux patrices de Raven 1938. Le dossier de l'assuré avait également été soumis au SMR à plusieurs reprises. Le SMR avait réalisé plusieurs appréciations motivées, notamment les 27 octobre 2020 et 14 janvier 2021. L'intimé a renvoyé pour le surplus aux pièces au dossier compte tenu des griefs déjà soulevés et analysés durant la procédure administrative.

### **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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** La décision litigieuse déterminant l'objet de la contestation portait sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, ce qui constitue également l'objet du litige de la présente procédure.

**c)** 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 19 janvier 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (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).

**3.** 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.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** 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).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être

mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI 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).

**6.** Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Dre B. \_\_\_\_\_ qui serait en contradiction avec les autres éléments médicaux au dossier, ainsi qu'avec les rapports d'observation professionnelle. Il reproche à l'experte d'avoir fait abstraction des évaluations médicales de ses médecins traitants et de ne pas avoir fourni d'explications convaincantes pour s'en être éloigné.

L'expertise rédigée par la Dre B. \_\_\_\_\_ remplit toutefois tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'experte B. \_\_\_\_\_ a examiné avec soin tout le dossier de l'assuré. Elle a ensuite détaillé ses plaintes spontanées et sur demande, établi une anamnèse familiale et personnelle minutieuse. Elle a également fait passer des examens psychométriques complémentaires à l'assuré. Elle a détaillé l'évolution de son état de santé, analysé ses ressources, donné son avis sur la thérapie en cours, suggéré un traitement à suivre et évalué la cohérence et la plausibilité. Se fondant sur le descriptif d'une journée type et sur ses constatations cliniques lors de l'examen, elle a retenu qu'il n'y avait pas de retentissement des plaintes dans les activités de la vie quotidienne chez l'assuré qui gérait son quotidien sans difficultés objectivables. Elle n'a en outre pas objectivé médicalement les limitations fonctionnelles dont l'assuré se plaignait, de sorte que celles-ci étaient surtout d'ordre subjectif et peu significatives. Elle s'est encore livrée à une analyse structurée de l'effet du syndrome de dépendance au cannabis. Sur la base de ses observations et de l'examen du dossier, elle a relevé l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant mais retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, puis légers depuis 2014 au présent, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif actuellement non décompensé et de dépendance primaire au cannabis avec utilisation continue en augmentation depuis 2014 au présent. Elle a considéré que l'assuré était capable de travailler à 100 % sans baisse de rendement depuis 2014 à ce jour, dans une activité avec une hiérarchie simple et bienveillante, sans relations sociales complexes. Cette capacité pourrait être améliorée et demeurer entière grâce à la mise en place d'un traitement antidépresseur avec sevrage au cannabis. En l'absence de

traitement adéquat, le risque de rechute dépressive moyenne, voire sévère, serait augmenté.

Le recourant conteste le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile qu'a retenu l'experte B.\_\_\_\_\_. L'experte a toutefois dûment motivé son appréciation sur ce point. Elle a relevé qu'il existait des attitudes et des comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (affectivité, sensibilité, impulsions, manière de percevoir et de penser, mode de relation à autrui) qui étaient durables et stables dans le temps, et qui se manifestaient dès l'adolescence. Elle a exposé les critères diagnostics de la CIM-10 qui étaient remplis pour ce diagnostic, à savoir l'impulsivité, le manque de contrôle de soi, l'instabilité et les comportements auto-dommageables. Ce trouble n'était alors pas décompensé ; il n'avait pas empêché l'assuré de gérer son quotidien et d'avoir une relation sentimentale stable. L'appréciation de l'experte apparaît convaincante. Au demeurant, ce trouble, actuellement non décompensé, représentait un frein à la réadaptation professionnelle en affaiblissant la résistance au stress de l'assuré. Il peut également expliquer certaines difficultés relationnelles de l'assuré. C'est pour cette raison que l'experte a recommandé un emploi avec une hiérarchie simple et bienveillante, sans relations sociales complexes (expertise p. 45). Le recourant évoque pour sa part souffrir d'une « structure de personnalité immature ». Or, il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé en tant que telle, au même titre que la personnalité à traits immatures (Z73.1) qu'ont retenu l'expert Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juin 2016 et le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 décembre 2019. Il ne peut donc pas s'agir d'un diagnostic invalidant en tant que tel. Quoi qu'il en soit, l'experte a privilégié, de manière convaincante, un diagnostic de trouble de l'adaptation émotionnellement labile, actuellement non décompensé, et a pris en considération cette atteinte pour évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ses constatations à ce propos.

Le recourant reproche également à l'experte de n'avoir pas admis un trouble dépressif de gravité moyenne comme l'a fait le Dr

H.\_\_\_\_\_ et de s'être montrée contradictoire avec les autres pièces au dossier en relation avec la dépendance au cannabis. L'experte a toutefois exposé les motifs pour lesquels elle estimait que le trouble dépressif récurrent était moyen à son apparition et léger depuis 2014, sans grandes répercussions fonctionnelles. Elle a ainsi analysé les critères de la dépression selon la CIM-10, pour conclure que les critères mineurs de la dépression étaient réalisés depuis 2014. Elle s'est à cet égard référée à ses constatations cliniques (expertise p. 25), à l'anamnèse, mais encore au fonctionnement de l'assuré au quotidien (expertise p. 30) ainsi qu'à l'absence de tout traitement médicamenteux. Aussi, à l'échelle de dépression de Hamilton, l'évaluation de la gravité des symptômes dépressifs actuels donnait lieu à un résultat de dépression légère, avec un score de 13. Son analyse est par conséquent détaillée et emporte la conviction. S'il est vrai que les Drs Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont retenu un trouble dépressif moyen, les rapports des 11 septembre et 20 décembre 2019 du Dr H.\_\_\_\_\_ ne contiennent pas d'anamnèse, tandis que l'expertise du 19 juin 2016 du Dr Z.\_\_\_\_\_ est très sommaire à cet égard. Les médecins ne procèdent ainsi pas à une analyse complète et structurée de la situation. Leurs appréciations ne sont donc pas suffisamment détaillées et objectivées médicalement pour remettre en doute le diagnostic retenu par l'experte B.\_\_\_\_\_.

Concernant la dépendance au cannabis de l'assuré, l'experte a exposé qu'il s'agissait d'une dépendance primaire avec utilisation continue depuis 2014 et avec utilisation épisodique depuis l'âge de 18 ans. La dépendance était apparue plusieurs années avant les épisodes dépressifs. C'est également l'augmentation de la consommation de cannabis, à raison d'un ou deux joints par jour, qui avait favorisé l'apparition de troubles dépressifs récurrents. L'experte a relevé que l'assuré refusait de se sevrer, qu'il utilisait le cannabis pour se calmer et avait ensuite besoin de temps pour se remettre de ses consommations, qu'il était peu motivé pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement que la prise de cannabis favorisait. Or, un sevrage était exigible, au besoin à l'aide d'un traitement pharmacologique anxiolytique, dans la mesure où la consommation de produits stupéfiants

augmentait le déconditionnement et la démotivation de l'assuré. Sur ce point, l'avis des Drs H. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ qui semblent admettre qu'un tel sevrage n'est pas exigible au regard du but anxiolytique de la consommation du recourant n'est pas convaincant. Il est en effet difficile de comprendre qu'ils n'ont pas prescrit de traitement médicamenteux anxiolytique ou de substitution alors même qu'ils considèrent que leur patient est limité sur le plan cognitif, qu'il présente un trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis et souffre d'un trouble du rythme veille-sommeil qui l'empêche d'atteindre une présence de 50 % au cours de son stage. L'appréciation détaillée de l'experte sur ce point doit donc être suivie.

L'experte a conclu que le recourant était capable de travailler à 100 %, depuis 2014, dans une activité avec une hiérarchie simple et bienveillante, sans contacts sociaux complexes. Son appréciation repose sur ses constatations, notamment au regard des limitations fonctionnelles non significatives cliniquement. Elle a relevé que la fatigue était subjective, dès lors qu'aucun ralentissement psychomoteur n'a été constaté au cours de ses entretiens, que les troubles de la concentration étaient subjectifs et non objectivables, qu'une tristesse légère était présente la plupart de la journée mais sans effet sur le quotidien, qu'une faible estime de soi était présente, avec un isolement social partiel mais pas total, sans anhédonie, ni aboulie (expertise p. 39). Ces limitations n'étaient au demeurant pas présentes de manière uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne. L'experte a retenu que l'assuré conservait des capacités et de ressources personnelles importantes, qu'il arrivait à gérer son quotidien sans difficulté, qu'il avait des contacts sociaux, qu'il conduisait, qu'il lisait, se promenait, partait en vacances et jouait à des jeux vidéo. Le recourant conteste toutefois que les « ressources », telles que retenues par l'experte, soient conformes à la réalité. Or, ces éléments ressortent de l'expertise elle-même, plus précisément du point 3.2.11 « Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation des loisirs, hobbies, aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transports utilisés, déplacements, vacances, etc. », soit des réponses que l'assuré a lui-même

fournies à l'experte au cours des entretiens. Le fait qu'il soit soutenu par sa mère, dans le ménage, et par sa compagne ne démontre au demeurant pas l'absence de ressources de l'assuré au plan physique ou psychique ni un manque d'autonomie de sa part, mais est le reflet de l'organisation au sein de son foyer et d'un manque de motivation à s'occuper de ses affaires administratives par exemple (cf. expertise p. 22).

Il n'y a en outre aucune contradiction dans le fait que l'experte retienne que l'assuré est pleinement capable de travailler depuis 2014 et que sa capacité de travail pourrait demeurer entière à l'avenir pour autant qu'un traitement antidépresseur et qu'un sevrage soient mis en place. En effet, cela ne signifie pas qu'un tel taux n'est pas déjà raisonnablement exigible. L'experte précise d'ailleurs que tel est bien le cas et que le sevrage et le traitement médicamenteux permettraient d'éviter toute rechute du trouble dépressif qui deviendrait alors moyen, voire sévère. La Dre B. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs souligné les bénéfices secondaires attendus par l'assuré, à savoir la difficulté à trouver un emploi dans l'économie libre sans formation, une démotivation dans un contexte de déconditionnement en lien avec des consommations de cannabis croissantes, une peur d'être confronté à un stress professionnel alors qu'il préfère avoir du temps pour passer des bons moments avec sa copine, des amis, à jouer à des jeux sur le téléphone ou sur internet, le besoin de temps pour récupérer après ses abus de cannabis (expertise p. 44). Elle a également relevé à plusieurs reprises l'absence d'une réelle motivation de l'assuré à une réadaptation professionnelle. Celui-ci a d'ailleurs indiqué qu'il espérait recevoir une rente d'invalidité « comme son frère », idéalement sans essai de réadaptation professionnelle, car il n'avait pas de formation professionnelle et les ateliers qu'il avait suivis par le passé ne l'avaient pas motivé. Il avait une vision ambivalente s'agissant de la formation, si on lui proposait de se réadapter dans un domaine intéressant sans hiérarchie complexe (expertise p. 22). On comprend que l'experte préconise ces deux traitements pour éviter toute rechute dépressive et maintenir une capacité de travail entière. Au vu de ces constatations et ces déclarations, la motivation observée lors des mesures professionnelles suivies par l'assuré doit également être relativisée. Lors de ces mesures,

de nombreuses absences et retards ont été constatés, de même que la difficulté voire l'impossibilité pour l'assuré de se lever, de venir travailler le matin et d'atteindre un taux d'activité supérieur à 40 %. Ces difficultés ne peuvent toutefois pas être mises en relation avec une atteinte à la santé psychique ou physique, même au regard des diagnostics posés par les différents médecins traitants de l'assuré. Ni le Dr H. \_\_\_\_\_ ni le Dr Y. \_\_\_\_\_ ne motivent d'ailleurs de manière convaincante dans leurs rapports ce qui justifierait de telles limitations. Le trouble dépressif récurrent n'est pas suffisamment prononcé pour cela et le trouble des acquisitions scolaires, retenu par l'expert Z. \_\_\_\_\_, ne les explique pas davantage. Les difficultés cognitives qui découlent de ce trouble d'acquisitions scolaires n'empêchent pas l'assuré d'exercer une activité lucrative adaptée simple et répétitive, à plein temps. L'experte a par ailleurs expliqué de manière convaincante pour quels motifs ces difficultés ne justifiaient pas un nouvel examen neuropsychologique, se référant aux résultats du recourant au test de Raven (expertise pp. 26-27). Il ne se justifiait donc pas d'en réaliser un nouveau.

Vu ce qui précède, l'intimé a admis à juste titre une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations de l'assuré et exclu le droit à une rente à défaut d'une perte de gain de 40 % au moins. L'intimé n'a toutefois pas exclu d'allouer d'autres mesures professionnelles si l'assuré se montre motivé, le SMR l'ayant au contraire expressément réservé dans son avis du 27 octobre 2020. Le trouble des acquisitions scolaires et l'absence de formation initiale qu'il a entraînée pourraient justifier l'octroi de telles mesures, sous condition d'un suivi psychothérapeutique adéquat et d'un sevrage du cannabis avec monitoring urinaire, comme le recommande l'experte B. \_\_\_\_\_. Le fait que de telles mesures ont été mises en échec par le passé ne fait pas obstacle à de nouvelles mesures, les circonstances étant désormais différentes. Ces mesures ne font cependant pas partie de l'objet de la présente procédure. Il appartient donc au recourant, s'il le souhaite, d'en faire la demande à l'OAI qui se prononcera à leur propos.

**7. a)** En conséquence, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

**b)** L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

En l'occurrence, bénéficiaire du revenu d'insertion qui lui assure uniquement son minimum vital, l'assuré se trouve dans une situation d'indigence. Il y a donc lieu de lui octroyer l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et le dispenser d'avance de frais.

**c)** 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. Ils sont provisoirement supportés par l'Etat, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**d)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :