

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juillet 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Neu, juge et Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à N.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a  
RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissante portugaise entrée en Suisse en 2011, C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 18 octobre 1957, célibataire, sans enfants, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle reconnue en Suisse, elle a travaillé en tant que nettoyeuse, en dernier lieu à compter du 9 juillet 2013 pour le compte de l'entreprise M.\_\_\_\_\_ SA au taux de 70%.

Le 13 juin 2014, C.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle : alors qu'elle nettoyait une cuisine, elle a perdu l'équilibre sur le sol encore humide et s'est retenue avec la main gauche à une table afin d'éviter la chute, ce qui a entraîné des douleurs au membre supérieur gauche, plus particulièrement à la base du pouce. Elle a présenté une incapacité totale de travail depuis lors. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) qui a versé les prestations d'assurance légales (frais de traitement et indemnités journalières).

Par courrier du 17 septembre 2014, la société M.\_\_\_\_\_ SA a résilié les rapports de travail pour le 30 novembre 2014, en invoquant la longue incapacité de travail présentée par C.\_\_\_\_\_.

Par décision du 5 janvier 2015, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 6 janvier 2015, au motif que, selon son appréciation médicale, le statu quo sine avait été atteint le 5 janvier 2015 au plus tard.

**b)** Souffrant principalement de diverses pathologies affectant les membres supérieurs et inférieurs gauches et droites, C.\_\_\_\_\_ a déposé en date du 19 février 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a joint à sa demande diverses pièces dont deux attestations non datées (indexées le 19 février 2015) certifiant qu'elle

avait suivi des cours de français dans les métiers du nettoyage et du bâtiment en 2011 et suivi une formation en français élémentaire en 2013.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée, de même qu'il a fait verser le dossier de A.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur et celui constitué par la CNA. Le dossier de l'assureur perte de gain contenait notamment des rapports des 19 mars et 2 juillet 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, faisant notamment état d'une gonarthrose bilatérale modérée et de douleurs au genou droit.

Dans un rapport du 7 mars 2015 à l'intention de l'office AI, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de rhizarthrose du pouce gauche, de tendinite du sus-épineux de l'épaule droite et de ténosynovite chronique de De Quervain du pouce droit. Selon ce médecin, la capacité de travail dans l'activité de nettoyeuse était nulle depuis le 13 juin 2014. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, estimant nécessaire une requalification professionnelle.

Le 30 avril 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical sur formule ad hoc à l'intention de l'office AI. Il y posait les diagnostics incapacitants suivants : douleur de la base des pouces, plus marquée à la main gauche dans le contexte d'une rhizarthrose décompensée suite à un accident survenu le 13 juin 2014 ; état après douleur de la base du pouce droit sur ténosynovite de De Quervain ; douleur de l'épaule droite sur tendinopathie du sus-épineux (status post-chirurgie d'acromioplastie de l'épaule droite en 2004) ; douleur épicondylienne du coude gauche et status après chirurgie de ténodèse des insertions épicondyliennes du coude des deux côtés en 2006 ; lombalgies chroniques sur spondylose et discopathie étagée. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale modérée, de status post-ostéosynthèse d'une fracture malléolaire de la cheville gauche en 2002, d'hypercholestérolémie limite, d'obésité (index

de masse corporel : 34 kg/m<sup>2</sup>), de syndrome d'apnée obstructive du sommeil de degré moyen à sévère (index apnée/hypopnée : 17,0 ; ronchopathie sévère et suspicion de mouvements périodiques nocturnes des membres inférieurs) ainsi que de rhino-sinusite chronique allergique. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité de femme de ménage était nulle depuis le 13 juin 2014. La reprise d'une activité professionnelle n'était envisageable que progressivement dans un travail adapté n'impliquant pas d'activité manuelle, ni d'effort sollicitant les membres supérieurs, ni de mouvements/efforts sollicitant le rachis, ni d'efforts répétés pour porter, soulever ou déplacer des charges et ce, suite à la mise en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle.

Dans le cadre de la mise en œuvre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un bilan et d'une orientation professionnelle, C.\_\_\_\_\_ a transmis à l'office AI en date du 3 juin 2015 son curriculum vitae dont il résultait que depuis 1978, elle avait exercé diverses professions au Portugal (employée de commerce, vendeuse, réceptionniste, gérante d'une cafétéria), avant de travailler comme nettoyeuse dès son arrivée en Suisse.

Par courrier électronique du 29 juillet 2015, C.\_\_\_\_\_ a informé l'office AI qu'une opération à la main gauche était prévue pour le mois d'octobre suivant. Le même jour, l'office AI lui a adressé un courrier, dans lequel il lui indiquait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, motif pris que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée. Cette intervention chirurgicale a eu lieu le 16 octobre 2015.

Chargé par l'assureur perte de gain en cas de maladie de procéder à l'expertise de C.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a déposé son rapport en date du 3 mars 2016. Il y posait les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de status après résection-suspension pour une rhizarthrose gauche le 16 octobre 2015 avec développement d'un CRPS (maladie de Sudeck) encore présent à l'heure actuelle et de gonalgies gauches avec

volumineux épanchement intra-articulaire dans le cadre de troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes avec œdème dans le territoire spongieux du plateau tibial interne et dégénérescence méniscale. D'après l'expert, la reprise du travail n'était exigible ni dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée. Il a expliqué qu'en raison des symptômes marqués liés au CRPS de la main gauche et à l'atteinte aiguë du genou gauche, il ne voyait pas quelle activité pourrait être considérée comme adaptée.

Dans un rapport du 6 juillet 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics incapacitants d'arthrose trapézométacarpienne bilatérale, de CRPS gauche, de gonarthrose du ménisque du genou gauche, de surcharge pondérale, de tendinopathie du sus-épineux, de syndrome de De Quervain et d'insuffisance ligamentaire scapho-lunaire du poignet gauche. Il a estimé que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible, la reprise d'une profession exempte de tâches manuelles étant toutefois envisageable.

Dans un rapport du 10 août 2016 à l'office AI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale, importante scoliose lombaire à convexité droite, discopathies étagées du rachis lombaire, uncarthrose lombaire avec ostéophythose antérieure prédominante en L3-L4, gonarthrose bilatérale prédominante à gauche, tendinopathie de De Quervain gauche, tendinopathie du sus-épineux gauche et status post plastie du ligament scapho-lunaire du poignet gauche. Compte tenu des limitations fonctionnelles énoncées, il a estimé que la capacité de travail n'excédait pas 50% dans une activité adaptée.

En réponse à un questionnaire de l'office AI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué, en date du 6 octobre 2016, que l'assurée présentait toujours des signes d'un CRPS de stade II avec une perte considérable de la force de serrage à 8 kg à gauche par rapport à 22 kg à droite. Cela valait aussi pour le pouce avec 2 kg à gauche par rapport à 5,4 kg à droite. La radiographie pratiquée ce jour-là montrait un bon résultat post-opératoire

et le Dr T.\_\_\_\_\_ en a conclu que, cliniquement, l'état était plutôt stationnaire. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis l'opération du 16 octobre 2015. Droitière, l'assurée pourrait en revanche exercer un travail non manuel de type employée de bureau ou comme vendeuse de billets.

Répondant au même questionnaire, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 7 novembre 2016 que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire pour les mains et les épaules, mais qu'elle se plaignait de la récurrence d'une douleur du genou gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était nulle. Une capacité de travail limitée dans une activité professionnelle adaptée légère pouvait être progressivement envisagée à partir du quatrième trimestre 2016, sans toutefois que l'exigibilité n'excède 50%.

Le 22 novembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a indiqué avoir suivi l'assurée durant sa cure thermale du 7 au 18 novembre 2016, précisant que la prise en charge thermale avait été ressentie comme globalement bénéfique par l'assurée, surtout au niveau lombaire, où les douleurs avaient fortement diminué, un peu moins au niveau des genoux. Il a ajouté qu'il y avait encore un épanchement mais moins limitatif qu'au début de la prise en charge.

Après avoir analysé les renseignements médicaux au dossier, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR (avis médical du 13 décembre 2016).

Le 3 février 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a procédé à l'examen clinique rhumatologique de C.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 16 février 2017, il a posé les diagnostics suivants :

**« Avec répercussion durable sur la capacité de travail**

### **Diagnostic principal**

- CRPS (Sudeck) au décours dans les suites d'une résection de l'os trapèze et plastie ligamentaire pour une rhizarthrose du côté gauche (M 89.0).

### **Diagnostics associés**

- Hydarthrose du genou gauche (M 17.1).

### **Sans répercussion sur la capacité de travail**

- Discopathie cervicale et uncarthrose prédominant en C5-C6, C6-C7, C7-D1, actuellement asymptomatique.
- Lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une scoliose, de discopathie dégénérative et d'une arthrose des articulations postérieures prédominant aux étages inférieurs.
- Status après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole interne de la cheville gauche en 2002.
- Status après acromioplastie de l'épaule droite en 2004.
- Status post-cure chirurgicale d'épicondylite des deux côtés en 2006. »

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeuse depuis le 13 juin 2014. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle était de 50% depuis le 10 août 2016 (date du rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ indiquant que la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans un poste adapté) et de 75% dès le 19 novembre 2016 (soit le lendemain de la cure thermale suivie par l'assurée du 7 au 18 novembre 2016 au Centre médical de X. \_\_\_\_\_ durant laquelle une évolution bénéfique avait été constatée par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2016). Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes :

« MSG : port de charges au-delà de 1 kilo, mouvements répétitifs ou contre-résistance, activités nécessitant une dextérité bimanuelle, saisie d'objets prolongée. Exposition au froid. La main gauche ne peut servir que de léger appui pour la main droite.

Genou gauche : activité en zones basses à genou ou accroupi, marche au-delà de 15 minutes, position debout au-delà de 15 minutes, montées et descentes répétées d'escaliers, activités sur une échelle. »

A son rapport, le Dr G. \_\_\_\_\_ a joint diverses annexes, dont le compte-rendu d'une IRM du genou gauche du 19 janvier 2016, concluant à l'existence d'une gonarthrose modérée prédominant au niveau du compartiment fémoro-tibial interne.

Par projet de décision du 17 juillet 2017, l'office AI a informé C. \_\_\_\_\_ qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2017 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. A la lumière des renseignements médicaux au dossier, il a retenu que, à la fin du délai de carence d'une année, soit le 14 juin 2015, l'assurée présentait une incapacité totale de travail en toute activité et que, compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations, la rente ne pouvait être allouée que dès le 1<sup>er</sup> août 2015. Toutefois, une capacité de travail de 75% était raisonnablement exigible dès le 19 novembre 2016 dans une activité adaptée. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, l'office AI a déterminé les revenus avec et sans invalidité sur la base de la même table statistique. Après avoir comparé ces revenus et pratiqué un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte de l'âge de l'assurée, il en est résulté un degré d'invalidité de 20,27%. Compte tenu de la capacité de travail de 75% présentée par l'intéressée dès le 19 novembre 2016, la rente était supprimée avec effet au 28 février 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Dans un courrier du 23 août 2017 à l'office AI, C. \_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec ce projet de décision, arguant ne pas se sentir en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle. A l'appui de ses allégations, elle a joint un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 10 août 2017, dans lequel, après avoir posé quatorze diagnostics, il a indiqué que, sur le plan professionnel, sa patiente présentait, d'une part, un syndrome douloureux régional complexe de la main gauche et, d'autre part, des douleurs mécaniques des genoux, plus marquées au genou droit. Les limitations fonctionnelles en découlant étaient des restrictions dans les activités bi-manuelles ainsi que dans les déplacements et la marche, surtout pour les déplacements répétés et sur terrain en pente ; la position accroupie et à genoux était quasi impossible à réaliser ; la montée et la descente d'escaliers était difficile à partir d'un étage et l'assurée affirmait ne pas pouvoir aller au-delà. Dans ces conditions, le Dr L. \_\_\_\_\_ estimait que la capacité résiduelle de travail était en tous les cas inférieure à 50%.

Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, C.\_\_\_\_\_ a présenté en date du 14 septembre 2017 des objections à l'encontre du projet de décision du 17 juillet 2017. Contestant l'amélioration de son état de santé telle que retenue par l'office AI, elle s'est fondée sur diverses pièces médicales tels que les rapports des Drs S.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ datés respectivement des 10 août et 7 novembre 2016 pour soutenir que la prise en compte d'un taux d'activité de 75% n'était pas raisonnablement exigible. Sur le plan économique, elle a fait valoir que le salaire statistique ayant fondé la détermination des revenus avec et sans invalidité était trop élevé au regard du niveau de formation élémentaire qui était le sien. Quant au taux d'abattement, elle a reproché à l'office AI de n'avoir tenu compte que de son âge, alors que ses limitations fonctionnelles auraient dû également être prises en considération, ce qui faisait apparaître le taux de 5% comme insuffisant.

Dans un avis médical du 2 octobre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 10 août 2017 confirmait les problèmes de santé mis en évidence dans le rapport d'examen rhumatologique du 16 février 2017 et que l'évaluation de l'exigibilité ne constituait qu'une appréciation différente d'une situation clinique similaire. En l'absence de raison médicale, il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision du 17 juillet 2017.

Le 23 novembre 2017, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet du 17 juillet 2017.

**B.** Par acte du 22 décembre 2017, C.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce qui concerne le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2017 et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. Sous l'angle médical, elle a fait valoir que des doutes existaient quant à la fiabilité du rapport d'examen du SMR du 16

février 2017, expliquant qu'à lui seul il ne permettait pas de reconnaître une capacité de travail de 75% dès novembre 2016 puisque de nombreux autres médecins avaient reconnu une capacité de travail inférieure à 50% ou à tout le moins égale à 50%. En outre, elle a exposé qu'elle était au bénéfice d'un traitement de Tramal (ou Tramadol), médicament susceptible d'entraîner des effets secondaires de nature à aggraver, du moins partiellement, son état de santé, produisant diverses pièces à l'appui de ses allégations. Au vu des effets potentiellement délétères de ce médicament, l'assurée estimait que sa capacité de travail n'excédait pas 50%. Ainsi, compte tenu, d'une part, des contradictions mises en évidence dans l'évaluation de sa capacité de travail et, d'autre part, de la prise d'opiacés sur une longue période, l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Sur le plan économique, elle a critiqué le taux d'abattement de 5% pratiqué par l'office AI sur le revenu d'invalidé, considérant qu'au vu de son âge, de son parcours professionnel et des limitations fonctionnelles présentées, il se justifiait de retenir un taux d'abattement de 15%.

Dans sa réponse du 7 mars 2018, l'office AI a relevé que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 16 février 2017 remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir conférer pleine valeur probante renvoyant pour le surplus à l'avis du SMR du 5 mars 2018. Quant au taux d'abattement, il a considéré qu'une réduction supplémentaire ne se justifiait pas. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

Par réplique du 11 avril 2018, C. \_\_\_\_\_ a réitéré ses critiques quant à l'évaluation de sa capacité de travail en relation notamment avec l'influence de la prise de Tramadol sur son état de santé. Après avoir répété qu'il convenait de prendre en compte un abattement de 15% au moins sur le revenu d'invalidé, elle a fait valoir que son âge faisait obstacle à la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi. Elle a déclaré maintenir les conclusions de son recours.

Dupliquant en date du 1<sup>er</sup> mai 2018, l'office AI a souligné que, selon le spécialiste en réinsertion professionnelle, il existait des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles malgré le fait qu'elle était âgée de 59 ans au moment de l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR au mois de février 2017. Il a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

C.\_\_\_\_\_ a joint à ses déterminations du 25 mai 2018 un rapport du 6 novembre 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état de lésions dégénératives aux deux genoux, le côté gauche présentant une gonarthrose assez sévère du côté interne. L'assurée en a déduit que l'office AI ne pouvait se fonder sur le seul rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR de février 2017 pour retenir une capacité de travail de 75%. Elle a par ailleurs une nouvelle fois estimé que son âge justifiait que soit effectuée une analyse globale de sa situation pour savoir si elle serait en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail. Elle a maintenu ses conclusions.

Dans son courrier du 10 juillet 2018, l'office AI s'est référé à l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2018, selon lequel les activités retenues (téléphoniste, standardiste) n'étaient pas de nature à être influencées par des limitations fonctionnelles secondaires aux gonarthroses. Il a derechef conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 16 août 2018, C.\_\_\_\_\_ a réitéré ses critiques à l'endroit du rapport d'examen clinique rhumatologique du 16 février 2017, confirmant pour le surplus les conclusions de son recours.

A l'appui de son écriture du 13 février 2019, l'assurée a produit un rapport médical du 29 octobre 2018 du Dr S.\_\_\_\_\_ faisant état de diverses atteintes à la santé, dont une arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale, une hernie discale paramédiane droite ainsi qu'une gonarthrose bilatérale prédominante à gauche. S'il ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail, il a néanmoins estimé

qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pour évaluer l'importance de l'incapacité. L'assurée a confirmé ses conclusions.

Par pli du 11 mars 2019, l'office AI s'est référé à l'avis médical du SMR du 6 mars 2019, dans lequel le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'objectivait aucun élément pathologique nouveau depuis février 2017 ni ne faisait mention d'aucune consultation spécialisée auprès d'un spécialiste de la main ni d'une imagerie médicale récente. Quant à la problématique des genoux, elle avait dûment été prise en compte en 2017 au titre des limitations fonctionnelles. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**C.** Par décision du 2 février 2018, le magistrat instructeur a mis C.\_\_\_\_\_ au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 22 décembre 2017. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Le 13 février 2019, Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure entre le 22 décembre 2017 et le 13 février 2019, faisant état d'un montant total en sa faveur de 2'122 fr. 48.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les

trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'occurrence, il s'agit de déterminer si c'est à juste titre que l'office AI a supprimé au 28 février 2017 la rente entière d'invalidité servie à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> août 2015, au motif qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée dès le 19 novembre 2016.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre une rente que si elle 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, elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

**4. a)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

**b)** A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce

que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A contrario, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI).

**5.** Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

**6. a)** Dans la décision attaquée, l'office AI s'est fondé sur le rapport médical du SMR du 16 février 2017 pour reconnaître à la recourante une capacité de travail de 75% dès le 19 novembre 2016. Au terme de son examen, le Dr G.\_\_\_\_\_ a admis une incapacité de travail de 50% dès le 10 août 2016 (date du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 50%) mais a considéré qu'elle était de 25% dès la fin de la cure thermale, au motif qu'elle lui avait été bénéfique (cf. rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2016), la recourante contestant cette évolution. Cette dernière reproche en outre à l'intimé de ne pas avoir retenu le diagnostic de gonarthrose et de ne pas avoir suffisamment tenu compte des pathologies du rachis et du syndrome de Sudeck (CRPS [complex regional pain syndrome]) lors de l'examen des limitations fonctionnelles, celles-ci concernant uniquement le membre supérieur gauche et le genou gauche.

**aa)** En ce qui concerne le pouce gauche, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic - avec répercussion durable sur la capacité de travail - de CRPS (Sudeck) au décours dans les suites d'une résection de l'os trapèze et plastie ligamentaire pour une rhizarthrose du côté gauche. Il a expliqué que, malgré la persistance des douleurs alléguées par l'assurée, il objectivait une évolution favorable du CRPS, raison pour laquelle il diagnostiquait un CRPS au décours. Toutefois, des mesures d'épargne du membre supérieur gauche étaient encore justifiées. Contrairement à ce que prétend la recourante, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_ tiennent compte de la problématique du pouce gauche et s'inscrivent dans le contexte d'une décompensation douloureuse d'une rhizarthrose de la main gauche. En se référant notamment au rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2016 - dont le Dr G.\_\_\_\_\_ a eu connaissance - pour critiquer son appréciation de l'étendue du CRPS, de stade II selon le Dr T.\_\_\_\_\_, la recourante ne fait que substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par le Dr G.\_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée.

**bb)** En ce qui concerne le rachis, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques sur spondylose et discopathie étagée (rapport du 30 avril 2015). Il a retenu que l'assurée se plaignait de douleurs à la base du dos avec des lombalgies accentuées par les mouvements et les efforts sollicitant le rachis surtout en antéflexion et en charge. De son côté, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail en relation avec le rachis cervical ou lombaire. Il a indiqué que la palpation de la colonne vertébrale était indolore. Au niveau cervical, il a constaté que, malgré la discopathie étagée et l'uncarthrose, l'assurée n'émettait aucune plainte. Quant au niveau lombaire, elle indiquait que les douleurs étaient supportables. En l'absence de signe de gravité (douleurs inflammatoires, déficits sensitif ou moteur, radiculopathie irritative), il a estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles pour le rachis.

**cc)** En ce qui concerne les atteintes au genou, le Dr H.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué - avec effet sur la capacité de travail - des gonalgies gauches avec volumineux épanchement intra-articulaire dans le cadre de troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes avec œdème dans le territoire spongieux du plateau tibial interne et dégénérescence méniscale. Il a expliqué que cette symptomatologie était liée à des troubles dégénératifs prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne objectivés par une IRM du 19 janvier 2016. De son côté, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de gonarthrose du ménisque du genou gauche (cf. rapport du 6 juillet 2016). Dans son rapport du 16 février 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée n'émettait aucune plainte concernant le genou droit, ce qui ne justifiait pas des mesures d'épargne de ce genou. Concernant le genou gauche, les douleurs actuelles se situaient plutôt au niveau de l'insertion du tendon du biceps crural. La tendinite/bursite de la patte d'oie objectivée sur l'IRM du genou gauche du 19 janvier 2016 était asymptomatique. L'épanchement de la bourse sous-quadriceps était quant à lui toujours présent. En outre, dans son rapport du 16 février 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ décrit une hydarthrose du genou gauche encore présente à cette date.

**dd)** Dans un avis du 10 août 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté l'existence d'atteintes aux deux genoux, mentionnant en particulier la survenance de douleurs aiguës au genou droit. Il a confirmé l'existence de douleurs mécaniques au genou gauche dans le contexte d'une gonarthrose associée à une gonalgie du genou droit impliquant des difficultés à se déplacer. Il a en outre fait état d'une sensibilité du bas du dos, voire de douleurs induites surtout par des mouvements d'antéflexion du rachis et lors d'efforts pour porter, soulever ou déplacer des charges même légères. Sur cette base, il a fixé la capacité de travail résiduelle à moins de 50% en l'état et indiqué que les mesures d'aide au placement étaient prématurées et devraient être réévaluées après obtention d'une amélioration symptomatique au niveau des genoux, du dos et de la main gauche. Le 2 octobre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a considéré que l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ ne constituait qu'une appréciation différente d'une situation clinique similaire, sans qu'une aggravation de l'état de santé ne soit rendue vraisemblable. Ce raisonnement ne peut pas être suivi. Dès lors que le Dr G.\_\_\_\_\_ avait écarté les atteintes au genou droit et au dos uniquement parce que l'assurée ne se plaignait pas de douleurs et alors même que l'existence d'atteintes avait déjà été relevée préalablement, on ne saurait écarter l'avis médical d'un rhumatologue constatant la reviviscence de ces douleurs sans nouvel examen.

**ee)** Cela étant, si le Dr G.\_\_\_\_\_ a certes constaté que les Drs S.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ avaient retenu une capacité de travail de 50%, il n'a pas pour autant réellement contredit leur appréciation. Ayant relevé que le Dr R.\_\_\_\_\_ avait signalé une évolution bénéfique à la suite de la cure thermale prescrite, il a considéré que, au terme de celle-ci, la recourante présentait une capacité de travail supérieure à celle qui lui avait été reconnue. Dans son rapport du 22 novembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de gonarthrose gauche et de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés. Tout en relevant que la prise en charge thermale avait été ressentie comme globalement bénéfique par la recourante, il a néanmoins signalé qu'elle se plaignait de douleurs lombaires lors de postures statiques ou lors de la marche. On ne comprend dès lors pas vraiment pourquoi l'intimé a retenu

une capacité de travail de 75% alors que plusieurs médecins spécialistes avaient jugé qu'elle n'excédait pas 50%. La justification tirée des bénéfices de la cure thermale ne suffit pas à augmenter de 25% la capacité de travail sans motif objectif. L'intimé ne dit pas en quoi la cure thermale a eu des effets bénéfiques sur les atteintes à la santé de la recourante, au point de lui restaurer une capacité de travail de 25% supplémentaire. Le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ ne contient aucun élément permettant de fonder une telle conclusion.

**b)** Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office AI à constater que l'état de santé de la recourante s'était amélioré au mois de novembre 2016, au point qu'elle aurait retrouvé une capacité de travail de 75%. Les perspectives d'amélioration ne sont pas suffisantes et n'ont pas été vérifiées par la suite ; en outre, des atteintes ont été annoncées sans que l'office AI n'ait véritablement procédé à des investigations afin de déterminer si les éléments rapportés étaient de nature à modifier l'appréciation selon laquelle la recourante avait recouvré une capacité de travail de 75%. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa) - afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical en vue de déterminer plus particulièrement quels sont les troubles qui affectent la recourante postérieurement au 28 février 2017 et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail.

**7. a)** Sous l'angle économique, seule est litigieuse la question de l'abattement à prendre en compte dans le calcul du salaire exigible (ATF 126 V 75), abattement que la recourante estime devoir être de 15% au minimum pour tenir compte, outre de son âge, de ses limitations fonctionnelles et de son absence d'expérience dans les activités exigibles proposées. De son côté, l'office intimé a retenu un abattement de 5% pour

tenir compte de l'âge de la recourante. Il a par ailleurs expliqué que la capacité de travail de 75% excluait un abattement plus élevé, au motif que le rendement retenu tiendrait déjà compte des limitations fonctionnelles de l'intéressée. Dans la mesure où de nouvelles mesures d'instruction devront être diligentées, il appartiendra à l'office AI de réexaminer le taux d'abattement en fonction du résultat de ces mesures d'instruction. On peut relever que l'assurée n'a certes suivi qu'une scolarité minimale et a entrepris une formation de secrétaire, qui n'est pas reconnue en Suisse. Cependant, elle bénéficie d'une bonne expérience dans divers domaines d'activité ; il faudra examiner si elle pourra s'en prévaloir dans sa recherche d'une nouvelle activité adaptée. Il ne résulte pas du dossier que la recourante aurait des difficultés d'adaptation à un autre emploi, l'intéressée ayant d'ailleurs changé de professions à plusieurs reprises. Au bénéfice d'un permis C, elle s'exprime couramment en français. A titre de difficultés, on peut d'ores et déjà retenir un taux d'activité dorénavant réduit, un handicap manuel (même pour une activité réputée non manuelle) ainsi que le facteur de l'âge (60 ans en 2017), qui sont des éléments susceptibles de l'entraver ou la désavantager objectivement sur le marché du travail par rapport à un concurrent. Cette situation devra toutefois être réévaluée en fonction des nouveaux éléments retenus.

**b)** On peut encore se demander si, en l'état, la recourante paraît être en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (sur cette notion, cf. ATF 110 V 273 consid. 4b) ou s'il y a lieu de constater d'emblée que tel n'est pas le cas quel que soit le résultat des mesures d'instruction.

**aa)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du

travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 198/97 du 7 juillet 1998 [VSI 1998 p. 293] consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 et les arrêts cités).

**bb)** Il convient d'examiner si la recourante, conformément au grief qu'elle invoque, peut être tenue de changer de profession compte tenu de son âge. Au moment de la décision litigieuse, la recourante, alors âgée de 60 ans, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail

supposé équilibré (cf. TF 9C\_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1). Selon les déclarations figurant dans sa demande de prestations, elle est arrivée en Suisse en septembre 2010 (janvier 2011 selon son permis) et a effectué des travaux d'entretien depuis lors. Elle a présenté une incapacité de travail depuis le 13 juin 2014. Ayant suivi une formation de secrétaire au Portugal – qui n'est toutefois pas reconnue en Suisse –, la recourante a exercé les métiers de réceptionniste, secrétaire, vendeuse, gérante d'une cafétéria et représentante pour des jouets d'enfants pour le compte de plusieurs employeurs au Portugal, puis elle a travaillé comme nettoyeuse au service de diverses entreprises entre 2010 et 2014 (cf. curriculum vitae indexé le 3 juin 2015 et rapport d'examen clinique rhumatologique du 16 février 2017, p. 6). Elle a donc déjà été confrontée plusieurs fois au cours de son parcours professionnel à un changement d'activité. Au demeurant, il ne ressort du dossier aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation que présenterait l'intéressée – laquelle n'a, par ailleurs, apporté aucun indice qui permettrait d'en douter. Elle s'exprime de manière relativement aisée en français (cf. rapport d'expertise du 3 mars 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_, p. 1), a suivi des cours de français élémentaire et de français dans les métiers du nettoyage et du bâtiment (cf. attestations non datées indexées le 19 février 2015). Elle est au bénéfice d'un permis C. Finalement, on soulignera que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et du marché du travail équilibré en particulier –, on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, paraissent adaptées aux problèmes physiques de la recourante. A titre d'exemples, on peut citer les activités de téléphoniste, réceptionniste, employée au service après-vente ou aux services généraux, caissière, tout en relevant que la recourante a pratiqué certaines de ses activités au Portugal et peut ainsi se prévaloir d'une certaine expérience. En l'état du dossier, il n'est pas possible de constater

que le recourante ne sera pas en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

**8.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical et celui de la capacité de travail exigible puis rende une nouvelle décision.

**9. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'300 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour C.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :