

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2025

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Berberat et M. Tinguely, juges  
Greffière : Mme Cuérel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à  
Lausanne,

et

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], intimé.

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], marié, sans enfants, au bénéfice d'une formation de coiffeur acquise en [...], a travaillé en Suisse dès 1984 dans diverses professions (chauffeur-livreur, aide de laboratoire) avant d'être engagé en date du 1<sup>er</sup> octobre 2009 en qualité de concierge par la D.\_\_\_\_\_SA.

Par formulaire signé le 21 janvier 2011, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente en raison d'un cancer de la sphère ORL depuis juin 2010. Il a précisé être en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

Procédant à l'instruction de la cause, l'OAI a recueilli divers documents à propos de la situation personnelle et médicale de l'assuré, puis lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2012 par décision du 4 juillet 2014.

Cette décision a été annulée par arrêt du 23 juillet 2015 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 182/14 - 192/2015), et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction.

Reprenant l'instruction, l'OAI a en particulier mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la F.\_\_\_\_\_ (ci-après : [...]) comportant les volets de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie.

L'OAI a ensuite rendu une nouvelle décision le 4 octobre 2016, reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2012.

**B.** Le 12 mars 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 29 octobre 2019. Il travaillait en tant que livreur de repas pour le compte d'E. \_\_\_\_\_ au taux de 28 % depuis le 15 décembre 2014. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué « Difficultés psychiques/Hernie discale cervicale avec arthrose » existant depuis dix ans.

Dans un rapport du 8 avril 2020, auquel étaient joints les résultats d'une imagerie par résonance médicale (ci-après : IRM) du 5 février 2020, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite en 2010, débord discal C6-C7 refoulant la racine C7 droite le 5 février 2020 et de syndrome dépressif réactionnel chronique aggravé depuis début 2020.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 21 avril 2020, en indiquant que l'incapacité de travail était entière depuis le 29 octobre 2019 en raison de cervicalgies, brachialgies et douleurs de l'épaule droite, ainsi que d'un état dépressif réactionnel. Le pronostic était réservé. Les limitations fonctionnelles concernaient, d'une part, tous les mouvements de l'épaule droite, ainsi que la rotation et la flexion-extension du rachis cervical et, d'autre part, des limitations psychiques. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

La Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D. \_\_\_\_\_ ont également complété un questionnaire de l'OAI le 15 mai 2020. Elles ont posé les diagnostics de personnalité paranoïaque (F60.0) et d'antécédents personnels de tumeur maligne (Z85). La capacité de travail était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les douleurs physiques attestées par le médecin généraliste, les insomnies entraînant fatigue et irritabilité, les angoisses, l'hypersensibilité au stress et le sentiment de persécution.

Réinterrogé par le Service médical régional (ci-après : SMR), le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué le 3 mai 2021 qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau des douleurs cervico-brachiales droites, la physiothérapie ayant été interrompue en raison de la situation sanitaire. Au niveau psychologique, il y avait stabilisation de l'humeur mais persistance de signes de dépression aggravés par la situation actuelle. La journée-type de son patient était rythmée par les exercices conseillés par son physiothérapeute, des phases de repos et de courtes promenades autour de son domicile.

La Dre C. \_\_\_\_\_ et la psychologue D. \_\_\_\_\_ ont répondu aux questions complémentaires du SMR le 19 mai 2021, en exposant qu'il y avait peu d'évolution, avec persistance des manifestations anxieuses au quotidien et développement d'un comportement d'évitement entraînant un isolement socio-affectif. La relation thérapeutique avec la psychologue s'était cependant améliorée. Les rendez-vous avec la psychiatre étaient limités au minimum et aucune médication n'était proposée en raison du vécu persécutoire du patient. Les psychothérapeutes ont décrit la journée-type de l'assuré et déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs physiques selon rapport du médecin généraliste, insomnies entraînant fatigue et irritabilité, angoisses, hypersensibilité au stress, sentiment de vide, repli sur soi, isolement social et affectif, difficultés d'adaptation et de gestion de la frustration, difficultés d'attention et de concentration, difficultés relationnelles, méfiance et vécu de persécution qui déclenchent une rupture de liens. La capacité de travail était nulle.

Suivant l'avis établi le 15 juin 2021 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin praticien du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de rhumatologie, médecine interne et psychiatrie, auprès du centre d'expertise G. \_\_\_\_\_ SA. Les mandats ont été confiés aux Drs N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport d'évaluation \_\_\_\_\_ consensuelle \_\_\_\_\_ le 17 janvier 2022, prenant en particulier les conclusions suivantes :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome d'apnée du sommeil léger découvert en janvier 2021 et appareillé 3 mois par CPAP, G47.3
- Status après carcinome épidermoïde de l'amygdale droite (pT2 cN0 MO R1) avec amygdalectomie droite élargie le 10.06.2010, 2 séances de chimiothérapie et 33 séances de radiothérapie, C09
- Status après excision d'un polype à la gorge en 2003
- Papillomavirus positif au niveau de la gorge
- Hypercholestérolémie traitée
- Gastrite anamnesticque
- Epicondylite du coude droit, M77.1
- Sciatalgie tronculaire à droite sur tendinite du muscle pyramidal dans les fesses, M76.0
- Cervicalgie avec irradiation à l'omoplate droite secondaire à une discopathie avec atteinte foraminale, M75.2
- Discarthrose L5-S1 avec une minime hernie discale sous-ligamentaire paramédiane L5-S1 droite sans signe de conflit. Il existe une arthropathie facettaire dégénérative congestive modérée à l'étage L3-L4 et L5-S1 et une bursite interépineuse L2-L3 à L4-L5
- Dysthymie, F34.1
- Trouble de la personnalité paranoïaque, F60.0
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F33.4, dernier épisode novembre 2019
- Syndrome douloureux somatoforme, F45.4

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

Les limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique sont :

- La flexibilité limitée aux changements
- Un travail structuré et prévisible sans nécessiter d'initiative spontanée ou de prise de décision importante est préférable
- L'expertisé peut appliquer ses compétences dans un milieu non confrontant et peu compétitif. La décision de jugement peut être affectée en fonction du contexte.

Les limitations fonctionnelles au niveau rhumatologique sont :

- Pas de piétinement, pas de marche prolongée, pas de montée d'escaliers
- Efforts de soulèvement et port de charge limité à 10 kg ; pas de mouvement de pronation forcée de la main droite ou d'effort de poussée de la main droite, mais en extension (par exemple : pousser une porte en avant ou se relever)

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Son trouble de la personnalité paranoïaque a une incidence dans le cadre de divers échecs personnels renforçant ses blessures narcissiques.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisé maîtrise le français et possède un diplôme en conciergerie. Il a de l'expérience dans plusieurs domaines professionnels. Il peut se déplacer en voiture ou en transports publics. Ses ressources externes sont : dépendre de sa femme pour la majorité des tâches ménagères en raison des douleurs. Monsieur W. \_\_\_\_\_ a un suivi psychologique.

Il existe chez l'expertisé des ressources mobilisables avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches. Il peut travailler de manière autonome avec une endurance conservée. Il est apte à s'assumer.

#### 4.6. Contrôle de cohérence

Il n'y a pas d'incohérence dans les trois disciplines. Néanmoins, le niveau de la douleur sur le plan rhumatologique paraît excessif à 8/10, surtout après mise en parallèle des antalgiques consommés. Cependant, l'examen n'a pas montré d'exagération et monsieur W. \_\_\_\_\_ a été coopérant.

Dans l'expertise de médecine interne, l'expertisé dit qu'il ne peut pas rester assis plus de 30 minutes et qu'après il doit se lever ou s'étirer, tandis que, pendant la consultation, il est resté assis pendant 1 heure sans changer de position, ni s'étirer ou se lever.

#### 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de :

- 0% pour la médecine interne générale du 10.06.2010 au 25.09.2011 ; puis 100% dès le 26.09.2011
- 0% pour la rhumatologie depuis février 2021 au vu de l'apparition de l'épicondylite droite.
- 0% en tant que livreur pour personnes âgées, pour la psychiatrie depuis novembre 2019, en raison de la confrontation des situations vécues comme traumatisantes. Il peut sans autres travailler en tant que livreur d'entreprise.

En résumé : 0% depuis novembre 2019.

#### 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail dans une activité correspondante aux aptitudes de l'expertisé est :

- Idem pour la médecine interne générale : 0% du 10.06.2010 au 25.09.2011 ; puis 100% dès le 26.09.2011.
- 100% pour la rhumatologie.
- 50% depuis novembre 2019, sans diminution du rendement, sur le plan psychiatrique.

En résumé : 50% depuis novembre 2019.

#### 4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail est d'origine psychiatrique depuis novembre 2019 dans le cadre de confrontation des situations vécues comme

traumatisantes et au niveau rhumatologique depuis 2021, dans le cadre de son épicondylite.

#### 4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Sur le plan rhumatologique : infiltrations du coude droit, du muscle pyramidal droit.

Sur le plan psychiatrique : un antidépresseur à bas dosage (Amitriptyline, Duloxétine, Venlafaxine, Mirtazapine ou autre) pourrait être tenté pour alléger l'état anxiodépressif et possiblement la perception douloureuse. Un traitement neuroleptique à bas dosage pourrait également agir sur la stabilisation de l'humeur et être proposé.

Sur le plan de la médecine interne générale : reprise de l'appareillage CPAP à utiliser de façon continue. »

En annexe de l'évaluation consensuelle, les experts ont joint leurs rapports d'expertise spécialisés, ainsi qu'une synthèse du dossier.

Prenant connaissance de cette expertise, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR s'y est rallié dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2022, en relevant qu'il existait une atteinte à la santé durable depuis novembre 2019 entraînant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le 9 février 2022, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible basé, pour le revenu sans invalidité, sur le revenu déclaré par l'employeur en mai 2020 pour un temps de travail de 100 %, soit 63'082 fr. 65, et, pour le revenu avec invalidité, sur les statistiques 2018, indexées à 2020, au taux d'activité de 50 % et avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, soit 31'015 fr. 61. Il en résultait un préjudice économique de 50.83 %. Des exemples d'activités adaptées étaient en outre décrites comme suit : « Notre assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine industriel léger, par exemple montage, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ».

Par décision du 8 novembre 2022, confirmant son projet de décision du 31 août 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-

rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 51 %, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020 et en a fixé le montant à 862 fr. dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022.

**C. a)** Par acte du 2 décembre 2022, représenté par Me Jean-Michel Duc, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a fait valoir que son état de santé s'était dégradé au point qu'il ne pouvait plus exercer quelque activité que ce soit.

**b)** Le 16 janvier 2023, reprenant la même motivation, l'OAI a fixé le montant de la demi-rente d'invalidité à 855 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 décembre 2020 et à 862 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 30 novembre 2022.

**c)** Le 13 février 2023, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision rendue le 16 janvier 2023 par l'OAI. Il a conclu à la jonction de cette cause, instruite sous référence AI 37/23, avec celle pendante sous la référence AI 331/22, ainsi qu'à la réforme de la décision du 16 janvier 2023 en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé.

**d)** Les causes AI 331/22 et AI 37/23 ont été jointes le 20 février 2023 sous la référence AI 331/22.

**e)** Par réplique du 21 mars 2023, l'assuré a mis en cause la teneur de l'expertise de G.\_\_\_\_\_SA, en se prévalant de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dre C.\_\_\_\_\_. Il a produit en annexe à son écriture un rapport de cette médecin du 2 mars 2023.

Par une nouvelle écriture du 2 mai 2023, l'assuré a encore produit un rapport du 4 avril 2023 du Dr I.\_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite en 2010 avec radiothérapie adjuvante responsable de cervicalgies et brachialgies droites

invalidantes, syndrome dépressif réactionnel à sa situation clinique dégradée au quotidien, discarthrose prédominant en L5-S1 avec pincement inflammatoire permanent et hernie discale sous-ligamentaire paramédiane L5-S1, arthropathie facettaire dégénérative et congestive de L3-L4, L5-S1, ainsi que bursite interépineuse de L2-L3 à L4-L5, et a relevé que son patient souffrait régulièrement de cervico-dorso-lombalgies responsables d'une nette dégradation de sa qualité de vie ; il présentait par ailleurs des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, si bien qu'il paraissait peu probable qu'il puisse un jour retravailler. L'incapacité de travail était due aux cervico-dorso-lombalgies invalidantes, ainsi qu'au syndrome dépressif réactionnel chronicisé.

**f)** Une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH a eu lieu le 23 novembre 2023, lors de laquelle le conseil de l'assuré a plaidé pour son client.

Statuant par arrêt du 23 novembre 2023, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé les décisions de l'OAI des 8 novembre 2022 et 16 janvier 2023. Le considérant 5 de cet arrêt a la teneur suivante :

« **5. a)** En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de G. \_\_\_\_\_ SA, qui a rendu son rapport le 17 janvier 2022.

Les experts S. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont retenu divers diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail et estimé que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle de livreur de repas depuis novembre 2019. La capacité de travail était toutefois de 50 %, également depuis cette date, dans une activité adaptée, en raison de l'atteinte psychiatrique. Les experts ont détaillé leur appréciation dans le cadre de leur évaluation consensuelle pluridisciplinaire.

**b)** Sur le plan somatique, le recourant a été examiné par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ainsi que par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, résumés dans l'annexe 4 du rapport (p. 32 ss), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par le recourant depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 2011. Ils ont chacun établi un rapport portant sur leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien

avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par l'intimé. Ces expertises remplissent ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 1er février 2022.

Le recourant critique les volets somatiques en se prévalant pour l'essentiel du rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2023 produit en procédure. Or ce rapport ne fait pas état d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés des experts dans le cadre de leur appréciation. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a exposé que son patient ne pouvait effectuer « aucun travail qui pourrait péjorer son état clinique » par le fait qu'il souffre régulièrement de cervico-dorso-lombalgies. Toutefois, l'expert en médecine interne a pris en compte les douleurs en question dans son rapport d'expertise, notant en particulier que le recourant se plaignait de douleurs cervicale et au niveau de l'omoplate droite, descendant dans le bras, surtout au niveau du coude à droite, avec perte de force dans le bras, diminution de la prise avec la main, des fourmillements et l'incapacité de porter des charges de plus de 1 à 2 kg. Cet expert a aussi noté que le recourant se plaignait depuis environ une année de douleurs à la hanche droite qui l'obligeaient à marcher lentement pendant maximum quinze minutes, limitaient la position assise à maximum 30 minutes, entraînaient des réveils nocturnes lors de changements de position et l'empêchaient parfois de sortir de sa baignoire ou d'enfiler son pantalon (cf. ch. 3.2 de l'expertise de médecine interne, p. 8 du rapport). L'expert en rhumatologie a également fait état de plaintes douloureuses du recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise de rhumatologie, p. 25 du rapport). Il a ainsi noté que la douleur la plus importante se situait au niveau lombaire (fesse droite), mais qu'il existait également des douleurs au niveau de l'omoplate droite et à la face externe du coude, que le recourant évaluait son temps de marche à 15 minutes et la position assise à 15 minutes. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa dernière écriture, les experts somaticiens ont retenu les mêmes diagnostics que le Dr I. \_\_\_\_\_ et ont ajouté celui d'épicondylite du coude droit. Ainsi, l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne suffit pas à remettre en doute la valeur probante des volets somatiques de l'évaluation pluridisciplinaire, ce d'autant qu'il s'agit du médecin généraliste traitant du recourant depuis plusieurs années. Au demeurant, ce médecin ne se prononce pas spécifiquement sur la question d'une activité adaptée aux limitations d'ordre somatique et ne l'exclut pas non plus. En conséquence, les griefs du recourant à l'égard du volet somatique de l'expertise doivent être écartés.

Le recourant se prévaut par ailleurs de l'ATF 139 V 346, portant sur la fatigue associée au cancer (« Cancer-related Fatigue » ou CrF). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a reconnu que cette forme de fatigue, bien que n'ayant pas encore trouvé sa place dans la CIM, était une entité pathologique propre, répondant à des critères diagnostics déterminés par la Coalition Fatigue et analogues aux critères de la CIM-10. Mêmes si les causes et les origines de la CrF n'étaient pas encore entièrement élucidés et que cette fatigue

pouvait durer de nombreuses années après la fin du traitement, il fallait retenir qu'elle était obligatoirement liée à un cancer et qu'elle avait donc une cause organique au moins indirecte, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'appliquer par analogie les principes développés sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (consid. 3). Cela étant, déjà invoqué lors de la première demande de prestations, cet arrêt n'est d'aucun secours au recourant. En effet, il convient en premier lieu de rappeler que la problématique d'une CrF a été investiguée par les experts de la F.\_\_\_\_\_, et n'a pas été retenue par ceux-ci pour les motifs suivants (p. 17 du rapport d'expertise) :

« (...)

Au total, chez cet assuré opéré puis traité par chimiothérapie et radiothérapie au cours du second semestre 2010, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été retenu par le Dr [...].

On peut considérer ce diagnostic comme adéquat pour traduire, en termes psychiatriques et dans le cas de CIM10, les symptômes dépressifs communément associés au traitement du cancer et pouvant se prolonger.

Au moment de cette première expertise et au-delà, c'est-à-dire, à la date de la nôtre, l'assuré ne présentait plus d'altération de l'humeur, qui serait la seule explication possible à la persistante, très improbable, d'une "cancer related fatigue", des années après la fin du traitement.

La reconnaissance d'une incapacité entière, se terminant en mai 2012, nous paraît donc justifiée. A partir de mai 2012, il a recouvré une capacité entière.

(...) »

Or le recourant n'a pas contesté la décision rendue par l'intimé fondée sur cette expertise. En second lieu, il faut relever que les experts de G.\_\_\_\_\_ SA ont eu accès à l'ensemble du dossier du recourant, dont l'expertise précitée. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a noté que le recourant avait présenté une fatigue post-oncologique pendant plusieurs mois, mais qu'il avait retrouvé une capacité totale de travail dès septembre 2011. Cet expert a également relevé que le recourant présentait un syndrome d'apnée du sommeil léger à modéré, qu'il avait arrêté l'appareillage CPAP après trois mois sans influence sur sa fatigue et qu'à cet égard, il ne présentait pas de somnolence diurne, d'augmentation de l'asthénie ou d'autre pathologie en relation avec cette symptomatologie. Ainsi, pour l'expert de médecine interne, le problème était « plutôt au niveau psychique » (ch. 7.1 et 7.4 de l'expertise de médecine interne, p. 12 du rapport d'expertise).

**c)** Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné par la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a, comme ses confrères somaticiens, eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. annexe 4, p. 32 ss du rapport). Elle a rencontré le recourant le 30 novembre 2021 pour un entretien lors duquel elle a recueilli les plaintes spontanées de l'intéressé (ch. 3.1 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport), puis a procédé à une anamnèse complète en suivant un schéma structuré (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, pp. 16 ss du rapport). Dans ce contexte, elle a notamment interrogé le recourant sur son état psychique actuel en envisageant les différentes symptomatologies relevant de sa spécialité par catégories (cognition, humeur, troubles anxieux, troubles de la pensée, troubles

de la perception, personnalité, symptômes d'état de stress post-traumatique), sur le retentissement de son état mental dans les différents aspects de sa vie (entourage, activités quotidiennes et ménage, relations sociales, loisirs) et sur le déroulement d'une journée type. L'experte a par ailleurs restitué ses constatations en reprenant les catégories de symptomatologies (ch. 4 de l'expertise psychiatrique, pp. 19 ss du rapport), avant de poser ses diagnostics (ch. 6 de l'expertise psychiatrique, pp. 20 s. du rapport). A cet égard, elle a expliqué sur quels éléments elle retenait telle atteinte plutôt qu'une autre et a évalué les différents indicateurs dégagés par la jurisprudence. Elle a ainsi, en particulier, déterminé les limitations induites par les troubles et a évalué la cohérence et la plausibilité, l'évolution des traitements, ainsi que les capacités, ressources et difficultés. Cette expertise répond ainsi également aux critères posés par la jurisprudence en matière d'atteintes d'ordre psychique.

Le recourant se prévaut dans ce cadre des rapports établis par la Dre C.\_\_\_\_\_. Cette dernière n'a toutefois pas non plus fait état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par l'experte psychiatre. La Dre C.\_\_\_\_\_ a exposé, s'agissant des mesures médicales, que son patient avait une grande réticence concernant les médicaments. On ne voit pas ici de contradiction avec les constatations de l'experte psychiatre, qui n'a pas indiqué que la capacité de travail, de 50 % depuis novembre 2019 dans une activité adaptée, serait améliorée par un traitement médicamenteux ; l'experte s'est en effet limitée à faire part d'un traitement qui pourrait être essayé afin d'alléger l'état anxiodépressif et, possiblement, la perception douloureuse.

La psychiatre traitante et l'experte divergent quant à la conscience morbide de l'assuré, la première estimant que le patient est dans le déni total de sa pathologie, et la seconde étant plutôt d'avis qu'une conscience morbide partielle est présente (ch. 4.3 de l'expertise psychiatrique, p. 20 du rapport). Or l'experte a motivé sa position ; elle a en particulier relevé que, selon le recourant, la thérapie avec suivi bimensuel en psychothérapie déléguée ainsi qu'avec la Dre C.\_\_\_\_\_ une fois par mois l'aidait, et qu'il évaluait son évolution comme étant assez bonne (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport).

Enfin, la psychiatre traitante conteste l'affirmation de l'experte selon laquelle son patient était apte à s'assumer lui-même. A cet égard, il faut relever que le fait que la majorité des tâches soit effectuée par son épouse, qui ne travaille pas, ne contredit pas l'observation de l'experte. Cette dernière a pris position sous l'angle des capacités et ressources. Or elle a constaté qu'il existait chez le recourant des ressources mobilisables, avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et structuration des tâches (ch. 7.4 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport). L'intimé a cité, dans son calcul du 9 février 2022, quelques exemples d'activités adaptées à ces limitations et il en existe bien d'autres. Le grief du recourant sur ce point n'est dès lors pas fondé.

En plaidoirie, le recourant a encore fait valoir qu'il présentait des difficultés touchant la concentration, l'attention, la mémoire et la fatigue, lesquelles auraient dû faire l'objet d'un bilan neuropsychologique. Il s'est essentiellement appuyé sur un article tiré d'une revue médicale, ce qui ne suffit pas à remettre en question la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire. Un article publié dans une revue médicale portant sur la recherche en matière de troubles cognitifs liés au cancer ne permet pas d'admettre que le recourant serait concerné. Du reste, l'article évoque des troubles cognitifs qualifiés de léger, se manifestant de la même manière que la CrF. Les experts de la F.\_\_\_\_\_ ont, comme déjà exposé ci-dessus, retenu que cette problématique avait cessé au plus tard en septembre 2019. Il n'en demeure pas moins que l'experte psychiatre a pris note des troubles décrits par le recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 17 du rapport) et qu'elle en a tenu compte dans son évaluation (ch. 7 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport).

**d)** Ainsi, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire de G.\_\_\_\_\_SA, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et psychiatrique présentées par le recourant. »

**D.** L'assuré a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral. Il a toutefois retiré son recours, si bien que le Tribunal fédéral a rayé la cause du rôle sans frais par ordonnance du 29 avril 2024.

**E.** Entre-temps, le 27 mars 2024, W.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Duc, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en se prévalant d'un rapport d'évaluation neuropsychologique établi par la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_ du [...]. Le résumé de ce rapport était le suivant :

- « - Sur le plan comportemental, le patient est collaborant, adéquat, concentré, sans agitation motrice et distractibilité, fatigable.
- Sur le plan attentionnel : important ralentissement de la vitesse de traitement, difficultés d'attention sélective et focalisée.
- Des faiblesses de praxies constructives.
- La mémoire à court terme verbale est dans les normes mais la mémoire de travail verbale est faible.
- Sur le plan mnésique : la mémoire spatiale à court et long terme, la mémoire visuelle pour les objets et la mémoire rétrospectives sont faibles.
- Sur le plan exécutif : le raisonnement, la planification, l'inhibition, la flexibilité mentale, l'anticipation et l'élaboration des stratégies sont faibles et inférieures aux normes.
- Les autres domaines exécutifs évalués (langage d'expression, la mémoire autobiographique et sémantique, la mémoire prospective et l'orientation temporelle et spatiale) sont

- préservés, compte tenu de l'âge, du sexe et du niveau socio-économique.
- Sur le plan thymique, la présence des troubles de la personnalité et d'une dépression récurrente. »

Quant à la conclusion de ce rapport, elle était la suivante :

« Cet examen montre donc des déficits mnésiques, exécutifs, attentionnels ainsi qu'une faiblesse viso-constructive chez un patient âgé de 58 ans, très fatigable. Il est à noter que certaines données nous semblent atypiques et mériteraient un complément de bilan pour lequel nous sommes à disposition. La thymie est dépressive, les troubles de la personnalité identifiés, ainsi que les effets secondaires de la chimiothérapie sont possiblement à l'origine de ce profil cognitif. »

La neuropsychologue a aussi relevé que le patient s'était plaint spontanément de difficultés d'attention/concentration, ainsi que de difficultés mnésiques, lesquelles avaient commencé en 2014.

Par courrier du 9 avril 2024, l'OAI a invité l'assuré à compléter le formulaire idoine, à savoir le questionnaire pour la révision de la rente, ainsi qu'à rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité.

L'assuré a complété ledit formulaire le 22 avril 2024, en indiquant que son état s'était aggravé, les modifications étant décrites comme il suit : « troubles neuropsychologiques, état physique et psychique ».

Dans le délai prolongé à cet effet, l'assuré, par son conseil, a produit le 10 juillet 2024 à l'OAI un rapport du 2 juillet 2024 à son avocat, à la teneur suivante :

« En réponse à votre courrier du 28 mai 2024 concernant le patient susnommé, nous vous informons que nous ne pouvons nous substituer à un neuropsychologue et ne nous opposons pas aux conclusions de nos collègues neuropsychologues qui sont prises en considération ».

Par projet de décision du 27 août 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Le compte-rendu de la permanence du SMR du 10 septembre 2024, dans le cadre de laquelle le dossier de l'assuré lui a été soumis, a la teneur suivante :

« Refus d'entrer en matière au motif que l'examen neuropsych n'apporte pas de nouvel élément, les LF sont inchangées depuis l'expertise et ont été prises en compte. De plus, il n'y a plus de suivi psy. »

Le 2 octobre 2024, l'assuré, par son conseil, a fait part de ses objections au projet de décision du 27 août 2024, en faisant pour l'essentiel valoir que la péjoration de son état était établie.

Par décision du 7 octobre 2024, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 16 janvier 2023.

**F.** Par acte du 1<sup>er</sup> novembre 2024, W.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant principalement à sa réforme dans le sens qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 27 mars 2024, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, il a répété que son état s'est péjoré, l'existence de troubles cognitifs rendant vraisemblable l'existence de l'aggravation de son état de santé.

Par déterminations spontanées du 14 novembre 2024, le recourant a produit un rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2024.

Dans sa réponse du 22 novembre 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant à l'analyse de la situation effectuée par le SMR le 10 septembre 2024.

Par réplique du 8 janvier 2025, le recourant a maintenu sa position.

**G.** Entre-temps, par acte du 15 juillet 2024, W.\_\_\_\_\_, représenté par Me Duc, a déposé devant la Cour des assurances sociales une requête de révision de l'arrêt cantonal du 23 novembre 2023, en concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Il a invoqué comme fait nouveau important le rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 janvier 2024 de la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_.

Cette requête a été instruite sous la référence AI 217/24, et fait l'objet d'un jugement séparé notifié ce jour également.

### **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.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022

(RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022). L'ancien droit est donc applicable en l'espèce.

**3.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande que celui-ci a déposée le 22 avril 2024 (sur formule officielle), singulièrement sur le point de savoir si sa situation s'est modifiée dans une mesure susceptible d'influer le droit aux prestations depuis la précédente décision d'octroi de demi-rente du 16 janvier 2023.

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**5.** En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par le recourant le 22 avril 2024. Il y a donc lieu d'examiner si les nouvelles pièces déposées par le recourant, à savoir le rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 janvier 2024 et le bref rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2024, établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision d'octroi de demi-rente du 16 janvier 2023.

Le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2024, produit en procédure judiciaire, ne peut être pris en considération, puisqu'il n'a pas été produit devant l'OAI au stade de la procédure administrative. Il en va de même de l'attestation du [...] du 16 octobre 2024 faisant la liste des consultations auxquelles s'est rendu l'intéressé dans ce centre.

**a)** En premier lieu, il faut constater que le recourant ne se plaint d'aucune péjoration sur le plan physique, ou, du moins, ne produit aucun rapport à ce niveau, quand bien même il avait indiqué également une aggravation du niveau « physique » dans sa nouvelle demande. Faute

d'un quelconque élément sur ce plan, on ne peut que relever que le recourant ne rend pas plausible d'aggravation à ce niveau.

**b)** Le recourant fait pour l'essentiel état d'une péjoration au plan neuropsychologique. Il ne soutient toutefois pas réellement que le rapport \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ la Dre C. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2024 établirait une péjoration de son état. Cette médecin s'est en effet limitée à un rapport d'une phrase pour faire part qu'elle ne s'oppose pas aux conclusions de ses collègues neuropsychologues.

Il convient dès lors d'examiner si le rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 janvier 2024 établit une péjoration de l'état du recourant, qui aurait dû conduire l'OAI à entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Dans son rapport du 29 janvier 2024, la neuropsychologue L. \_\_\_\_\_ a conclu que son examen montrait des déficits mnésiques, exécutifs, attentionnels ainsi qu'une faiblesse viso-constructive chez le recourant, très fatigable, relevant pour le surplus certaines données lui semblant atypiques et qui mériteraient un complément de bilan. La thymie était dépressive. Pour elle, les troubles de la personnalité identifiés, ainsi que les effets secondaires de la chimiothérapie étaient possiblement à l'origine de ce profil cognitif.

La neuropsychologue L. \_\_\_\_\_ a encore observé que les difficultés d'attention/concentration et mnésiques dont le patient s'était plaint spontanément avaient débuté en 2014.

Or la thymie dépressive n'est pas nouvelle, puisque l'experte psychiatre du G. \_\_\_\_\_ SA en a tenu compte, au même titre que des troubles de la personnalité (en l'occurrence des troubles de la personnalité paranoïaque ; F60.0) (cf. expertise pluridisciplinaire p. 20), respectivement des antécédents personnels de tumeur maligne. C'est du reste l'atteinte psychiatrique qui a conduit les experts à retenir chez le recourant une

capacité de travail dans une activité adaptée de 50% (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales AI 331/22, p. 16). Le rapport d'évaluation de la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_ ne fait donc état d'aucun élément nouveau, se limitant à émettre une hypothèse relative à l'origine du profil cognitif du recourant.

Pour le surplus, dans le cadre de son volet de l'expertise, la Dre G.\_\_\_\_\_ a pris le soin de décrire l'état psychique actuel du recourant. S'agissant de la cognition, elle a relevé que l'expertisé avait quelques problèmes de mémoire, qu'il commettait des erreurs, par exemple lorsqu'il allait sur internet. Il se sentait plus irritable, en revanche la concentration était bonne ; il pouvait parfois perdre le fil et se sentir déconnecté ; cette symptomatologie n'était pas continue mais assez fréquente (expertise, ch. 3.2 du volet psychiatrique, dont il a été tenu compte dans l'arrêt de la Cour des assurances sociales AI 331/22, p. 21). Cela étant, au titre de limitations fonctionnelles, l'experte psychiatre a bien noté que la flexibilité au changement était limitée, un travail structuré et prévisible, sans nécessité d'initiatives spontanées ou de prise de décisions importantes, était préférable, le requérant pouvant appliquer ses compétences dans un milieu non confrontant et peu compétitif, l'experte notant encore que la décision de jugement pouvait être affectée en fonction du contexte (ch. 7 du volet psychiatrique de l'expertise, p. 22 du rapport, dont il a été tenu compte dans l'arrêt de la Cour des assurances sociales AI 331/22, p. 21). Le SMR a quant à lui également observé que les limitations fonctionnelles étaient inchangées depuis l'expertise, et qu'elles avaient été prises en compte (cf. compte rendu de la permanence SMR du 27 août 2024).

Finalement, le rapport de la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 20224 ne met pas en évidence d'éléments qui auraient échappé aux experts du G.\_\_\_\_\_SA, et plus particulièrement à l'experte psychiatre.

On relèvera que les difficultés d'attention/concentration, respectivement mnésiques, dont se plaint le recourant auraient débuté en

2014 (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 janvier 2024). Il ne s'agit dès lors pas d'une atteinte nouvelle. On ne pourra dès lors que s'étonner que tous les spécialistes consultés, et en particulier la Dre C.\_\_\_\_\_, qui suit le requérant depuis le mois de mai 2020 à tout le moins, n'aient pas évoqué lesdites difficultés.

On ajoutera que la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_ ne se prononce quoi qu'il en soit pas sur la capacité de travail du requérant, ni sur les répercussions des déficits qu'elle relève sur celle-ci.

Dans ces conditions, les difficultés décrites par la neuropsychologue L.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts du G.\_\_\_\_\_SA, dont l'OAI a tenu compte pour rendre sa décision du 16 janvier 2023, au demeurant confirmée sur recours, ni n'établissent une péjoration de l'état de santé du recourant qui aurait dû conduire l'intimé à entrer en matière sur sa nouvelle demande.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 5 mars 2025, faisant état de 7 heures et

25 minutes de travail d'avocate-stagiaire, et compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 922 fr. 70 débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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 (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté
- II.** La décision rendue le 7 octobre 2024 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant est arrêtée à 922 fr. 70 (neuf cent vingt-deux francs et septante 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 de l'indemnité de conseil d'office mis 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 Jean-Michel Duc (pour W. \_\_\_\_\_),
- 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 :