

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juin 2025

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat, juge, et Mme Glas, assesseure  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4, 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1964, ressortissant [...], travaillait en dernier lieu comme employé de restauration au service du [...] depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Le 21 février 2011, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de gonalgies droites apparues le 20 août 2010 à la suite d'un choc direct sur le genou.

Dans un rapport du 21 mars 2011, les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur du N.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de chondropathie de stade IV du condyle fémoral interne droit et de la gorge trochléenne droite, précisant qu'une arthroscopie avait été réalisée le 22 décembre 2010. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis le 30 août 2010 et une reprise du travail à 50 % était envisagée dès le 21 mars 2011.

Le 13 avril 2012, en raison de la persistance des douleurs dans le cadre d'une gonarthrose varisante, une arthroscopie diagnostique, une chondroplastie du condyle fémoral interne et une ostéotomie de valgisation par fermeture externe du tibia droit et fixation par plaque ont été réalisées le 23 avril 2012 par le Dr X.\_\_\_\_\_ (protocole opératoire du 27 avril 2012).

Le 10 mai 2012, l'assuré a souffert d'un infarctus inféro-postérieur qui a donné lieu à une angioplastie et mise en place d'un stent actif au niveau de la circonflexe distale réalisées le jour-même. Le 10 septembre 2012, la Dre P.\_\_\_\_\_, cardiologue, a transmis un rapport à l'OAI dans lequel elle a émis un pronostic favorable et indiqué que la reprise d'une activité professionnelle lui semblait possible sur le plan strictement cardiologique.

Dans un rapport du 20 septembre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a mentionné que l'assuré présentait un état anxio-dépressif récurrent, en sus de la gonarthrose droite et de l'infarctus qui faisaient l'objet d'un suivi. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 23 avril 2012 et de 50 % depuis le 10 septembre 2012.

Dans un rapport du 15 novembre 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que lors du dernier contrôle du 13 novembre 2012 l'évolution était plutôt favorable. L'assuré se plaignait encore de douleurs dans le creux du poplité, surtout à la montée et à la descente des escaliers, mais il présentait autrement un genou stable, avec une bonne fonction et un périmètre de marche qui n'était a priori pas limité. Si une gêne devait apparaître sur la plaque externe, une ablation du matériel pourrait être envisagée à une année de l'opération. L'assuré avait repris son travail le 8 octobre 2012 à 80 % et une reprise à 100 % était prévue pour le 2 janvier 2013.

Par décision du 20 février 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2012 et d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 janvier 2013.

**b)** Le 18 février 2014, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en raison de son arthrose au genou droit.

Dans un rapport du 15 septembre 2014, les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, respectivement médecin cheffe et chef de clinique à N.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose varisante interne droite, de lombalgies avec hernie discale L5-S1 droite et hernie discale L4-L5 gauche, d'épisode anxio-dépressif modéré, d'infarctus le 10 mai 2012 et de syndrome d'apnée du sommeil non appareillé. Concernant le genou droit, ils ont précisé qu'à la suite de la réapparition d'une douleur du versant interne du genou qui pouvait s'expliquer par la protrusion d'une vis, une ablation du matériel d'ostéosynthèse du versant antéro-externe du tibia proximal avait été

réalisée le 7 mai 2014. Depuis lors, les gonalgies droites s'étaient progressivement améliorées, mais l'assuré présentait des limitations pour se déplacer sur de longues distances ou dans les escaliers qui risquaient de persister sur le long terme. L'assuré avait également développé des lombalgies invalidantes avec irradiation dans les deux membres inférieurs, de prédominance à gauche. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée le 5 mars 2014 avait révélé une hernie discale extra-foraminale L4-L5 gauche pouvant entrer en conflit avec la racine L4 gauche et une hernie discale droite en L5-S1 pouvant entrer en conflit avec la racine S1 droite. L'assuré rencontrait des difficultés importantes pour se baisser ou se pencher en avant et pour porter des charges lourdes. De nouvelles options thérapeutiques étaient prévues pour la problématique lombaire et la situation serait réévaluée en fonction de l'évolution clinique. Concernant l'épisode dépressif, ils ont indiqué qu'il était apparu à la fin de l'année 2013 dans un contexte de difficultés personnelles liées au divorce de l'assuré pour lequel il était suivi auprès du K.\_\_\_\_\_. La symptomatologie dépressive était en amélioration mais l'évolution était fluctuante. Après une période d'arrêt de travail complet en lien avec ce trouble, l'assuré avait repris le travail à 50 % en janvier 2014.

Dans un rapport du 11 mai 2015, les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont confirmé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies invalidantes avec irradiation dans les deux membres inférieurs et de gonarthrose varisante interne droite. L'assuré avait présenté une aggravation des lombosciatalgies dans le courant du deuxième semestre 2014 et une troisième infiltration réalisée début octobre 2014 n'avait apporté qu'une amélioration partielle des symptômes. En raison de l'exacerbation de la problématique lombaire, il avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 10 octobre au 11 novembre 2014, à 50 % du 12 novembre au 7 décembre 2014, à 20 % du 8 décembre 2014 au 4 janvier 2015 et avait repris son travail habituel à plein temps le 5 janvier 2015.

Par décision du 10 avril 2017, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité au recourant du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 30 avril 2015, estimant qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis le 5 janvier 2015.

**c)** Dans un courrier du 10 août 2018, l'assuré a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier en signalant que son état de santé s'était aggravé, qu'il était en arrêt de travail depuis fin 2017, qu'il avait repris son travail à 50 % mais qu'il peinait à maintenir ce taux d'activité.

Le 17 août 2018, l'OAI a répondu qu'il considérait le courrier de l'assuré comme une nouvelle demande de prestations et l'a invité à fournir tout élément rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

L'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 31 août 2018 du Dr D.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de cervicobrachialgies droites, d'épicondylites bilatérales, de lombosciatalgies bilatérales invalidantes à prédominance droites, de gonarthrose varisante interne droite, avec status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse le 7 mai 2014, status post-arthroscopie, chondroplastie à minima du condyle fémoral interne avec ostéotomie de valgisation le 23 avril 2012, status post-arthroscopie du genou droit avec extraction de corps libre intra-articulaire le 22 décembre 2010 et de maladie coronarienne monotronculaire. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré avait présenté en mars 2018 des épicondylites au niveau des deux membres supérieurs avec évolution progressivement favorable et reprise de l'activité professionnelle. En mai 2018, il avait présenté des cervicobrachialgies droites et des lombosciatalgies droites ayant entraîné une incapacité de travail qui était de 100 % depuis le 10 août 2018 à la suite de l'échec d'une tentative de reprise à 50 %. Lors de la consultation du 28 août 2018, l'assuré signalait toujours des douleurs importantes au niveau de la nuque avec irradiation dans l'épaule et le bras droit, la persistance de douleurs au niveau de l'épicondylite gauche, ainsi qu'une lombosciatalgie droite qui n'évoluait que très lentement favorablement depuis son apparition en mai 2018. Les

tâches lourdes dans le cadre de son travail avaient tendance à aggraver, voire à chroniciser certaines problématiques de santé, et il n'était pas exclu qu'une reconversion professionnelle doive être envisagée à moyen terme.

Dans un rapport d'IRM du rachis cervical du 26 novembre 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue, a observé en C4-C5 une petite hernie discale paramédiane droite luxée crânialement, sous-ligamentaire, avec discrète empreinte sur le cordon médullaire, sans myélopathie.

A la suite d'une IRM lombaire réalisée le 28 novembre 2018, la Dre Q.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à une sténose canalaire légère à modérée en L5-S1 sur protrusion discale postéro-médiane paramédiane droite légèrement sténosante et légère arthrose interfacettaire. Elle a précisé que l'association de ces facteurs produisait un conflit avec la racine S1 droite.

Dans un rapport du 8 mars 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après infarctus du myocarde, d'angor léger résiduel, d'hypertension traitée, de douleurs multiples et d'état dépressif récurrent sévère. Il a indiqué que l'assuré avait des douleurs extrêmement importantes quand il travaillait, qu'il avait eu beaucoup d'absences au travail et avait été licencié avec effet au 28 février 2019. Il était extrêmement limité dans l'activité habituelle. Une capacité de travail serait peut-être possible à 100 % dans une activité sans charges.

Répondant le 18 octobre 2019 à un questionnaire de l'OAI, les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 12 septembre 2018 avait montré une tendinopathie du sus-épineux associée à une fissure de moins de 50 % au niveau de son enthèse, une tendinopathie de l'infra-épineux sans fissure, une rupture de moins de 50 % de la face profonde du tendon subscapulaire, une bursite sous-acromiale deltoïdienne et une fissure du labrum supérieur de type SLAP III. En l'absence d'indication à une prise en charge chirurgicale, de la

physiothérapie avait été prescrite à l'assuré. Il avait repris le travail à 50 % en novembre 2018 avec des aménagements pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de charges lourdes ni de mouvements répétés ou en force avec le bras droit. Les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont ajouté que l'assuré avait développé une symptomatologie anxiodépressive avec idées noires en automne 2018. Lors de la consultation du 30 janvier 2019, l'assuré présentait une baisse de l'humeur importante, des ruminations sur sa situation de santé, des troubles du sommeil, des idées noires sans scénario suicidaire et des épisodes d'angoisse. Il bénéficiait d'une prise en charge spécialisée au K.\_\_\_\_\_ et prenait un traitement antidépresseur. A la consultation du 29 mars 2019, l'assuré était très affecté par les événements ayant conduit à son licenciement. Lors des consultations de janvier et de mars 2019, la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 25 octobre 2019, l'assuré a été hospitalisé au service de cardiologie du N.\_\_\_\_\_ en raison d'un infarctus du myocarde traité par la pose de trois stents. Au vu de l'évolution clinique satisfaisante, il a pu rentrer à domicile le 28 octobre 2019. Outre un traitement médicamenteux, une réadaptation cardio-vasculaire a été préconisée, laquelle a été refusée par l'assuré qui avait prévu un voyage de deux mois dans son pays d'origine et ne souhaitait pas le reporter (lettre de sortie du 11 novembre 2019 des Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante).

Dans un rapport du 31 octobre 2019, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W.\_\_\_\_\_ de K.\_\_\_\_\_, ont mentionné, sous diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques depuis janvier 2019 (F33.2) et le décès d'un fils (Z63.4). Ils ont précisé que l'assuré était suivi dans ce centre depuis le 17 janvier 2019 à une fréquence hebdomadaire à la date du rapport. Comme limitations fonctionnelles, ils ont mentionné en particulier une concentration diminuée, une faible résistance au stress, de l'anxiété, une impatience et une irritabilité. Sur le plan psychique, l'évolution était moyennement favorable. Selon eux, une reprise de

l'activité professionnelle à 50 % pourrait être envisagée en 2020. Comme obstacle à une réadaptation, ils ont mentionné des douleurs persistantes chroniques de l'épaule et au genou droit et une symptomatologie dépressive.

Par décision du 29 janvier 2020, la Justice de paix du district de [...] a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré.

Dans un rapport du 26 mai 2020, les Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de K.\_\_\_\_\_ ont confirmé le diagnostic posé précédemment de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, précisant que l'assuré vivait une période difficile en raison du décès de son fils. Ils ont fait état d'une incapacité de travail de 100 %, ajoutant qu'une capacité de travail de 50 % pourrait être envisagée dans le futur.

Le 26 octobre 2020, ces médecins ont relaté une évolution moyennement favorable, marquée par une légère amélioration de l'humeur et une diminution de l'anxiété. Il persistait une fatigue, une tension psychique, une concentration légèrement perturbée et des difficultés à respecter les limites. Ils étaient d'avis que sur le plan strictement psychique, la capacité de travail serait à terme de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2020.

Sur interpellation de l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a signalé le 31 mars 2021 que l'évolution de l'assuré sur le plan des douleurs était extrêmement défavorable et que dans une activité adaptée, peu physique, la capacité de travail serait probablement de 40 à 50 %.

Dans un avis du 9 juillet 2021, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis 2018. Dans une activité adaptée, il lui paraissait peu plausible que la capacité de travail dépasse le taux de 50 %



dans les prochaines années au vu des différentes atteintes ressortant des rapports médicaux.

Dans un projet de décision du 27 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021, puis un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2021. Il a exposé que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis mars 2018 et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en mars 2019, son incapacité de travail était totale dans toute activité, ce qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2020, une capacité de travail de 50 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 46 %, donnant droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2021.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré.

Dans un courrier du 12 octobre 2021, se référant à un entretien téléphonique du jour-même avec le curateur de l'assuré, l'OAI a pris note que le prénommé estimait que son état de santé ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche d'aide au placement et l'a informé qu'il avait la possibilité de solliciter l'analyse de l'octroi d'une nouvelle mesure d'aide au placement dès qu'il estimerait être en mesure de travailler dans une activité respectant ses limitations.

Par courriel du 5 novembre 2021, l'assuré, représenté par son curateur, a déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2021 adressé à l'OAI, la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à K.\_\_\_\_\_, a indiqué avoir repris le suivi de l'assuré à fin décembre 2020 à la suite du départ de la Dre W.\_\_\_\_\_. Les symptômes dépressifs n'étaient alors plus au premier plan et l'assuré avait arrêté la prise d'antidépresseur sans

rechute dépressive. L'état psychique de l'assuré s'était toutefois péjoré avec un trouble de la personnalité diagnostiqué tardivement et dont la symptomatologie s'était manifestée progressivement à la suite de son licenciement, du décès de son fils et d'une instabilité sociale. Lors du premier entretien, la psychiatre traitante était face à un patient en colère contre la société et envahi par un sentiment d'injustice. A la suite de son licenciement survenu en 2019, l'assuré se voyait comme une victime, détruit par les années de travail, se déclarant avoir été harcelé par son patron et son équipe. La Dre L.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré avait très mal vécu son licenciement qu'il considérait comme une injustice et que cette injustice vécue était un facteur de décompensation. Le tableau clinique de l'assuré était dominé par une fausseté du jugement, une méfiance et une hypertrophie du moi qui entraînaient une inadaptation sociale et une incapacité à subir une discipline collective et l'empêchaient de s'intégrer sur le marché du travail. La Dre L.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'incapacité de travail était totale et qu'une reconversion professionnelle de l'assuré s'avérerait difficile au vu de son âge, de sa fragilité physique et de sa vulnérabilité psychique.

Dans un avis du 31 mars 2022, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a observé que la psychiatre traitante ne relevait pas d'éléments démontrant que le trouble de la personnalité de l'assuré, par nature présent depuis l'entrée dans l'âge adulte, aurait influencé son parcours professionnel. Il ne pouvait pas adhérer à l'appréciation de la psychiatre traitante sur la base des éléments indiqués dans son dernier rapport et préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne.

L'OAI a ordonné une expertise médicale qui a été réalisée à I.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, l'assuré a été examiné les 5, 6 et 8 septembre 2022 respectivement par le Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et un rapport d'expertise a été établi le 17 octobre 2022. Sur le plan psychique, l'experte psychiatre a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble de la

personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, et de trouble panique. Elle a reconnu une incapacité de travail de 50 % de janvier 2019 à octobre 2020 en raison du dernier épisode dépressif. Sur le plan de la médecine interne, l'expert a conclu à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante. Concernant le volet rhumatologique, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques sur lésions dégénératives C4-C5 discrètes, de lombalgies chroniques sur hernie discale L5-S1 postérolatérale droite sans vrai syndrome radiculaire, de conflit sous-acromial de l'épaule gauche avec tendinopathie de l'infra-épineux et de discrète arthrose fémoro-patellaire au genou droit avec status après plusieurs interventions. Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle en raison des limitations fonctionnelles induites par les lésions dégénératives cervicales, par le conflit sous-acromial de l'épaule gauche et par l'arthrose fémoro-patellaire droite. Dans une activité adaptée, la capacité de travail sur le plan rhumatologique était de 75 %, l'expert rhumatologue ayant tenu compte d'une baisse de rendement de 25 % en raison de l'importance des limitations fonctionnelles.

Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont notamment retenu ce qui suit :

**« 7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés.**

Sur le plan somatique, les atteintes ostéoarticulaires sont responsables de limitations fonctionnelles multiples, en particulier l'assuré ne peut pas avoir à soulever des charges de plus de 10 kg, à travailler en extension ou en rotation du rachis cervical, à travailler avec les membres supérieurs élevés au-dessus de l'horizontale, à travailler en antéflexion du tronc ou en rotation répétée, à travailler à plus de 60° d'élévation antérieure ou latérale du membre supérieur gauche, pendant une période cumulée de plus de 2 heures par jour. Enfin les travaux nécessitant la montée et descente d'escaliers ou d'échelles, les travaux en position accroupie sont proscrits.

Les conséquences des ressources et des limitations d'ordre psychiatrique sont revues en détail dans le rapport psychiatrique, selon le schéma de la mini-CIF APP.

On observe qu'il reste des capacités, notamment de planification et de structuration, d'adaptation aux règles et routines. Les principales faiblesses sont naturellement l'interprétativité, qui peut interférer avec les relations interpersonnelles, et les faibles capacités de l'assuré à accepter et reconnaître sa propre responsabilité.

Ce sont donc les interactions avec les tierces personnes qui sont les plus impactées.

## **8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT**

### **8.1 Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.**

L'activité antérieure de nettoyage aux cuisines, telle que décrite par le rapport employeur [...], ne respecte pas les limitations fonctionnelles d'ordre somatique. L'assuré en est donc incapable, au moins depuis le dernier jour de travail en décembre 2018.

### **8.2 Capacité ou incapacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré.**

Dans les activités respectant les limitations fonctionnelles d'ordre somatique et qui ne requièrent pas la collaboration dans une équipe ou l'interaction fréquente avec des tiers, la capacité de travail est entière.

L'aptitude à la réadaptation est acquise au moins depuis fin mars 2021, selon le rapport du médecin traitant. »

Se déterminant les 7 novembre et 6 décembre 2022 sur le rapport d'expertise, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'expertise était convaincante, qu'elle remplissait tous les critères de qualité et qu'il pouvait reprendre les conclusions de celle-ci. Sur le plan psychique, il a ainsi admis que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50 % entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 30 octobre 2020 en raison de la récurrence d'un trouble dépressif. Sur le plan somatique, il a conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis mars 2018, étant donné que les experts de I. \_\_\_\_\_ faisaient état d'une capacité de travail nulle dans l'ancien métier depuis 2018 et que le Dr S. \_\_\_\_\_ rapportait une incapacité de travail en raison des atteintes rhumatologiques depuis mars 2018 ; dans une activité adaptée, il a retenu une capacité de 75 %, compte tenu de la baisse de rendement de 25 % mentionnée par l'expert rhumatologue.

Dans un projet de décision du 27 mars 2023, annulant et remplaçant le précédent projet de décision du 27 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis mars 2018, mais qu'en mars 2019, à l'échéance du délai d'attente d'une année, une capacité de travail était exigible à 50 % dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente fondé sur un taux d'invalidité de 43 %, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2020, son état de santé s'était amélioré avec une capacité de travail de 75 % exigible dans une activité adaptée, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 18.66 %, qui était inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente, de sorte que le quart de rente s'éteignait le 1<sup>er</sup> février 2021, soit trois mois après la nouvelle amélioration de l'état de santé. Comme exemples d'activités adaptées, l'OAI a mentionné un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore comme ouvrier de conditionnement, de telles activités étant compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré qui étaient les suivantes : *« pas de soulèvement de charges de plus de 10 kg, pas de travaux en extension ou en rotation du rachis cervical ni avec les membres supérieurs élevés au-dessus de l'horizontale, pas de travaux en antéflexion du tronc ou en rotation répétée, pas de travaux à plus de 60° d'élévation antérieure ou latérale du membre supérieur gauche, pendant une période cumulée de plus de 2 heures par jour. Enfin les travaux nécessitant la montée et la descente d'escaliers ou d'échelles, les travaux en position accroupie sont proscrits. Activité simple, en petit groupe, plutôt solitaire et autonome sans interactions fréquentes avec des tiers ou reposant sur la collaboration avec une équipe ».*

Par communication du 27 mai 2023, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assuré.

Le 5 avril 2023, l'assuré a adressé à l'OAI le formulaire relatif à l'aide au placement en indiquant qu'il ne souhaitait pas cette aide car son état de santé actuel ne le lui permettait pas.

Le 13 avril 2023, se référant à un entretien du même jour entre l'assuré et un conseiller en emploi de l'OAI, ce dernier a écrit à l'assuré qu'il allait clore temporairement le mandat d'aide au placement et qu'il avait la possibilité de solliciter l'analyse de l'octroi d'une nouvelle

mesure d'aide au placement dès qu'il s'estimerait en mesure de travailler dans une activité respectant ses limitations.

Par courrier du 26 mai 2023, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité. En substance, il a allégué que l'avis de sa psychiatre traitante devait primer les conclusions de l'expertise de I.\_\_\_\_\_ et s'est par ailleurs prévalu du marché du travail difficile pour les personnes de son âge qui étaient proches de l'âge de la retraite. A l'appui de ses objections, il a produit les documents suivants :

- Un rapport du 27 août 2019 du service de psychiatrie générale du N.\_\_\_\_\_ relatif à une hospitalisation de l'assuré du 19 avril au 6 mai 2019 dans le contexte d'une mesure de PLAFPA (placement à des fins d'assistance) et posant le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques.
- Un rapport de bilan relatif au suivi de l'assuré au K.\_\_\_\_\_ pour la période du 17 janvier 2019 au 1<sup>er</sup> octobre 2020 mentionnant notamment que les Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ avaient retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique et avaient estimé une capacité de travail de 50 % à long terme sur le plan psychique. Ils ont aussi relevé qu'il avait été décidé de désigner un curateur de gestion administrative à l'assuré en raison de difficultés à effectuer les tâches administratives.
- Un rapport du 4 mai 2023 de la Dre L.\_\_\_\_\_ reprenant en grande partie son précédent rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2021 et confirmant une incapacité de travail totale en raison de l'inadaptation sociale et l'incapacité de l'assuré à s'adapter à une discipline collective induites par son trouble de la personnalité paranoïaque.

Se déterminant le 3 juillet 2023 sur les nouvelles pièces produites par l'assuré, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'elles n'apportaient pas d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par les

experts ni d'informations tangibles démontrant un changement de l'état de santé de l'assuré après l'expertise.

Le 21 juillet 2023, l'OAI a reçu un rapport du 11 juillet 2023 du service de cardiologie N.\_\_\_\_\_ mentionnant qu'un scanner PET-CT (tomographies à émission de positons) cardiaque réalisé le 21 mai 2023 avait révélé des résultats rassurants, qu'il n'était pas proposé d'examens complémentaires à l'assuré ni de changement de traitement et que le suivi annuel était maintenu.

Par décision du 21 septembre 2023, l'OAI a confirmé le droit de l'assuré à un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021 fondé sur un degré d'invalidité de 43 %. Il ressort toutefois des deux premières pages de la décision que la rente a été calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % et que c'est une rente entière qui a été allouée à l'assuré du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021. L'OAI a enfin observé que le degré d'invalidité de 18.66 % depuis novembre 2020 était inférieur au seuil de 20 % ouvrant le droit à des mesures professionnelles.

**B.** Par acte du 23 octobre 2023, C.\_\_\_\_\_, agissant par son curateur, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Il a reproché à l'OAI d'avoir écarté l'avis de sa psychiatre traitante et a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante à titre de mesures d'instruction.

Dans sa réponse du 15 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 14 mars 2024, le recourant, désormais représenté par l'avocat Me Philippe Graf, a complété ses conclusions comme suit :

**« Principalement :**

*Préalablement*

**I.** Des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH sont organisés par la Cour de céans ;

**II.** Une sur-expertise psychiatrique judiciaire de C. \_\_\_\_\_ est mise en œuvre.

*Au fond*

**III.** La décision du 21 septembre 2023 de l'Office AI pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour nouvelle décision tenant compte des conclusions de l'expertise mise en œuvre.

**Subsidiairement :**

**IV.** La décision du 21 septembre 2023 de l'Office AI pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée audit office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. »

Le recourant a allégué que compte tenu de son âge (plus de 55 ans révolus), l'OAI ne pouvait pas se contenter de lui octroyer une aide au placement mais aurait dû, avant de supprimer la rente d'invalidité, examiner concrètement ses besoins en vue d'une réinsertion professionnelle et mettre en œuvre les mesures d'ordre professionnel destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail, conformément à la jurisprudence fédérale. Il avait par ailleurs droit à la poursuite du versement d'une rente entière au-delà du 31 décembre 2020 durant le temps nécessaire à l'examen des mesures d'ordre professionnel à prendre et leur mise en œuvre. Le recourant a ensuite fait valoir que la décision attaquée reposait sur des éléments médicaux partiellement contestables et peu fiables et a émis divers griefs à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise de I. \_\_\_\_\_. Dans l'hypothèse où le dossier ne serait pas renvoyé à l'intimé pour examen de l'opportunité de mettre en œuvre des mesures de réinsertion, l'instruction devrait donc être complétée, respectivement actualisée par une expertise psychiatrique, judiciaire de préférence.

A l'appui de son écriture, le recourant a produit un bordereau de pièces comprenant notamment un rapport du 14 mars 2024 de la Dre L. \_\_\_\_\_ mentionnant ne pas contester le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile retenu par l'experte psychiatre de I. \_\_\_\_\_, mais que ce trouble de la personnalité avait une répercussion non négligeable sur la capacité de travail du recourant. Elle a précisé que le prénommé aurait conservé un faux self jusqu'en 2021 et que depuis lors



il commençait à exprimer d'une manière authentique sa souffrance et relatait une enfance difficile marquée par une impulsivité et une tendance aux comportements bagarreurs. Lors de la reprise du suivi par elle, elle avait en outre noté des difficultés de plus en plus importantes à canaliser les émotions et les exprimer de manière adéquate. La manifestation tardive du trouble de la personnalité, masquée par un faux self, se traduisait par un épuisement de sa capacité à contrôler et à gérer ses émotions et ses accès de colère. Cette perte de capacité de contrôle était un élément qui selon la Dre L. \_\_\_\_\_ devait être pris en compte pour maintenir une incapacité de travail d'au moins 50 %.

Par duplique du 9 avril 2024, l'intimé a maintenu sa position et confirmé ses conclusions. Il a fait valoir que d'un point de vue subjectif, le recourant avait refusé l'aide au placement. Par ailleurs, il ne pouvait exercer que dans une activité simple relevant du niveau de compétence 1 selon la table statistique des salaires (TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1), de sorte qu'aucune mesure ne pouvait réduire son préjudice économique.

Dans une écriture du 15 mai 2024, le recourant a réitéré que l'intimé avait violé la jurisprudence fédérale qui lui imposait de procéder à un examen concret et sérieux de sa situation, alors que des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ou une observation professionnelle en atelier auraient été des mesures pertinentes et utiles dans son cas. Il a précisé ne pas avoir refusé l'aide au placement proposée par l'intimé en 2023, mais avoir dû décliner cette offre en raison de son état de santé, le recourant se sentant en trop mauvaise santé pour bénéficier de cette aide.

Le 11 juin 2024, le recourant a transmis à la Cour de céans une copie d'un courrier du même jour qu'il a envoyé à l'intimé duquel il ressort qu'il avait été hospitalisé du 25 au 28 mai 2024 en raison d'un infarctus et que le diagnostic de « NSTEMI à très haut risque chez un patient coronarien connu » avait été posé.

Dans un courrier du 20 juin 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Une audience de débats publics a eu lieu le 13 mai 2025, lors de laquelle le recourant a été entendu et Me Philippe Graf a plaidé.

### **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). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité illimitée dans le temps et à des mesures d'ordre professionnel.

**3.** 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). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce qui

est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires. Les dispositions légales ci-dessous seront donc mentionnées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** Le Tribunal fédéral a admis que l'octroi de mesures de réadaptation pouvait dans certaines circonstances particulières constituer une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Il a ainsi considéré qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité – y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209) –, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est

seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle - sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5) - que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'OAI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 précité consid. 6.4 ; TF 8C\_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 ; TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3).

En d'autres termes, l'OAI doit vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (cf. TF 9C\_276/2020 du 18 décembre 2021 consid. 6 ; TF 9C\_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2 ; TF 9C\_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 et les références citées).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TFA I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par

l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

**6.** 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).

On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une

expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

**7.** Il convient dans un premier temps d'examiner la capacité de travail du recourant et son droit à la rente.

**a)** Sur le plan somatique, l'expertise de l. \_\_\_\_\_ n'a révélé aucune atteinte durablement incapacitante relevant de la médecine interne, ce qui est en adéquation avec les autres pièces médicales du dossier. Concernant les atteintes ostéoarticulaires, l'expert rhumatologue a indiqué que le recourant se plaignait au jour de l'expertise de douleurs au genou droit de siège antérieur et postérieur, permanentes, limitant le périmètre de marche à 40 minutes et gênant la montée et la descente des escaliers. Sur l'échelle EVA, elles étaient estimées à 7-8 sur 10 à la marche et à 4-5 sur 10 au repos. Le recourant signalait aussi des lombosciatalgies gauches apparues en 2014 qui étaient également quotidiennes, permanentes, pouvaient être aggravées par des gestes simples et étaient estimées à 7-8 sur 10. Il rapportait également avoir des cervicalgies irradiantes aux deux membres supérieurs ; ces douleurs permanentes, à prédominance matinale, étaient aggravées par le moindre effort et étaient estimées à 7-8 sur 10. Le recourant mentionnait enfin des signes atypiques au niveau des mains qui faisaient évoquer une dystonie. A l'examen clinique, l'expert rhumatologue a observé une raideur cervicale à la décontracture C5-C7 bilatérale sans syndrome radiculaire subjectif ni objectif. Il était d'avis que les données cliniques et neuroradiologiques pouvaient expliquer les cervicalgies mais pas leur irradiation dans les deux membres supérieurs. Concernant les lombalgies, il a noté qu'elles étaient d'origine dégénérative, sans authentique signe neurologique ni anomalie



nette à l'examen clinique et qu'elles pouvaient être expliquées par la hernie L5-S1 postéro-latérale droite. L'examen clinique de l'épaule droite était normal au jour de l'expertise. A niveau de l'épaule gauche, l'expert a relevé des signes de conflit sous-acromial, avec atteinte clinique de l'infra-épineux. Quant à l'examen des genoux, il était normal, avec une mobilité symétrique, sans épanchement intra-articulaire, sans aucune amyotrophie, et sans souffrance du compartiment fémoro-tibial médial ou fémoro-patellaire ; il y avait toutefois une douleur élective à la palpation du plateau tibial jusque dans la région de la patte d'oie. L'expert a observé que le recourant prenait un traitement antalgique à faible posologie quand bien même il alléguait des douleurs importantes. A l'issue de son examen et sur la base de l'ensemble du dossier médical mis à sa disposition, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics de cervicalgies sur lésions dégénératives C4-C5 discrètes, de lombalgies chroniques sur hernie discale L5-S1 postérolatérale droite sans vrai syndrome radiculaire, de conflit sous-acromial de l'épaule gauche avec tendinopathie de l'infra-épineux et de status après plusieurs chirurgies au genou droit qui présentait une arthrose fémoro-patellaire. Il a conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son ancienne activité professionnelle compte tenu des lésions dégénératives cervicales, du conflit sous-acromial chronique de l'épaule gauche et de l'arthrose fémoro-patellaire droite. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ces troubles, qu'il a énumérées précisément dans le rapport d'expertise, la capacité de travail était de 75 % selon l'expert rhumatologue, qui a tenu compte d'une baisse de rendement de 25 % en raison des limitations fonctionnelles.

Il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologue ne sont pas en contradiction avec celles constatées par les autres médecins ayant examiné le recourant et que son appréciation sur la capacité de travail n'est pas non plus sérieusement remise en doute par les rapports médicaux versés au dossier. Le recourant n'émet d'ailleurs aucun grief à l'encontre du volet rhumatologique de l'expertise.

**b)** Sur le plan psychiatrique, la Dre G.\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant se plaignait d'une faible concentration et de difficultés de mémoire. Il décrivait un moral très bas, sans différence au cours de la journée. Il se plaignait également de fatigue importante, surtout lorsqu'il devait se rendre à des rendez-vous médicaux ou administratifs, de caractère fluctuant. Il déclarait avoir de temps en temps des idées noires passagères mais il se sentait bien entouré par ses amis et n'avait pas envie de passer à l'acte. Il gardait du plaisir à recevoir des visites et voir ses proches, surtout ses petits-enfants, et avait envie de repartir bientôt en vacances dans son pays. Le seul auto-reproche que l'assuré formulait était d'avoir quitté son pays d'origine, sa mère et ses enfants pour s'installer en Suisse en 2004. Il décrivait des crises de panique déclenchées par des douleurs thoraciques depuis son dernier infarctus en octobre 2019, qui étaient de plus en plus espacées. Il signalait aussi des ruminations anxieuses autour de la peur de mourir d'un infarctus. L'experte G.\_\_\_\_\_ a observé que l'anamnèse du recourant mettait en évidence une enfance marquée par des violences, y compris physiques de la part de son père, une hyperactivité, une tendance au comportement bagarreur ainsi qu'un comportement déviant avec des micro-délits depuis le début de l'adolescence, qui avait motivé un placement dans une école spécialisée pour enfants avec des troubles du comportement. L'anamnèse révélait aussi une forte instabilité affective ; l'experte observant à cet égard que le recourant avait eu plusieurs enfants avec des femmes différentes et mentionnait une seule relation stable avec son ex-épouse. L'experte psychiatre a constaté que les capacités attentionnelles et de la concentration étaient bonnes et que le recourant était resté vigile et infatigable tout au long de l'entretien. Il présentait un discours très abondant et souvent digressif, sans être logorrhéique. L'experte n'a pas observé de signe d'anxiété ni d'agitation psychomotrice, mais une légère effervescence, le recourant faisant de grands gestes surtout des mains lorsqu'il parlait. Elle n'observait aucun argument témoignant de symptômes psychotiques. Le recourant donnait l'impression d'avoir de très bonnes capacités intellectuelles et un raisonnement conservé mais il était noté une certaine banalisation des comportements impulsifs évoqués spontanément et que le recourant tentait de justifier en adoptant une

posture de victime. Sur le plan affectif, il y avait une labilité émotionnelle avec des pleurs momentanés lorsque le recourant évoquait les problèmes de santé de sa mère ou le décès de trois de ses enfants, mais il retrouvait rapidement son calme et présentait une bonne thymie.

A l'issue de son analyse, l'experte psychiatre a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30), et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0), en motivant son appréciation diagnostique de manière claire et précise.

Concernant le trouble dépressif récurrent évoqué par les psychiatres traitants, elle a observé que le recourant avait présenté au moins trois épisodes dépressifs, respectivement en 2014, en janvier 2019 et en mai 2020. Ces épisodes avaient été déclenchés à chaque fois en réaction à un facteur de stress précis, notamment la séparation du recourant d'avec son épouse et le décès de ses enfants. Les éléments anamnestiques faisaient penser à des épisodes non sévères, avec rémission spontanée puisque le recourant n'avait jamais pris régulièrement les traitements antidépresseurs qui lui avaient été prescrits jusqu'en 2019. Lors de l'expertise, le tableau n'était aucunement évocateur d'un épisode dépressif et, selon les rapports médicaux versés au dossier, il n'y avait pas d'argument pour une persistance des symptômes dépressifs depuis 2021. Ces constatations de l'experte concordent avec celles de la psychiatre traitante qui a elle aussi observé dès le début de son suivi en décembre 2020 que le trouble dépressif récurrent ne justifiait plus une incapacité de travail.

S'agissant ensuite du trouble panique, l'experte psychiatre a précisé que depuis le dernier infarctus survenu en octobre 2019, le recourant avait commencé à présenter des attaques de panique, survenant de manière imprévisible, le plus souvent lorsqu'il se trouvait seul. Il s'agissait de crises paucisymptomatiques étant donné que le recourant ne présentait qu'une partie des symptômes habituels d'une crise de panique. A la suite de la dernière crise survenue en août 2022,

l'expertisé arrivait à reconnaître le facteur psychologique qui entretenait ces crises, à savoir la peur de mourir d'un infarctus comme son père. Au vu de la fréquence peu importante des crises de panique et de l'absence de retentissement dans la capacité du recourant à se déplacer à l'extérieur ou de vivre seul, ce diagnostic était sans incidence sur la capacité de travail.

L'experte psychiatre a ensuite expliqué de manière étayée et convaincante les raisons l'ayant conduite à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, et à écarter celui de trouble de la personnalité paranoïaque posé par la psychiatre traitante. L'experte psychiatre a finalement examiné aussi la présence d'un trouble affectif bipolaire évoqué lors de l'hospitalisation psychiatrique du recourant qu'elle a exclu, étant relevé que les psychiatres traitants successifs du recourant ont eux aussi écarté un tel diagnostic.

L'experte a ensuite examiné les ressources et limitations du recourant en faisant notamment usage de l'outil mini CIF-APP. Si l'expertisé présentait des limitations modérées quant à la flexibilité et l'adaptation, quant à la capacité de contact et de conversation avec les tiers et la capacité d'intégration dans un groupe, il disposait de nombreuses ressources. Le recourant qui ne savait pas écrire en français et n'était pas autonome pour sa gestion administrative, avait été capable de demander l'aide d'une assistante sociale du K. \_\_\_\_\_ puis la mise en place d'une curatelle de gestion et représentation. Il s'appuyait aussi sur ses amis qui l'aidaient et le soutenaient. Il maintenait par ailleurs de bonnes relations avec ses proches. L'experte a aussi observé que malgré les éléments d'une personnalité impulsive, qui pouvaient rendre compte d'une intolérance à l'autorité professionnelle et des comportements inadéquats, voire querelleurs, quand le recourant se sentait contrarié, ces difficultés ne l'avaient pas empêché d'établir et de conserver un réseau social soutenant. L'évaluation clinique n'avait par ailleurs pas mis en évidence de dysfonctionnement relationnel majeur, hormis une tendance à attribuer exclusivement à autrui la responsabilité de ses problèmes. L'experte a aussi observé que les difficultés rapportées pour supporter

l'autorité et l'intolérance aux critiques des autres avaient peu entravé le parcours du recourant.

Il y a lieu de constater que l'experte psychiatre a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, qui a été résumé dans le rapport d'expertise. Elle s'est également fondée sur les informations données par la psychiatre traitante qu'elle a contactée par téléphone dans le cadre de l'expertise. Elle a tenu compte des plaintes et déclarations du recourant, a décrit son quotidien et dressé une anamnèse détaillée sur les plans personnel, professionnel, social et médical. Elle s'est par ailleurs déterminée sur l'évolution de l'état de santé du recourant et le traitement suivi, relevant à cet égard que la thérapie actuelle était adéquate. Le recourant investissait l'espace thérapeutique avec sa psychiatre traitante pour se sentir soutenu et exprimer sa colère de manière appropriée, ce qui évitait probablement des débordements sur le plan social. L'experte psychiatre s'est aussi prononcée sous l'angle de la cohérence, en relevant notamment un décalage entre les plaintes du recourant qui parlaient en faveur d'une persistance de symptômes dépressifs et les observations cliniques faites au cours de l'expertise. L'experte a aussi remarqué que les déclarations du recourant concernant la prise effective d'un traitement antidépresseur étaient contredites par les analyses de laboratoire effectuées dans le cadre de l'expertise et que la non-adhérence du recourant à un traitement psychotrope avait été confirmée par la Dre L.\_\_\_\_\_ qui n'avait pas renouvelé l'ordonnance de Cymbalta prescrit par la précédente psychiatre traitante. L'experte G.\_\_\_\_\_ a conclu que les difficultés du recourant pour envisager la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même adaptée à ses limitations physiques, ne pouvaient pas s'expliquer par le trouble de la personnalité sous-jacent, mais par des facteurs sortant du cadre médical. Il y avait un décalage culturel, que le recourant admettait spontanément, qui pouvait également expliquer les difficultés du prénommé à s'adapter à un cadre professionnel plus structuré et exigeant par rapport à celui prévalant dans son pays d'origine. Elle a conclu que la capacité de travail du recourant était totale sur le plan psychiatrique, sauf entre janvier 2019 et octobre 2020 en raison du dernier épisode dépressif

qui avait justifié une incapacité de travail de 50 % durant cette période. En raison de la faible tolérance du recourant à un cadre professionnel structurant et à ses difficultés pour gérer ses émotions, qui seraient probablement exacerbées dans un groupe de nombreux collaborateurs, elle préconisait une activité solitaire ou en petit groupe.

L'appréciation de l'experte psychiatre de la situation médicale du recourant et de sa capacité de travail est claire et convaincante. Elle n'est sérieusement pas remise en cause par les arguments du recourant ni les autres pièces du dossier. Contrairement à ce que semble soutenir le recourant, l'experte psychiatre ne s'est pas basée uniquement sur le réseau social soutenant du recourant pour son analyse de la capacité de travail, mais a tenu compte de l'ensemble des indicateurs jurisprudentiels applicables en la matière (cf. consid. 4e ci-dessus). L'expertise psychiatrique ne peut pas non plus être écartée du simple fait qu'elle a été réalisée une année avant la décision attaquée, d'autant moins que l'état de santé psychique du recourant n'a pas subi de modification notable durant ce laps de temps, comme cela est du reste confirmé à la lecture du dernier rapport du 14 mars 2024 de la psychiatre traitante. Il y a lieu de constater que dans ce document, la Dre L. \_\_\_\_\_ se rallie finalement au diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif posé par l'experte psychiatre de I. \_\_\_\_\_. En définitive, son appréciation diverge uniquement sur la capacité de travail qu'elle estime à 50 % en raison de l'épuisement de la capacité du recourant à contrôler et à gérer ses émotions et ses accès de colère. Or, les difficultés rencontrées par le recourant en lien avec son impulsivité ont été dûment prises en compte par l'experte G. \_\_\_\_\_ qui, contrairement à la psychiatre traitante, a évalué la capacité de travail du recourant en tenant compte également des ressources du prénommé. La mention d'un faux self jusqu'en 2021 faite par la psychiatre traitante pour la première fois dans son dernier rapport établi au stade du recours n'est pas un élément de nature à faire douter des conclusions de l'experte G. \_\_\_\_\_, qui s'est entretenue oralement avec la psychiatre traitante pour la réalisation de l'expertise, tout particulièrement sur le trouble de la personnalité, et qui disposait de tous les éléments nécessaires à

l'évaluation de l'état de santé psychique du recourant et de son évolution dans le temps. A noter enfin que l'appréciation de la psychiatre traitante sur la capacité de travail est non seulement peu étayée mais apparaît quelque peu contradictoire. Alors qu'elle retenait en 2021 et 2023 une incapacité de travail totale en raison du trouble de la personnalité présent chez le recourant, elle n'explique pas vraiment les raisons la conduisant à retenir en 2024 une incapacité de travail de seulement 50 % liée à ce même trouble, alors qu'elle relève que le tableau clinique est superposable à ses précédents rapports.

**c)** En définitive, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir retenu, sur la base du rapport d'expertise de l. \_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, que le recourant présente depuis mars 2018 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées dans la décision attaquée était exigible à 50 % depuis mars 2019, à l'issue du délai d'attente d'une année, puis à 75 % à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2020.

**d)** Il résulte de ce qui précède que les conclusions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à un renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision tenant compte des conclusions de l'expertise à mettre en œuvre doivent être rejetées. En effet, les éléments médicaux du dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en pleine connaissance (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**8.** Il reste à examiner la question de savoir si l'intimé pouvait rendre une décision d'octroi de rente d'invalidité limitée dans le temps sans accorder au préalable des mesures de réadaptation.

Comme l'a relevé à juste titre le recourant, il était âgé de plus de 55 ans lors de la suppression de la rente d'invalidité limitée dans le temps. Il appartient donc à la catégorie des assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre

chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. L'intimé aurait dû examiner son besoin de mesures d'ordre professionnel et, cas échéant, lui en proposer avant de rendre la décision lui octroyant une rente limitée du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021. Or, l'intimé n'a pas examiné si le recourant, alors âgé de 59 ans, avait besoin de mesures d'ordre professionnel, ni ne lui en a proposées avant de statuer sur son droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps. En l'espèce, on ne saurait présumer que des mesures d'ordre professionnel étaient d'emblée vouées à l'échec ou que le recourant les aurait refusées. A cet égard, il ne peut pas être conclu à l'absence de volonté de réadaptation de la part du recourant au seul motif qu'il a décliné l'aide au placement proposée par l'OAI en exposant qu'il estimait que son état de santé ne lui permettait pas d'entreprendre une telle démarche. Par ailleurs, pour fonder une situation exceptionnelle où l'assuré âgé de plus de 55 ans est apte à se réadapter par soi-même, il ne suffit pas de mentionner des exemples d'activités adaptées à l'état de santé de celui-ci, qui ne nécessitent pas de formation particulière. L'examen de la nécessité de mesures d'ordre professionnel doit en effet être effectué malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, en fonction des circonstances concrètes (TF 9C\_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.2 et la référence). En l'occurrence, le recourant est sorti du marché du travail depuis plus de dix ans, il n'a pas de formation professionnelle certifiée et a exercé le même métier depuis son arrivée en Suisse. L'intimé ne fait du reste état d'aucun élément de nature à rendre vraisemblable que le recourant disposerait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait pas se limiter à lui adresser une communication d'aide au placement à la même date que le projet de décision d'octroi de rente limitée dans le temps, mais aurait dû examiner si le recourant avait besoin de mesures d'ordre professionnel et le cas échéant lui en octroyer.

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il examine concrètement le besoin du recourant de mesures d'ordre professionnel. Ce n'est qu'à



l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'intimé pourra définitivement statuer sur la rente limitée dans le temps du recourant. Précisons encore que l'intimé devra également revoir les bases de calcul de la rente mentionnées dans la décision attaquée qui comportent des erreurs. En particulier, l'intimé a alloué une rente entière limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 janvier 2021), calculée sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, alors qu'il a fixé à 43 % le degré d'invalidité du recourant et lui a reconnu le droit à un quart de rente.

**9.** En définitive, le recours doit être admis partiellement et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis par 300 fr. à la charge du recourant et par 300 fr. à la charge de l'intimé, vu le sort du recours. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais mis à sa charge ci-avant sont provisoirement supportés par l'Etat.

Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

Dans la mesure où le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Me Graf a produit une liste des opérations, qui ne peut pas être entièrement suivie. Elle mentionne en effet des opérations effectuées entre le 12 août et le 23 décembre 2024 (des échanges avec le

recourant et deux courriers envoyés à l'OAI qui n'ont pas été communiqués à la Cour de céans), qui sont postérieures au dernier échange d'écritures et ne semblent pas déterminantes pour la présente procédure. Il y a ainsi lieu de tenir compte d'un total de 16h24 dans le cadre de l'assistance judiciaire, à un tarif horaire de 180 fr., soit 2'952 fr., montant auquel il convient d'ajouter des débours forfaitaires à concurrence de 5 % des honoraires admis (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), par 147 fr. 60, et la TVA au taux de 8,1 %, par 251 fr., ce qui aboutit à une indemnité d'office de 3'350 fr. 60. Cette indemnité n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'350 fr. 60, sera provisoirement supporté par le canton.

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  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 21 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de C. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens réduits.
- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Graf, conseil de C. \_\_\_\_\_, après déduction des dépens précités, est arrêtée à 1'350 fr. 60 (mille trois cent cinquante francs et soixante 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 du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :