

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2022

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Peter, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-Yves Brandt, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 28a LAI ; 16 LPGA.

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait une activité de garagiste indépendant à 100 % jusqu'en 2013. Depuis lors, il bénéficie de l'aide sociale et perçoit un revenu d'insertion.

Le 21 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant des atteintes physiques et psychiques.

Par rapport du 3 juin 2015, le Dr M._____, médecin praticien, a diagnostiqué une lombalgie sévère, des troubles de la mémoire et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F33.2). Il a attesté d'une incapacité de travail complète à compter du 10 octobre 2014 et de ce que l'activité habituelle n'était plus exigible.

Dans un rapport du 22 juillet 2015, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec un effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), existant depuis 2012, ainsi que, sans effet sur la capacité de gain, des difficultés liées à l'emploi (CIM-10 Z56). Elle a indiqué traiter l'assuré depuis le 4 août 2014 et qu'en 2012, celui-ci avait été suivi par la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La psychiatre traitante a mentionné que l'assuré souffrait d'une thymie triste, d'anhédonie, d'une attitude pessimiste face à l'avenir, de ruminations anxieuses, d'idéations suicidaires, de problèmes de sommeil, de fatigabilité, d'un sentiment de détresse, d'un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, ainsi que des difficultés à la concentration et de la mémoire ; ces limitations se manifestaient au travail par une grande fatigabilité, des problèmes de concentration, des difficultés à gérer le stress et à maintenir un rythme de travail élevé, ainsi que par un absentéisme dans les périodes de graves

décompensations. Selon elle, la capacité de travail était nulle « de longue date » dans l'activité habituelle, laquelle n'était d'ailleurs plus exigible.

Par courrier du 18 août 2015, la Dre Z._____ a indiqué n'avoir rencontré l'assuré qu'à quatre brèves reprises entre les mois de mai et juillet 2012, et dès lors ne pas être en mesure de fournir une appréciation médicale du cas.

A teneur de son rapport du 20 mai 2016, la Dre B._____ a indiqué que l'état de santé psychique de son patient s'était aggravé depuis son dernier rapport du 22 juillet 2015, relevant en particulier que celui-ci vivait actuellement une période difficile marquée par une procédure de divorce et avait perdu une vingtaine de kilos en deux mois. Elle a justifié avoir retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent plutôt que d'épisode dépressif par le fait que son patient avait été suivi en 2012 par la Dre Z._____ avec prescription d'un antidépresseur. Elle a estimé que l'assuré était complètement incapable de travailler dans toute activité, ceci depuis 2013, et répété les limitations fonctionnelles énumérées dans son précédent rapport.

Dans un avis du 16 juin 2016, la Dre Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, laquelle a été confiée au D._____ (ci-après : le D._____).

Par rapport d'expertise du 12 février 2018, les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, C._____, spécialiste en médecine interne générale, et R._____, spécialiste en rhumatologie, ont notamment posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de spondylodiscarthrose prédominant en L4-L5 et L5-S1 dans le cadre de discrètes séquelles de maladie de Scheuermann et d'une possible spondylose hyperostosante débutante (CIM-10 M47.8), ainsi que, sans incidence sur la capacité de travail, de dysthymie (CIM-10 F34.1), documentée depuis le mois d'août 2014. Ils ont consensuellement retenu, sur les plans somatique et psychiatrique, une capacité de travail totale

dans l'activité habituelle de garagiste, ainsi que dans une activité adaptée. Ils ont toutefois ajouté que, dans le cadre d'une future activité professionnelle, l'assuré devait éviter un travail statique de quatre heures par jour, favoriser un travail semi-sédentaire et éviter le port de charges occasionnel de plus de 15 kg et répété de plus de 10 kg, ces limitations étant justifiées par l'atteinte rhumatologique. A cet égard, ils ont encore précisé que dans l'ancien poste de garagiste indépendant, tel que décrit par l'expertisé, on pouvait considérer que lesdites limitations étaient respectées.

Dans un avis SMR du 26 février 2018, la Dre Q._____ a retenu que, dans le cadre de l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré demeurait entière pour tout ce qui concernait les tâches de gérant de garage ou de vendeur / revendeur de voiture, mais était toutefois nulle pour les activités d'aide garagiste, ceci depuis le mois d'octobre 2014. Cette médecin a également confirmé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail avait toujours été complète, et s'est rangée à l'avis des experts s'agissant des limitations fonctionnelles physiques et du diagnostic psychiatrique.

Dans un projet de décision du 4 octobre 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré entendre rejeter sa demande de rente d'invalidité. Le taux d'invalidité étant de 0 %, le droit à la rente ne lui était en effet pas ouvert.

Par rapport du 22 octobre 2018, le Dr M._____ a requis de l'OAI de revoir ledit projet de décision et suggéré la mise en œuvre d'une seconde expertise.

Par décision du 21 décembre 2018, l'OAI a refusé tout droit à une rente d'invalidité à l'assuré, retenant que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après pondération des revenus avec et sans invalidité et en l'absence de tout préjudice économique, le droit à la rente n'était ainsi pas ouvert.

B. Par acte du 1^{er} février 2019, N._____, désormais représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 21 décembre 2018, concluant principalement à sa réforme, en ce sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière, et subsidiairement à son annulation avec renvoi à l'autorité intimée pour nouvel examen et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 12 février 2018, l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée et son exigibilité sur le marché du travail, ainsi que le revenu avec invalidité qui lui avait été imputé.

Dans un courrier complémentaire du 6 février 2019, le recourant a requis l'assistance judiciaire.

Par ordonnance du 11 février 2019, le juge instructeur a octroyé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 1^{er} février 2019, dans le sens d'une exonération d'avances, des frais judiciaires et du paiement de toute franchise mensuelle, ainsi que de l'octroi de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pierre-Yves Brandt.

Dans sa réponse du 14 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se prévalant de la valeur probante de l'expertise du 12 février 2018 et de l'applicabilité des salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse de la structure des salaires (ESS).

Répliquant le 13 mai 2019, le recourant a confirmé ses conclusions du 1^{er} février précédent et réitéré les arguments pris à l'appui de son acte de recours. Il a également produit un rapport du 17 avril 2019 de la Dre B._____, laquelle contestait le diagnostic psychiatrique retenu par les experts et confirmait celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, dans la mesure où son patient présentait les trois symptômes cardinaux indiqués dans la CIM-10 (une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une

augmentation de la fatigabilité) et cinq autres symptômes dépressifs (une diminution de la concentration et de l'attention, une perte de confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil). Elle considérait que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que le pronostic était plutôt réservé.

Dupliquant le 3 juin 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions du 14 mars 2019. Il a considéré, sur la base d'un avis SMR du 27 mai 2019 de la Dre Q._____, que le rapport du 17 avril 2019 de la Dre B._____ n'apportait pas d'élément nouveau en comparaison à son précédent rapport du 22 juillet 2015, lequel avait été pris en compte et discuté par les experts du D._____.

Dans ses déterminations du 9 juillet 2019, le recourant a requis de la Cour de céans - et subsidiairement de l'intimé - qu'un complément d'expertise pluridisciplinaire, comportant à tout le moins un volet psychiatrique, soit réalisé et suivi d'un consilium entre les experts pour déterminer l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail résiduelle. De surcroît, il a communiqué un rapport du 3 juillet 2019 de la Dre B._____, dans lequel celle-ci maintenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, compte tenu du fait qu'en 2012, son patient avait déjà présenté un épisode dépressif, avait été suivi par la Dre Z._____ et s'était vu prescrire un antidépresseur. Elle relevait par ailleurs que le recourant présentait des idéations suicidaires apparues dans le passé, lesquelles n'étaient pas présentes dans la symptomatologie de la dysthymie. Enfin, elle mentionnait ne pas être en mesure d'indiquer si le dosage de la médication actuelle était trop faible, ne l'ayant pas vérifié récemment.

Se déterminant le 15 août 2019, l'intimé a produit un avis SMR du 13 août 2019 de la Dre Q._____ et s'y est référé pour retenir que le dernier rapport de la Dre B._____ ne modifiait pas sa position.

Le 5 septembre 2019, le recourant a communiqué la liste des opérations de son conseil.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 21 décembre 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) 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.

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. **a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

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

6. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur le rapport d'expertise du 12 février 2018 du D._____. L'office intimé a ainsi retenu que le recourant était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les conclusions de cette expertise étant disputées, singulièrement s'agissant du volet psychiatrique, il convient d'en examiner la valeur probante.

b) Sur le plan formel, il est constaté que ledit rapport d'expertise remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence.

Il est en effet complet et exhaustif. Les experts ont individuellement rencontré le recourant, procédant à des examens de médecine interne générale, rhumatologique et psychiatrique distincts. A cet égard, l'intéressé en critique la durée de « quelques minutes », et en déduit que l'appréciation de ses médecins traitants (en particulier celle de sa psychiatre, la Dre B._____) devrait prévaloir sur celle des experts. Or,

celui-ci perd de vue que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se prononcer sur l'état de santé, notamment psychique, de l'expertisé dans un délai relativement bref. Elle ne peut par ailleurs être comparée à celle des consultations chez la psychiatre traitante, auprès de laquelle le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier (TF 9C_684/2020 du 3 février 2021 consid. 5.2 ; TF 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 ; TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3).

De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical du recourant, lequel a été intégralement examiné, en particulier les rapports établis par la Dre B._____. Ils ont également procédé à une anamnèse familiale, personnelle, ainsi que professionnelle, et ont analysé le contexte psychosocial dans lequel le recourant évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Enfin, ils ont fait réaliser différents examens complémentaires, notamment des radiographies du rachis lombaire et cervical. Dans ce contexte, il est relevé que le Dr H._____ était libre de définir les examens cliniques qu'il souhaitait pratiquer, de confronter ses observations cliniques avec celles des médecins traitants et de recourir aux tests complémentaires (psychométriques, sanguins, etc.) qu'il jugeait nécessaires à la bonne exécution de son mandat (TF 9C_843/2019 du 3 septembre 2020 consid. 4). Contrairement à ce qu'allègue le recourant, cet expert a pris contact avec sa psychiatre traitante, par communication téléphonique du 18 janvier 2018, afin de recueillir son point de vue. En revanche, il n'était en rien contraint de discuter contradictoirement de ses conclusions avec celle-ci, tel que le soutient le recourant.

Ensuite de leur examen individuel, les experts se sont concertés et ont établi une anamnèse et une discussion médico-asséculo-logique communes (en sus de leur anamnèse et discussion individuelles), ainsi qu'évalué globalement et consensuellement la

capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. De surcroît, il ne ressort pas des constatations et des conclusions des experts, pas plus d'ailleurs que de celles des médecins traitants au dossier, que les douleurs rhumatologiques du recourant péjoreraient, respectivement seraient causées par son état de santé psychologique ou inversement. Les spécialistes ont ainsi nié l'existence d'interactions entre les atteintes somatique et psychiatrique, lesquelles n'atteignent, quoiqu'il en soit, pas le seuil de troubles incapacitants. Le grief du recourant sur ce point tombe dès lors à faux.

Enfin, le rapport d'expertise est structuré et clair. S'agissant plus particulièrement de l'examen psychiatrique, le Dr H._____ a procédé à une analyse des différents indicateurs posés par la jurisprudence, tel que cela sera développé ci-dessous (cf. consid. 8 *infra*).

7. a) Sur le plan somatique, les experts ont retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose prédominant en L4-L5 et L5-S1 dans le cadre de discrètes séquelles de maladie de Scheuermann et d'une possible spondylose hyperostosante débutante (CIM-10 M47.8).

b) S'agissant de l'aspect de médecine interne générale, les conclusions de la Dre C._____ ne sont, à juste titre, pas contestées par les parties. Répondant en effet à toutes les exigences posées par la jurisprudence en la matière, il est établi qu'elles sont probantes.

c/aa) S'agissant de l'aspect rhumatologique, il ressort du rapport d'expertise que le recourant effectuait de fréquents voyages en [...], en particulier en [...], à tout le moins entre 2013 et 2016. Celui-ci a notamment précisé que durant cette période, il s'y était rendu environ tous les deux mois, en autocar, profitant desdits déplacements, lesquels duraient une vingtaine d'heures, pour se reposer. En sus de s'y rendre pour les vacances, celui-ci y avait en effet finalisé la procédure de son second divorce (après s'être séparé de sa deuxième épouse en 2013, le

divorce avait été prononcé en [...] au mois de mars 2016), y avait rencontré sa troisième femme en 2015 et s'y était marié avec celle-ci le [...] juin 2016 (en [...]). Il avait finalement fait venir sa nouvelle épouse en Suisse au cours de l'été 2016 et son fils cadet, issu de cette union, était né le [...] septembre 2016 en Suisse également.

En parallèle, le recourant avait accompli, en 2014, un stage proposé par les services sociaux qui consistait à démonter des ordinateurs, soit à rester en position debout ou penchée en avant. Celui-ci expliquait ne pas avoir supporté ladite position et obtenu, après un jour de stage, un certificat d'incapacité de travail complète ; il n'avait plus été en mesure de reprendre une quelconque activité depuis lors et l'arrêt de travail avait par la suite été prolongé pour des raisons psychologiques.

L'experte rhumatologue a, à juste titre, considéré que les éléments susmentionnés étaient contradictoires. Il existe en effet une incohérence entre l'incapacité décrite par le recourant à reprendre une activité depuis 2014, à la suite d'une seule journée de stage, et les déplacements fréquents à la même période en autocar vers [...], lesquels étaient apparemment bien vécus par l'expertisé, alors qu'incompatibles avec les lombalgies alléguées, en raison des microvibrations et de la position statique prolongée.

La Dre R. _____ a souligné cette contradiction, sans pour autant contester les troubles rhumatologiques au motif des trajets vers le pays d'origine et du fait que le recourant jouait avec son fils, tel que le croit l'intéressé. En effet, cette experte a déduit de ces fréquents déplacements que ce dernier présentait des aptitudes résiduelles et s'accommodait bien de ses lésions radiologiques rachidiennes et des quelques dysbalances musculaires y relatives, de tels voyages étant impossibles pour les patients souffrant de discopathies compressives, congestives ou rapidement évolutives. En raison du bon état de résistance sur le plan rachidien du recourant, elle a indiqué ne pas pouvoir fournir d'explication biomécanique à l'arrêt de travail prolongé dans l'activité proposée par les services sociaux en 2014, tout en reconnaissant ne pas

disposer de la description exacte du poste envisagé. Au final, l'experte a conclu à l'absence d'exagération des symptômes, admis l'existence de douleurs rachidiennes objectives et retenu un diagnostic rhumatologique qui, s'il n'empêchait pas le recourant de travailler dans son activité habituelle de garagiste indépendant ou dans une activité adaptée, induisait des limitations fonctionnelles. Le grief du recourant doit ainsi être rejeté.

bb) Par ailleurs, l'experte rhumatologue a confronté les plaintes et explications du recourant à ses propres constatations objectives et aux résultats des radiographies requises, s'étonnant à cet égard de la complète absence au dossier de rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) ou de radiographie. Elle a notamment relevé le défaut de prise en charge particulière - s'agissant notamment de la lombalgie, pourtant décrite comme sévère par le Dr M. _____ dans son rapport du 3 juin 2015, ou après l'incident en 2014, lors de la journée de stage, ayant suscité l'arrêt de travail prolongé - et souligné que le recourant expliquait que la situation était tout à fait compensée et gérable à l'aide de la consommation de deux à trois capsules d'anti-inflammatoire non stéroïdien par semaine.

cc) Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'experte rhumatologue sont fondées sur des constatations objectives, cohérentes avec les éléments au dossier et motivées. Elles sont donc probantes.

8. a/aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____ a diagnostiqué une dysthymie (CIM-10 F 34.1), documentée depuis 2014. Il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (CIM-10 F 33.-).

Pour établir son diagnostic, l'expert a tenu compte des plaintes du recourant, lequel a spontanément mentionné des altérations sévères de la mémoire et de la concentration, une irritabilité, ainsi qu'une baisse

de moral, de motivation et d'énergie. Sur demande, ce dernier a encore décrit une fatigue, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables (seul le fait de passer des moments avec son petit garçon ou son épouse lui procurait encore un certain plaisir), des idées suicidaires et l'absence de perception du futur. Il a précisé que son sommeil n'était perturbé que si un stress était survenu durant la journée, mais dormir « assez bien » avec un somnifère, qu'il avait perdu entre 13 et 20 kg, mais les avait repris, et que sa libido était un peu diminuée, mais pas massivement, une activité sexuelle étant toujours présente, mais moins fréquente. En lien avec la baisse de moral, le recourant a indiqué que celui-ci « était en bas, tous les jours », se référant à la faillite de sa société en 2013 et, à la même période, à l'accumulation de dettes et de procédures de poursuite, à l'expulsion de son logement et de son garage, à son divorce avec sa deuxième épouse et à la mort de sa mère, ainsi que, plus récemment, au risque d'expulsion du territoire suisse de sa troisième femme et de son fils cadet (ceux-ci faisant l'objet d'une décision, laquelle avait été contestée). Il a finalement ajouté qu'en raison d'une très récente condamnation pénale, survenue au mois de décembre 2017, son moral était vraiment « tout en bas ».

Le Dr H. _____ a procédé à ses propres examens cliniques et observé que le recourant était en bon état général, présentant un excès pondéral modéré. S'agissant des fonctions cognitives, il a relevé l'absence d'atteinte de la mémoire des faits récents et anciens atteignant le seuil objectif, dans la mesure où l'anamnèse et la vie quotidienne actuelles étaient relatées de manière plausible et précise, l'histoire personnelle étant par ailleurs retranscrite avec de nombreux détails. L'expert a également constaté une absence de fléchissement de l'attention (mémoire immédiate) et de la concentration durant l'examen psychiatrique, lequel avait duré 2 h 40. Cet élément est d'ailleurs confirmé par la Dre C. _____, laquelle mentionnait avoir examiné le recourant après l'examen psychiatrique et observé qu'au cours de l'entretien de médecine interne, l'intéressé était endurant sur le plan intellectuel, bien concentré et adéquat dans ses réponses. Concernant l'humeur, le Dr H. _____ a fait état de l'absence de tristesse visible, sauf à deux reprises, l'expertisé

ayant eu les larmes aux yeux en évoquant les malheurs qui l'accablaient ; à d'autres moments en revanche, il était capable de sourire. Il n'y avait également pas de fatigue mentale ou physique perceptible, ainsi que d'intolérance à la frustration ou d'agressivité.

Enfin, l'expert psychiatre a pris un soin minutieux à étayer les motifs l'ayant amené à retenir le diagnostic de dysthymie, lesquels sont fondés sur la confrontation des plaintes du recourant aux observations cliniques objectives, ainsi que sur l'expérience médicale. Celui-ci a en effet considéré que l'examen mettait en évidence un syndrome dépressif subjectif sévère (soit une diminution constante de l'humeur, de l'énergie et du plaisir, de la libido, ainsi que la présence de troubles cognitifs), accompagnés de symptômes anxieux peu spécifiques et d'intensité modérée (ruminations soucieuses). Ces symptômes subjectifs n'étaient toutefois pas accompagnés des manifestations objectives habituellement présentes en cas de dépression sévère, en particulier lorsque la dépression était de longue durée. L'expert a en effet retenu une absence d'altération de l'état général, d'auto-négligence, de tristesse constante objectivable, de troubles cognitifs objectivables, de ralentissement (moteur, vocal ou idéique), de perte de poids durable ou de culpabilité irrationnelle. De même, il a décrit l'impression d'un patient non sévèrement déprimé objectivement - celui-ci étant vif sur le plan moteur, volubile, capable de plaisanter, affirmant jouer avec intérêt et plaisir avec son petit garçon - et constaté que cette appréciation était confirmée par ses co-expertes. En conclusion, le Dr H. _____ a conclu à un tableau de dépression très modérée, chronique et essentiellement subjectif, accompagné de symptômes anxieux non spécifiques. C'est dès lors de manière convaincante qu'il a retenu le diagnostic de dysthymie.

bb) Dans le même sens, le Dr H. _____ a dûment motivé les raisons l'ayant conduit à écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, établi par les médecins traitants. Le grief avancé par le recourant à cet égard doit ainsi être écarté.

En effet, cet expert a considéré qu'il n'y avait pas d'épisode dépressif documenté ou rendu vraisemblable par l'anamnèse. Malgré le fait qu'il était probable que durant certaines périodes, l'humeur ait pu être davantage altérée (notamment à l'annonce de certaines mauvaises nouvelles), ces périodes n'avaient toutefois pas dépassé le cadre de réactions anxio-dépressives limitées dans le temps. L'expert prenait pour exemple le fait qu'au moment de l'expertise, soit un mois après l'annonce de la condamnation pénale du recourant, l'humeur de celui-ci était préservée sur le plan objectif. De surcroît, le Dr H._____ a estimé que la séquence d'activités soutenues déployée entre l'automne 2015 et la moitié de l'année 2016 par le recourant (à savoir, le fait de se rendre à plusieurs reprises en [...], de finaliser son deuxième divorce, de se lancer dans une nouvelle relation sentimentale, de concevoir un enfant, de se remarier et de rentrer en Suisse avec son épouse [cf. consid. 7c/aa supra]) était incompatible avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère et durable, lequel induisait une diminution massive (voire une abolition totale) de toute motivation, énergie et capacité de se projeter dans l'avenir. Un tel état psychique aurait rendu impossible la conception et la réalisation de ces importants projets de vie.

En outre et comme le retient à juste titre l'expert, les rapports rendus entre 2015 et 2016 par les médecins traitants ne permettent pas d'accréditer le diagnostic d'épisode dépressif sévère récurrent. En effet, dans son rapport du 3 juin 2015, le Dr M._____ ne fait état d'aucun élément objectif pour appuyer ce diagnostic. De même, la Dre B._____, dans ses rapports des 22 juillet 2015 et 20 mai 2016, retranscrit principalement les plaintes du recourant, sans toutefois fournir d'informations objectives sur son status psychiatrique. S'il est vrai que la Dre B._____ indique une perte de poids importante, on ne peut en déterminer la durée ou la mesure, ni s'il s'agit d'une information subjective fournie par le recourant, lequel, au moment de l'expertise, présentait plutôt un excès pondéral modéré. Enfin, la première psychiatre traitante du recourant, la Dre Z._____, a indiqué, dans son rapport du 18 août 2015, ne pas disposer des éléments nécessaires pour établir un rapport médical, n'ayant rencontré le recourant qu'à quatre reprises entre

les mois de mai et juillet 2012. Elle n'a posé aucun diagnostic et n'a fait état d'aucune constatation médicale, mais signale bien plutôt ne pas avoir traité le recourant. De surcroît, bien que la Dre B. _____ et le recourant affirment que la Dre Z. _____ lui aurait prescrit un anti-dépresseur en 2012, cette dernière ne le confirme pas. Ainsi, son rapport du 18 août 2015 ne permet en rien de démontrer la récurrence ou la sévérité du trouble psychiatrique, tel que l'allègue le recourant.

cc) Force est dès lors de constater que le diagnostic de dysthymie a été établi par le Dr H. _____ dans les règles de l'art.

Cette conclusion n'est pas remise en question par les rapports subséquents des 17 avril et 3 juillet 2019 de la Dre B. _____, celle-ci ne faisant que reprendre les mêmes explications que celles déjà fournies durant la procédure administrative et prises en compte par les experts, sans signaler d'aggravation depuis lors. Il est au demeurant étonnant que dans une situation jugée sévère par cette psychiatre traitante, celle-ci n'ait pas « vérifié le dosage du médicament récemment », alors que l'expert a insisté sur le fait que le taux plasmatique de l'antidépresseur se situait nettement en-dessous des valeurs thérapeutiques et des recommandations à ce sujet.

b) La dysthymie est en soi un diagnostic considéré comme de peu de gravité, essentiellement subjectif, et n'atteignant en principe pas le seuil incapacitant, sauf en cas de comorbidité psychiatrique significative, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. C'est précisément à cette conclusion que l'expert est arrivé en examinant le catalogue d'indicateurs, singulièrement ceux du poids des souffrances (cf. expertise, p. 68), de la cohérence (cf. expertise, pp. 64 s et 68), de l'exagération des symptômes (cf. expertise, p. 59), des ressources mobilisables et disponibles (cf. expertise, pp. 57 et 60), des traitements mis en œuvre (cf. expertise, pp. 55 et 62 s), de la compliance (cf. expertise, pp. 55 et 65), de la personnalité du recourant (cf. expertise, pp. 54 et 68) et du contexte social (cf. expertise, pp. 15 ss et 56 s). L'expert a dès lors conclu de manière convaincante à l'existence d'une capacité de travail réfutée

totale dans toute activité. De plus, les limitations fonctionnelles sont purement subjectives et non objectives ou durables, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en retenir.

c) Par conséquent, l'appréciation de l'expert psychiatre est détaillée, objective et motivée, de sorte qu'elle est probante.

d) Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 12 février 2018 du D._____. Certes, la situation sur le plan psychique pourra être réévaluée en cas de difficultés, comme le relève l'expert. Toutefois, au jour de l'expertise, et sans éléments objectifs apportés par les médecins traitants entre celle-ci et l'expertise, les conclusions des trois spécialistes, chacune comme en consilium, sont convaincantes, répondant clairement aux avis contraires des médecins traitants, lesquels se focalisent sur les plaintes subjectives de leur patient, sans s'assurer de la compliance au traitement médicamenteux.

9. La capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant doit ainsi être confirmée. Il y a également lieu d'en admettre le caractère exploitable sur un marché équilibré de l'emploi. En effet, nonobstant le fait qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, en particulier pour des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1, in SVR 2008 IV n° 62 pp. 203 ss), les diagnostics, tant sur le plan psychique que somatique, dûment objectivés, n'atteignent en l'occurrence pas le seuil incapacitant. De surcroît, seules des limitations fonctionnelles somatiques légères ont été retenues, consistant à éviter un travail statique de quatre heures par jour, favoriser un travail semi-sédentaire et éviter le port de charges occasionnel de plus de 15 kg et répété de plus de 10 kilogrammes. Ainsi, le recourant est de toute évidence en mesure d'exploiter pleinement sa capacité de travail

résiduelle sur le marché de l'emploi. Il ne peut donc être reproché à l'intimé une absence d'instruction sur cette question.

10. Il reste finalement à examiner le degré d'invalidité déterminé par l'intimé.

a/aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222).

dd) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 5).

b) En l'espèce, le fait que l'autorité intimée se soit fondée sur les salaires statistiques tirés de l'ESS pour déterminer les revenus sans et avec invalidité du recourant, lequel n'exerçait aucune activité lucrative au moment du dépôt de sa demande de prestations et n'en a pas repris depuis lors, n'est pas critiquable.

c) Se référant aux données salariales du TA 1 de l'ESS pour l'année 2014, l'intimé a, à juste titre, considéré que le revenu statistique sans invalidité du recourant était de 65'814 fr. 61, après indexation à l'année 2015, s'agissant d'un homme actif à 100 % dans le domaine 45-47 « commerce et réparation automobile » avec application d'un niveau de compétence 2.

Pour ce qui est du revenu statistique avec invalidité, l'intimé l'a estimé à 66'628 fr. 26 à 100 % pour un homme travaillant à un poste simple et adapté n'exigeant pas de formation particulière, comme, par exemple, des activités industrielles légères, de conditionnement léger ou de montage-assemblage de pièces légères, avec application d'un niveau

de compétence 1. L'intimé s'est référé, sur ce point, au TA 1 pour « l'année 2015 ». Une telle enquête n'existe toutefois pas, l'ESS étant réalisée tous les deux ans et ayant été publiée, notamment, en 2014 et 2016. Or, si l'on prend en compte l'ESS 2014 et que l'on procède à une indexation pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (la variation totale étant de 0.4 % [source : Office fédéral de la statistique : Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020]), on obtient un revenu d'invalidé de 66'718 fr. 93 par année. Cet élément n'a toutefois aucune incidence sur le droit à la rente d'invalidité du recourant, dans la mesure où, après pondération des revenus avec et sans invalidité, son taux d'invalidité demeure nul.

Enfin, contrairement à ce que requiert le recourant, il ne convient pas d'appliquer un abattement supplémentaire au gain d'invalidé. Les limitations fonctionnelles retenues ne sauraient en effet empêcher l'intéressé d'exercer des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Par ailleurs, l'âge du recourant - 54 ans au moment de la décision litigieuse - ne justifie pas un abattement additionnel. Tel est également le cas de son absence de qualifications professionnelles, dans la mesure où le revenu d'invalidé retenu a été établi sur la base d'activités n'exigeant justement pas de formation particulière. Il apparaît par ailleurs que le recourant peut se prévaloir d'une longue expérience professionnelle, ayant commencé son apprentissage de mécanicien sur auto à 14 ans, et d'une bonne capacité d'adaptation, ayant travaillé dans des domaines variés (notamment sur des chantiers navals, comme télégraphiste durant son service militaire, saisonnier, ouvrier dans une usine de fabrication de skis, chauffeur-livreur, vendeur de voiture, garagiste et gérant d'un garage).

d) Le taux d'invalidité du recourant étant de 0 %, il se justifie de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

11. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite

à la mesure d'instruction requise par le recourant, soit la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (appréciation anticipée des preuves ; TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées).

12. a) En définitive, la décision du 21 décembre 2018 de l'intimé s'avère fondée, et le recours de N._____ doit être rejeté en conséquence.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Pierre-Yves Brandt peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 5 septembre 2019, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'347 fr. 65, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Pierre-Yves Brandt est fixée à 2'347 fr. 65 (deux mille trois cent quarante-sept francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par l'Etat.
- VI.** N. _____ 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 d'office de Me Pierre-Yves Brandt, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre-Yves Brandt (pour N. _____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :