

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseures
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles-Henri De Luze, avocat, à Lausanne

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'installateur sanitaire. Il travaillait en cette qualité, à titre indépendant depuis 2009.

Souffrant depuis le mois de décembre 2015 principalement de douleurs chroniques dorso-lombaires et thoraciques à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % depuis le mois de mai 2016 et de 100 % depuis le mois de décembre 2016, il a déposé le 14 décembre 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a notamment recueilli un rapport du médecin traitant de l'assuré, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale, et le dossier constitué par K._____SA, assureur perte de gain en cas de maladie.

Il est ressorti que de multiples investigations médicales spécialisées avaient été mises en œuvre, mais n'avaient pas permis de déterminer l'origine de la symptomatologie présentée par l'assuré. Les dorso-lombalgies droites étaient devenues gênantes à l'effort et s'étaient étendues progressivement au rachis dorsal et à la région sous-scapulaire droite. Des traitements classiques et antalgiques avaient été tentés, ainsi qu'un suivi psychologique auprès du Cabinet J._____ (cf. rapports du 26 août 2016 du Prof. B._____, spécialiste en anesthésiologie au sein du Centre A._____ de [...], des 27 décembre 2016 et 27 janvier 2017 du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie auprès de la Clinique G._____, du 22 février 2017 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du 13 mars 2017 du Dr O._____, du 21 mars 2017 du Dr H._____, spécialiste en neurologie, et du 30 mai 2017 du Prof. L._____, médecin chef du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier N._____).

Sur le plan psychiatrique, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Cabinet J._____, a indiqué le 22 mai 2017 que son patient présentait, depuis janvier 2016, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), généré par des douleurs intenses dont l'étiologie restait indéterminée. Une expertise psychiatrique a été réalisée le 4 octobre 2017 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assurance perte de gain en cas de maladie. Ce dernier a mis en évidence que l'assuré souffrait d'une réaction dépressive (probablement initialement d'intensité moyenne, maintenant d'intensité légère) et d'un épuisement physico-psychique léger, lesquels n'entraînaient, d'un point de vue purement psychiatrique, aucune incapacité de travail (cf. rapport d'expertise du Dr M._____ du 4 octobre 2017).

Ont également été versés au dossier de K._____SA des rapports du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 12 décembre 2017 et du DAL du Centre hospitalier N._____ du 26 février 2018, suite à des consultations pour un contrôle du genou droit, respectivement pour des douleurs des épaules. Le Dr S._____ a indiqué qu'une arthroscopie avec régularisation du ménisque aurait lieu en janvier 2018. Quant aux Drs R._____, chef de clinique, et P._____, médecin assistant, au sein du DAL du Centre hospitalier N._____, ils relataient des douleurs acromio-claviculaires et sous-acromiales gauches, ainsi qu'une scapulalgie de l'épaule droite multi-investiguée. La cause des douleurs n'était pas objectivée. La poursuite d'une prise en charge antalgique était envisagée.

Par avis du 26 juin 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé que, sans cause somatique objectivable et en l'absence d'atteinte incapacitante à la santé psychique, il n'y avait pas d'argument pour une incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 11 avril 2019, reprenant les termes d'un projet de décision du 27 juin 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente, faute d'atteinte à la santé invalidante.

B. C._____, assisté de Me Charles-Henri De Luze, a déféré la décision du 11 avril 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 mai 2019, concluant principalement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel. A l'appui de son recours, l'assuré a fait valoir que les pièces médicales versées à son dossier attestaient toutes d'un problème réel. Fort de ce constat, l'OAI aurait dû à tout le moins admettre l'existence d'un doute quant à son état de santé et ordonner la mise en œuvre d'une expertise. Cela étant, il était, à son avis, établi qu'il souffrait d'une atteinte durable et irréversible qui entraînait une incapacité de travail de 100 % justifiant l'octroi de prestations de la part de l'assurance-invalidité. A titre de mesures d'instruction, l'assuré requérait son audition et celle de témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer sa capacité de travail et à examiner le diagnostic éventuel de trouble somatoforme douloureux.

L'OAI a répondu au recours le 4 juillet 2019 et a proposé son rejet.

Le 4 octobre 2019, l'assuré a, à la demande de la Cour de céans, adressé les rapports du 5 décembre 2019 des Drs Q._____, médecin chef du Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Hôpital W._____, et Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le premier faisait état d'une situation stationnaire sur le plan dorsal et le second estimait que la problématique principale de l'assuré avait trait au rachis et non aux genoux.

Par courrier du 21 octobre 2019, l'assuré a sollicité l'audition du Dr S. _____ s'agissant de l'état de son genou droit.

Le 25 octobre 2019, le Juge instructeur a informé les parties qu'il n'estimait pas nécessaire, en l'état, d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires.

Par courrier du 8 novembre 2019, l'assuré a réitéré sa demande tendant à la tenue d'une audience d'instruction, puis de jugement, pour faire valoir tous moyens de preuves utiles.

Le 4 février 2020, le Juge instructeur a ordonné, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré, confiée à la Clinique U. _____ à [...].

Dans son rapport du 18 mars 2020, la Clinique U. _____ a estimé que les capacités physiques actuelles de l'assuré autorisaient l'exercice d'une activité correspondant au niveau léger à moyen (port de charges jusqu'à 15 kg).

Dans ses déterminations du 29 avril 2020, l'OAI a, au vu des limitations fonctionnelles observées auprès de la Clinique U. _____, relevé que l'assuré était de toute façon doté d'une capacité de travail entière, à tout le moins dans une activité adaptée. Il renvoyait à un nouvel avis du SMR en ce sens daté du 20 avril 2020.

Par détermination du 27 mai 2020, l'assuré a argué de ses capacités fonctionnelles restreintes et proposé des questions complémentaires à l'attention des spécialistes de la Clinique U. _____ en lien avec l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative.

Le 7 août 2020, le Juge instructeur a informé les parties qu'il n'estimait pas nécessaire d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires.

Par courrier du 17 août 2020, l'assuré a indiqué maintenir sa requête tendant à la tenue d'une audience de jugement.

Une audience de jugement s'est tenue le 29 septembre 2020, au cours de laquelle l'assuré a eu l'opportunité de plaider sa cause.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; 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 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, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. a, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

aa) 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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) 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 l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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) 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 (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'investigations exhaustives sur le plan psychiatrique et sur le plan somatique.

8. a) Du point de vue psychiatrique, le recourant a été suivi par le Dr X._____ dès janvier 2017 à une fréquence d'environ deux fois par mois. Ce praticien a attesté d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique dans le cadre de douleurs intenses d'origine indéterminée, lequel aurait été présent depuis janvier 2016. A son avis, la capacité de travail de son patient était nulle depuis lors (cf. rapport du Dr X._____ à l'intimé du 22 mai 2017).

b) Le recourant s'est soumis à une expertise confiée par l'assureur perte de gain en cas de maladie au Dr M._____. Ce dernier a retenu les diagnostics de réaction dépressive probablement initialement d'intensité moyenne, maintenant d'intensité légère (F32.0) et d'épuisement physico-psychique maintenant léger (Z73.0). Il ne prenait en compte aucune incapacité de travail pour des motifs strictement psychiatriques et justifiait son évaluation comme suit :

[...] En observation directe, nous étions en face d'un homme dans une présentation sobre, soignée, furtivement souriant aux présentations, sans ralentissement significatif (cf. application échelle de ralentissement) et dans la recherche de certaines positions antalgiques (évitement d'appuyer contre le dossier, mouvements d'ajustement).

Il était clair et compréhensible dans ses explications, il n'y avait ni troubles cognitifs majeurs à constater, ni troubles formels de la pensée.

Sur le plan affectif, il était en bonne partie proche de l'euthymie. Il y avait des passages avec une thymie légèrement abaissée, ceci lorsqu'il parlait de sa souffrance physique. Il pouvait être un peu affecté, légèrement triste, mais sans aucune fixation. Son « ras-le-bol » était bien perceptible et il y avait une sorte de cohérence entre ses expressions verbales et physiques. L'énergie vitale était maintenue, même un certain nombre de plaisirs (par exemple cuisine et pêche). Nous ne nous sommes donc pas du tout trouvés dans un tableau dépressif significatif/décompensé. L'application de l'échelle MADRS a montré une valeur plutôt rassurante.

Ensemble avec les résultats du monitoring on peut conclure que, si un état dépressif plus important avait existé auparavant, il est au stade actuel très bien compensé. Nous sommes donc dans une situation de souffrance psychique associée/dépendante à un problème somatique.

Ces constats contrastent assez fortement avec ce que nous avons lu dans le rapport du psychiatre traitant du mois de mai 2017. On a ici à la lecture l'impression d'une pathologie psychique importante, ce qui donne une sorte d'inversion à l'approche initiale de l'ensemble des constats somatiques.

Si on passe en revue les pathologies théoriquement possibles du côté psychique, on peut dire ceci :

Un syndrome douloureux somatoforme persistant, défini par un sentiment de détresse non expliqué par un processus physiologique dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants ne peut être considéré comme cause essentielle du trouble. Malgré tous les efforts de recherche, il n'y a dans la situation de M. C._____ pas de conflits émotionnels ni de problèmes psychosociaux importants décelables.

Une somatisation est caractérisée par des troubles physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, précédant habituellement plusieurs années de consultation psychiatrique. Il y a

souvent des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables, un refus persistant d'accepter des conclusions rassurantes des médecins, une altération du fonctionnement social et familial. Ceci n'est pas le cas pour M. C._____.

Théoriquement, on pourrait aussi penser à un trouble dissociatif. Avant aussi appelé « conversion », ce qui sous-entend que ce trouble intervient en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Force est de constater que ceci n'est pas le cas pour M. C._____.

De plus, un trouble dissuasif est défini par une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, de l'identité, des contrôles des mouvements corporels. Il ne s'agit habituellement pas d'une « production » comme on représente des douleurs.

Après ces explications, il est donc important de ne pas « psychiatriser » la situation de M. C._____ outre mesure. On peut admettre la souffrance dépressive associée, peut-être de moyenne intensité au début, maintenant à un niveau léger. On peut aussi admettre et comprendre qu'il y a un certain épuisement physico-psychique et là aussi, il y a eu entretemps une certaine récupération intervenue.

Nous n'avons autrement pas perçu l'expertisé dans un registre anxieux significatif, pas dans une allure hypocondriaque ou autrement psycho-névrotique. Il s'agit d'un homme du terrain, avec apparemment une volonté intacte de s'en sortir, de continuer son activité et nullement dans une recherche qu'on appelait avant « bénéfices secondaires ». [...]

L'expert précisait que « la problématique [était] principalement somatique et devrait trouver des réponses diagnostiques et thérapeutiques ». Le recourant « [mobilisait] tous ses efforts » d'un point de vue psychique.

c) Il n'y a pas lieu en l'occurrence de douter de la pertinence de l'appréciation du Dr M._____, dont le rapport d'expertise du 4 octobre 2017 répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. D'un point de vue formel, l'expert précité a effectué un examen détaillé du dossier du recourant et une investigation clinique, accompagnée de différents tests, ainsi que d'une analyse sanguine. Il a dûment confronté les plaintes du recourant avec ses observations objectives avant de communiquer des conclusions parfaitement cohérentes. On relève sur le fond que l'expert a procédé à une analyse méticuleuse des différents diagnostics différentiels susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le cas particulier. Il a par ailleurs exposé les

raisons le conduisant à s'écarter de l'appréciation du psychiatre traitant, eu égard en particulier au degré d'intensité des diagnostics retenus. Il a précisé pourquoi il se justifiait de faire passer l'aspect psychique au second plan en l'occurrence, puisque le tableau clinique présenté par le recourant était manifestement dominé par la problématique somatique. Il a enfin décrit la personnalité du recourant, susceptible d'expliquer la stabilisation de son état psychique depuis l'apparition du contexte douloureux. Les conclusions de l'expert, congruentes avec l'observation clinique, peuvent donc être suivies.

d) On peut ainsi retenir, à l'instar l'intimé, l'absence d'atteinte à la santé psychique susceptible de justifier une incapacité de travail.

9. a) A propos des douleurs au genou droit, il est établi que le recourant a fait l'objet d'une plastie du ligament croisé antérieur et d'une méniscectomie interne partielle du genou droit en 2003. Le Dr S. _____ a procédé à un contrôle le 21 novembre 2017 et annoncé une arthroscopie planifiée en janvier 2018. Il a relaté les éléments suivants à l'issue d'un rapport du 12 décembre 2017 :

[...] A l'examen clinique : le genou a une bonne mobilité. Il est calme, En extension, il a un Lachmann avec un arrêt net. Vers 30° de flexion, il a une petite laxité antérieure. Pas de ressaut méniscal. Pas de battements en varus valgus.

[...]

Cet examen [réd. : imagerie par résonance magnétique [IRM] du 24 novembre 2017] montre une plastie continue. Pas de modification au niveau des compartiments externe et fémoro-patellaire. Du côté interne, irrégularités du ménisque restant dans sa partie postérieure. [...]

b) Au stade de la présente procédure, le recourant a communiqué un rapport du Dr Z. _____ du 5 septembre 2019, lequel fait état de ce qui suit :

[...Après] étude du dossier du Dr S. _____, je peux confirmer que Monsieur C. _____ a eu une arthroscopie du genou droit le 07.04.2003, puis une plastie du ligament croisé antérieur le 08.05.2003 et enfin, une dernière arthroscopie le 08.01.2018. Lors de celle-ci, seule la corne postérieure du ménisque interne présentait une lésion de type languette qui a été réséquée et le

reste du genou était dans un bon état avec un cartilage lisse, régulier et élastique.

Il n'est pas fait mention d'une incapacité de travail en rapport avec ce genou suite à la dernière intervention.

[...]

Il semble donc que le problème principal vienne du rachis et non des genoux. [...]

c) Vu la teneur des rapports médicaux précités, on peut déduire que la problématique liée à l'état du genou droit n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail durable.

10. S'agissant enfin des douleurs ressenties dans la région dorso-thoracique droite, il apparaît que le corps médical n'est pas parvenu à poser un diagnostic absolument indiscutable.

a) Le Prof. B._____, spécialiste en anesthésiologie, s'est le premier penché sur la symptomatologie présentée par le recourant et s'est prononcé en ces termes dans un rapport du 26 août 2016 :

[...] Sur l'examen clinique, on observe un status neurologique parfaitement normal. Les douleurs sont provoquées à l'examen des articulations postérieures D11-D12 à D [réd.: droite], sinon l'examen du dos est normal. Les douleurs sont majorées lors de l'antéflexion et soulagées en extension. Sur la partie de l'examen effectué sous contrôle radioscopique, on observe une dégénérescence marquée L5-S1, mais pas d'instabilité ou de déplacement segmentaire.

Monsieur C._____ est actuellement inclus dans un protocole minimal invasif dans le but d'essayer d'identifier l'origine exacte de ses douleurs, et d'introduire un traitement par la suite. [...]

Il a fait part du résultat de ses investigations le 11 novembre 2016 et indiqué que la pathologie observée « sur son IRM et touchant l'articulation costo-transverse D11 à D n'était malheureusement pas à l'origine de ses douleurs ». Le travail diagnostique se poursuivait.

b) Le recourant s'est ensuite soumis à une évaluation antalgique conduite par le Dr F._____. Ce médecin, spécialiste en anesthésiologie, a rapporté les éléments suivants le 27 décembre 2016 :

[...] Il s'agit d'un jeune patient qui depuis une année présente des douleurs au niveau lombaire haut avec irradiation au niveau du flanc droit avec une hyperalgésie locale. Le patient a bénéficié de

plusieurs traitements interventionnels chez le Prof. B. _____ sans que l'on puisse identifier une source de sa symptomatologie douloureuse.

L'origine de cette symptomatologie reste peu claire et malgré l'absence de red flags, nous avons tout de même décidé de faire un CT [réd. : scanner] thoraco-abdominal afin d'exclure une pathologie viscérale qui pourrait expliquer cette symptomatologie. Dans l'annexe de notre lettre, vous trouverez le rapport du CT fait le 19.12.2016 qui ne retient pas de cause qui puisse expliquer cette symptomatologie. [...]

c) Le Dr F. _____ a alors adressé le recourant pour évaluation rhumatologique au Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, en précisant à son attention que tous les bilans étaient « restés négatifs ». Le Dr D. _____ a fait part de ses conclusions le 22 février 2017 :

[...] Appréciation : Monsieur C. _____ présente une symptomatologie douloureuse de la région de l'omoplate droite, irradiant de manière diffuse dans le flanc droit, chronique, persistante depuis 13 mois, avec examen clinique actuellement relativement pauvre, et ne mettant pas en évidence d'anomalie anatomique structurelle de l'appareil musculo-squelettique.

Dans le diagnostic différentiel, je n'ai actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, neurocompressive, toxique/métabolique.

Il n'y a actuellement pas d'explication médicale ou biomédicale à l'origine des plaintes, ce qui ne met cependant pas en doute l'authenticité des symptômes de Monsieur C. _____, et est frustrant tant pour le patient que probablement pour les médecins traitants.

J'ai expliqué à Monsieur C. _____ et à son épouse qu'il n'y avait actuellement pas d'élément orientant vers une pathologie mettant en jeu le pronostic vital, et que la douleur était d'étiologie multifactorielle, et qu'il arrivait parfois qu'il n'y avait pas d'explication médicale à la présence de ces dernières. [...] »

d) Le recourant a également été examiné par le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, lequel a adressé un rapport du 21 mars 2017 à l'intimé, dont les conclusions sont les suivantes :

[...] Ce patient présente donc un syndrome douloureux qui semble avoir pris son départ dans la région para-dorsale et para-scapulaire droite, qui s'est progressivement étendu proximale et distalement mais sans élément neurologique. Il n'y a notamment pas de dysesthésie, pas de notion d'éruption cutanée et aucune anomalie à l'examen neurologique. Il n'y a pas d'évidence pour une atteinte aussi bien radiculaire aux 4 extrémités ni même médullaire. Ce tableau clinique est plutôt inhabituel et en reprenant tous les différents examens complémentaires qui ont été faits, on peut relever qu'il n'y a pas eu d'IRM au niveau cervical et dorsal haut, ce

qui me paraît nécessaire pour compléter le bilan afin de s'assurer qu'il n'y a pas de lésions intrarachidiennes à ces niveaux. [...]

e) Enfin, le recourant s'est rendu à la consultation du Prof. L. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, lequel a fait part de son appréciation le 30 mai 2017 de la manière suivante :

[...] Douleurs dorsales droites d'allure musculaire avec irradiation en hémiceinture à droite compatible avec un syndrome de Maigne. Les différents examens effectués retrouvent surtout une arthropathie dégénérative costo-transverse T11 à droite et quelques autres signes dégénératifs étagés thoraciques et lombaires. De nombreux traitements ont été tentés, y compris des infiltrations rachidiennes et perfusions d'antalgiques, mais seule la physiothérapie antalgique et des antalgiques de palier III ont permis jusqu'ici de soulager partiellement les douleurs.

Je propose de reprendre la physiothérapie à visée à la fois antalgique et de tonification et j'adresse Monsieur C. _____ à un physiothérapeute spécialiste du rachis à [...]. Je lui prescris des emplâtres de Neurodol à poser sur la zone la plus douloureuse. On pourrait dans un second temps introduire de la Gabapentine ou de la Prégabaline à doses progressives et substituer l'Efexor par du Cymbalta dont l'effet antalgique est plus important.

Une prise en charge multidisciplinaire intensive dans notre service n'est pas indiquée pour l'instant, notamment en raison du conflit asséculo-logique, de l'importance des douleurs qui l'empêcheront de participer pleinement à la réadaptation de groupe et à la nature même des douleurs qui habituellement réagit mieux à la physiothérapie individuelle. [...]

Dans un rapport ultérieur daté du 19 septembre 2017, le Prof. L. _____ a conclu à une situation clinique « désespérément stable » et à un « examen superposable au précédent ». Il se déclarait perplexe sur les suites à donner au cas particulier (« Je ne vois pas bien ce que l'on peut faire qui n'ait pas déjà été fait »).

f) Il ressort des éléments médicaux précités que le recourant souffre d'une symptomatologie douloureuse à caractère persistant, à laquelle il n'est pas possible d'attribuer un substrat organique fiable susceptible d'en expliquer l'ampleur et l'intensité. Compte tenu de la situation, il apparaît approprié d'analyser si un caractère invalidant peut néanmoins être reconnu aux douleurs alléguées par le recourant à l'aune des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral en cas de troubles psychosomatiques (cf. consid. 5 supra).

11. a) Il convient tout d'abord de relever que le recourant a, malgré l'impossibilité pour le corps médical de poser un diagnostic, fourni tout au long de la procédure une description précise et dénuée de contradictions de ses douleurs. La description des symptômes, les mécanismes d'apparition et leur emplacement anatomique n'ont guère varié dans le temps, quel que fût le médecin consulté. Il a notamment été observé que les douleurs s'exacerbaient en cas d'activité physique, en particulier lors de port de charges, ou en cas d'appui sur la zone concernée. De même, la capacité de conduire était réduite à trente minutes au maximum. Pour autant, il a été remarqué que le périmètre de marche n'était pas limité et que la position assise pouvait être tenue relativement longtemps (cf. notamment : rapports du Prof. B. _____ du 26 août 2016, du Dr O. _____ du 13 mars 2017 et du Dr H. _____ du 21 mars 2017 ; cf. également : rapports de visite du 14 septembre 2016 et du 28 novembre 2017 de l'inspecteur de K. _____ SA ; rapport du 23 mars 2017 du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé).

b) Le recourant s'est soumis à de nombreux traitements qui n'ont pas apportés les bénéfices escomptés. Ainsi a-t-il bénéficié de plusieurs infiltrations rachidiennes par le Prof. B. _____ et de perfusions d'antalgiques par le Dr F. _____, le tout sans effet (cf. rapport du Prof. L. _____ du 30 mai 2017). En ce qui concerne la physiothérapie, elle ne l'a dans un premier temps que partiellement soulagé (cf. également rapport du Prof. L. _____ précité), puis a contribué dans un second temps à une augmentation temporaire des douleurs. Quant à l'acupuncture et à l'ostéopathie, elles n'ont eu aucun effet sur la symptomatologie (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2017 du Dr M. _____, p. 5 ; rapport de visite de l'inspecteur de K. _____ SA du 28 novembre 2017). A l'issue de l' « Evaluation des capacités fonctionnelles » mise en œuvre par la Cour auprès de la Clinique U. _____, il a toutefois été vivement recommandé au recourant d'effectuer un programme d'entraînement global de condition physique de type cardio (cf. rapport de la Clinique U. _____ du 18 mars 2020, p. 2).

c) Sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr M. _____ ont mis en évidence l'absence de comorbidité psychiatrique susceptible, en raison de son importance, de priver le recourant de ses ressources (cf. rapport d'expertise du Dr M. _____ du 4 octobre 2017, p. 18).

d) De même, le Dr M. _____ n'a pas été en mesure de mettre en évidence de contraintes psychosociales susceptibles d'expliquer, en partie du moins, les conséquences fonctionnelles négatives. Il a en effet fait état des éléments suivants :

[...] M. C. _____ a perdu sa mère en juin 2016, un mois après le début de l'arrêt de travail stipulé. Cependant, ses manifestations douloureuses datent déjà d'avant comme on peut lire dans les anamnèses somatiques établies.

Il avait une bonne relation avec ses parents, aussi sa mère. Les deux, après des années de travail en Suisse, étaient retournés vivre leur retraite en [...]. Sa mère a été trouvée noyée au bord de l'océan, à un lieu pas très loin de l'habitation de ses parents. M. C. _____ nous a expliqué de manière neutre, concise et différenciée les hypothèses qui ont conduit à la mort de sa mère. Il y a à l'endroit où elle a été trouvée des poches/trous dans les rochers et les promeneurs peuvent être surpris par l'arrivée de l'eau. Par ailleurs, plusieurs autres cas de noyade de ce type sont connus dans la région. Il est donc bien possible que sa mère, malgré la connaissance de la région, a été surprise mortellement.

Nous nous sommes arrêtés ici au détail car la recherche que nous avons menée de la mort de sa mère est quasi le seul élément contextuel qui aurait pu être mis en relation temporelle avec la symptomatologie douloureuse. Mais, à aucun moment, nous n'avons eu l'impression que cet événement ait particulièrement perturbé M. C. _____ et rien ne nous permet de déduire qu'il s'agit d'une sorte de deuil pathologique. Ceci correspond aussi aux descriptions dans le dossier. L'expertisé, depuis la mort de sa mère, s'est déplacé pour l'enterrement, il a fait ses adieux, il maintient un contact normal avec sa famille d'origine et il n'est nullement dysfonctionnel en allant ou en revenant.

Les recherches pour d'autres facteurs éventuellement influençants sont également restées négatives. L'assuré est marié de longue date, son épouse est en bonne santé, elle occupe deux postes assez intéressants, le couple a deux enfants qui ont aujourd'hui 17 et 14 ans et qui sont, selon toute évidence, structurés et dans un parcours normal. Ni implicitement, ni explicitement, il n'y a eu le moindre soupçon d'une conflictualité de couple voire velléité de séparation. Au contraire, l'assuré a décrit toutes les relations familiales positivement, de même les contacts avec des collègues, la société de pêche où il appartient, le réseau de voisins, etc. [...]

L'expert psychiatre a donc relevé que le couple du recourant ne connaissait aucun problème particulier et que le décès subit de sa mère n'avait entraîné aucune perturbation psychologique. Au contraire, il a expliqué que le recourant avait décrit de façon positive l'ensemble de ses relations familiales et sociales. Cela lui a permis de conclure que la situation du recourant n'était influencée par aucun facteur psycho-social et/ou socio-culturel (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2017, pp.15 in fine et 18).

e) Le Dr M._____ a néanmoins souligné que le recourant avait donné, au cours de l'entretien d'expertise, des « descriptions relativement différenciées », assez cohérentes et sans dramatisation (cf. ibidem, p. 14). D'après ce médecin, il y avait « une sorte de cohérence entre ses expressions verbales et physiques » (cf. ibidem, p. 15). Les explications données par le recourant n'avaient en particulier rien de celles que l'on rencontrait en règle générale dans le cadre d'un tableau de type douleurs généralisées ou fibromyalgie ubiquitaire (cf. ibidem, p. 15).

f) Les résultats de l'« Evaluation des capacités fonctionnelles » diligentée par la Cour de céans auprès de la Clinique U._____ ont mis en évidence que le recourant disposait des aptitudes physiques pour accomplir un travail correspondant à un niveau léger à moyen (port de charges jusqu'à 15 kg). Si l'évaluation a permis de conclure à une absence d'amplification des symptômes, la volonté de recourant de donner le maximum ayant été réelle et le niveau de cohérence des aptitudes étant élevé, elle a également relevé que le recourant sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

g) Au vu de l'ensemble de ces éléments, il n'est pas possible de considérer que le recourant se trouverait dans une situation où il ne disposerait plus des ressources qui lui permettraient de surmonter ses douleurs selon les critères posés par la jurisprudence fédérale.

12. a) Néanmoins, l'examen des capacités fonctionnelles du recourant effectué à la Clinique U._____ a permis de mettre en évidence les limitations fonctionnelles suivantes :

- activités répétitives ou maintenues avec la main droite (côté dominant) au-dessus de la tête et avec la manipulation de charges légères en hauteur (jusqu'à 10 kg) ;
- limitation du genou droit en charge dans les contraintes en flexion comme les positions basses, surtout celle accroupie ;
- désactivation globale du sujet à l'effort avec un step test arrêté pour une raison physique (atteinte de la fréquence cardiaque maximale théorique), de même qu'une dyspnée précoce d'effort.

Etant donné ces limitations clairement définies, force est d'admettre que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle d'installateur sanitaire. En revanche, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, légère à moyenne, ainsi que l'admet désormais l'intimé, respectivement le SMR (cf. avis du 20 avril 2020).

13. Sur le vu de ce qui précède, la requête de mesures d'instruction supplémentaires formulée par le recourant peut être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d). On ne voit pas que la mise en œuvre d'une expertise médicale ou l'audition des médecins traitants seraient susceptibles d'apporter un éclairage nouveau ou différent sur la situation du recourant. Au vu de l'incapacité des nombreux spécialistes consultés à poser un nom sur la symptomatologie présentée par le recourant, il apparaît en particulier peu probable que la réalisation d'une expertise puisse aboutir à d'autres conclusions que celles déjà retenues précédemment.

14. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue,

en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le revenu sans invalidité peut être fixé à un montant de 40'000 fr., eu égard au revenu de 39'845 fr. que le recourant a réalisé en 2015 dans son activité d'installateur sanitaire indépendant (cf. extrait de compte individuel AVS). Au vu de l'ampleur de ce montant, il n'est pas nécessaire de fixer précisément le montant du revenu hypothétique d'invalidé. Compte tenu de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et du salaire auquel le recourant pourrait prétendre sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il ne fait aucun doute que le revenu hypothétique d'invalidé serait nettement supérieur au revenu d'invalidé, si bien que la comparaison de ces revenus ne permettrait pas d'atteindre une incapacité de gain de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité.

15. Au cours de l'audience de jugement, le recourant a exprimé le vœu de pouvoir bénéficier à tout le moins de mesures d'ordre professionnel, si un droit à la rente ne devait pas être ouvert.

a) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3, let. b, LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou

améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

b) En l'occurrence, le recourant souffre d'une atteinte à la santé qui ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle d'installateur sanitaire indépendant et nécessite, compte tenu de son parcours professionnel antérieur, des mesures d'accompagnement et de soutien afin de pouvoir se réinsérer sur le marché du travail, de sorte que le droit à une mesure de réadaptation lui est théoriquement ouvert. Compte tenu de la volonté exprimée par le recourant au cours de l'audience de jugement, il convient de transmettre le dossier à l'intimé pour qu'il examine concrètement le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

16. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Si la décision du 11 avril 2019 doit être confirmée en ce qu'elle a trait au droit à la rente, la cause doit néanmoins être renvoyée à l'intimé pour examen du droit aux mesures d'ordre professionnel.

b) 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Au vu des circonstances de la présente affaire, il convient de fixer les frais judiciaires à 400 fr., répartis pour moitié à charge de l'intimé et pour l'autre moitié à charge du recourant. Ce dernier étant au bénéfice de

l'assistance judiciaire selon la décision du magistrat instructeur du 5 juin 2019, les frais à hauteur de 200 fr. sont provisoirement supportés par l'Etat,

c) Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant partiellement gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 1'500 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Charles-Henri De Luze à compter du 17 mai 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me De Luze a produit le 7 octobre 2020 le relevé détaillé des opérations effectuées pour le compte de son mandant. Il a fait état de 17 heures et 40 minutes déployées pour l'intégralité de son intervention. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à Me De Luze un montant total de 3'596 fr. 10 (y inclus des débours de 5 % [159 fr.] et la TVA de 7,7 % [257 fr. 10]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Le montant de cette rémunération non couvert par les dépens alloués est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'096 fr. 10, ainsi que les frais judiciaires de 200 fr. portés à sa charge, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

I. Le recours est partiellement admis au sens des considérants.

- II.** La décision rendue le 11 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en tant qu'elle porte sur le droit à des mesures d'ordre professionnel. La cause est renvoyée audit office pour qu'il statue sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de C._____. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, le montant de 200 fr. (deux cents francs) est provisoirement supporté par l'Etat.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Charles-Henri De Luze, conseil de C._____, est arrêtée à 3'596 fr. 10 (trois mille cinq cent nonante-six francs et dix centimes), TVA et débours compris.
- VI.** Le montant de 2'096 fr. 10 (deux mille nonante-six francs et dix centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Charles-Henri De Luze, à Lausanne (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :