

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Piguet et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en novembre 1955, de nationalité portugaise, au bénéfice d'une autorisation d'établissement en Suisse (permis C), a suivi l'école obligatoire au Portugal. Il a notamment travaillé dans le domaine de la maçonnerie au [...], où il a obtenu un certificat d'aptitude de dessinateur en génie-civil. Ensuite, il a exploité un restaurant au [...], avant de travailler en Suisse, dès 2007, comme aide-cuisinier, puis dans la conciergerie.

Depuis 2010, il travaillait chaque année pour une durée déterminée pour le compte de la société [...] SA en qualité de monteur de tentes. Cette entreprise l'engageait chaque année au printemps, pour une durée déterminée, jusqu'à l'automne. Dans l'intervalle, il s'annonçait à l'assurance-chômage. En 2013, il a été engagé du 11 mars au 30 novembre.

Le 29 juin 2013, l'assuré a chuté alors qu'il se trouvait sur la cime d'une tente de manifestation, ce qui lui a occasionné une fracture déplacée de la clavicule droite, une rupture de la face profonde du sus-épineux et une fracture de l'arc postérieur de la première côte à droite. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident.

Rapidement, il a été constaté que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son activité habituelle sur les chantiers (cf. rapport établi le 18 décembre 2013 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA).

Le 30 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 12 mai 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé une cure de pseudarthrose à l'épaule droite avec débridement du cal fibreux, réduction ouverte et ostéosynthèse de la clavicule, ainsi qu'une greffe osseuse et ostéo-inducteur (cf. rapport du 20 mai 2015). Ce même médecin a encore effectué une arthroscopie diagnostic de l'épaule droite, une ténotomie du long chef du biceps droit et une acromioplastie, avec résection de la clavicule distale droite arthroscopique, le 13 juillet 2016. Dans son rapport du 30 août 2016, il a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, avec une possibilité de « reprise théorique à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 dans une activité adaptée sans port de charge ou soulèvement d'objets au-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite ». Il estimait que l'on se dirigeait vers une expertise médicale pour définir les possibilités de réinsertion qui semblaient assez limitées chez l'assuré, au vu notamment de son âge.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré le 20 février 2017. A cette occasion, il a relevé que l'épaule droite était souple mais demeurait douloureuse à la mobilisation au passage de l'horizontale, sans que l'on sache exactement ce qui faisait mal chez un assuré devenu dolent et expressif, qui grimaçait et paraissait au bord des larmes. Il n'y avait plus de fausse mobilité mais la clavicule droite était assez saillante avec un matériel d'ostéosynthèse qui prenait de la place. Il était noté un status après ténotomie du long chef du biceps avec un corps musculaire rétracté à la face antérieure du bras droit, douloureux lors des mouvements contre résistance. Le Jobe était tenu mais douloureux. La force en rotation externe était conservée. Le sous-scapulaire était fonctionnel. La mobilité active était modérément limitée, essentiellement par les douleurs. Passivement, les amplitudes articulaires étaient nettement améliorables mais l'assuré faisait valoir de très vives douleurs. Globalement, l'épaule droite avait conservé une assez bonne force. Sous réserve d'une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse, le traitement touchait à sa fin. Cela étant, l'assuré, dont la situation socio-professionnelle était déjà précaire avant l'accident, semblait passablement démoralisé. Il n'était pas exclu qu'une comorbidité psychiatrique vienne

compliquer l'évolution. Les limitations fonctionnelles étaient les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré pouvait travailler à plein temps. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a, pour le surplus, estimé que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 15 %, par analogie avec une omarthrose droite moyenne à grave.

Le 7 juillet 2017, l'assuré a subi une intervention consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 25 septembre 2017 (cf. certificat du 24 juillet 2017), qu'il a par la suite prolongée jusqu'au 31 octobre 2017. L'épaule était librement mobilisable après l'opération, en évitant toutefois la charge et le sport durant un mois.

Le 22 août 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assuré devrait être stabilisé à trois mois après l'intervention, sans qu'un nouvel examen soit nécessaire.

Le 14 septembre 2017, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017 et qu'elle statuerait ultérieurement sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 27 septembre 2017 puis décision sur opposition du 25 janvier 2018, la CNA a dénié le droit à la rente de l'assuré et a fixé à 15 % le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A la suite du recours déposé par l'assuré, cette décision sur opposition a été confirmée par le Cour de céans le 22 août 2019 (cf. AA 45/18 - 104/2019 du 22 août 2019).

Dans l'intervalle, l'OAI a informé l'assuré, par projet de décision du 17 août 2018, de son intention de lui accorder une demi-rente d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et le 31 mai 2017. Il a estimé que l'exercice d'une activité adaptée, sans port de charges supérieures à 10

kg et n'exigeant pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, était exigible à 50 % depuis le mois de mars 2014, puis à 100 % depuis le 20 février 2017, conformément à l'examen du médecin d'arrondissement de la CNA. Il en résultait un degré d'invalidité de 55 %, respectivement de 5 %. Nonobstant la contestation de l'assuré, l'OAI a, par décision du 11 avril 2019, confirmé ce projet dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 24 mai 2019, C.\_\_\_\_\_, représenté par Me Claudio Venturelli, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il fait valoir que l'OAI n'a pas suffisamment instruit le dossier, se limitant à reprendre les appréciations - au demeurant contestées - de la CNA, singulièrement de son médecin d'arrondissement. Il relève par ailleurs que le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait état d'une problématique psychique, laquelle n'a fait l'objet d'aucune investigation. Pour le surplus, il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de son âge pour établir dans quelle mesure il est encore capable d'exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail.

Dans sa réponse du 12 août 2019, l'OAI s'est référé à un avis établi le 22 juillet 2019 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) selon lequel :

« A l'état actuel, il nous n'est [sic] pas possible de trancher sur le taux de CT que l'assuré aurait présenté dans une activité adaptée à partir du 20.02.2017, faute de documents médicaux qui pourraient nous orienter depuis août 2016.

Nous faisons remarquer que le médecin d'arrondissement de la SUVA s'était prononcé exclusivement par rapport aux séquelles de l'accident qui avait justifié le dépôt de la demande à l'assurance-accidents et que le Dr G.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, lors de sa consultation fin août 2016, avait seulement imaginé « une reprise théorique à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 dans une activité adaptée sans port de charge ou soulèvement d'objets au-dessus de l'horizontal avec l'épaule droite ».

Nous suggérons donc de se renseigner auprès du médecin traitant de l'assuré et de l'orthopédiste en charge du suivi (en les interrogeant moyennant les formulaires d'usage) afin de détailler l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis août 2016, procéder à une évaluation globale de sa situation actuelle et pouvoir ainsi déterminer la CT exigible dans une activité adaptée ».

Répliquant le 21 août 2019, l'assuré a ajouté qu'indépendamment des lacunes de l'instruction, il devait être mis au bénéfice de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite.

Par duplique du 29 août 2019, l'OAI a en particulier souligné le parcours professionnel de l'assuré, lequel dénotait une absence de difficultés d'adaptation.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit à la rente du recourant.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

**4.** En l'occurrence, le recourant soulève deux griefs distincts dans le cadre de son recours. D'une part, il reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier durant la procédure administrative et, d'autre part, il soutient que l'intimé n'a pas tenu compte de l'inexigibilité d'une réinsertion dans une activité adaptée en raison de son âge.

**5.** **a)** S'agissant du premier grief, il y a lieu de constater que la cause a été suffisamment instruite et que l'intimé était fondé à nier le droit aux prestations au-delà du 31 mai 2017 sur la base des rapports médicaux au dossier, notamment ceux établis dans le cadre de la procédure de l'assurance-accidents. Ces derniers ne mettent en évidence aucun indice sérieux de l'existence d'une autre atteinte à la santé invalidante que celle de l'épaule. Le recourant présente certes un diabète et une broncho-pneumonie chronique obstructive, mais rien au dossier n'indique que ces atteintes entraîneraient une incapacité de travail. Tout au plus, le diabète exclut-il la profession de chauffeur.

**b)** Sur le plan psychique, seul le Dr X. \_\_\_\_\_ évoque, pour la première fois en 2017, une éventuelle comorbidité psychiatrique pouvant compliquer l'évolution. A supposer qu'elle existe réellement, le fait qu'une telle atteinte entraînerait une incapacité de travail ne constitue qu'une vague hypothèse, non formulée par le Dr X. \_\_\_\_\_, insuffisante pour justifier une instruction complémentaire. Le recourant ne produit d'ailleurs aucune pièce médicale, pas même avec son recours, attestant d'un quelconque suivi psychiatrique et aucun autre document au dossier ne démontre qu'il présenterait une atteinte à la santé psychique. Il n'y a donc

pas de motif de reprendre l'instruction sur ce plan également, en dépit de l'avis du SMR dans sa détermination à la suite du recours.

**6.** S'agissant du second grief, celui-ci est également mal fondé.

**a)** En effet, Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**b)** Dans le cas particulier, la date déterminante pour examiner l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative peut être fixée au 20 février 2017, soit à la date du rapport d'examen final du Dr X.\_\_\_\_\_. Le recourant, né en novembre 1955, avait 61 ans et 3 mois, soit un âge où une reconversion professionnelle peut certes apparaître difficile de prime abord. Cela étant, l'activité de monteur de tente était un emploi précaire

et le recourant n'exerçait cette profession que depuis peu de temps lorsqu'il a été accidenté, étant précisé qu'il s'agissait de sa troisième saison. On relève par ailleurs que le recourant a exercé des activités professionnelles variées tout au long de sa carrière, dans différents pays, démontrant de réelles capacités d'adaptation. Sa situation n'est ainsi pas comparable à celle d'un salarié ayant travaillé pendant de nombreuses années pour le compte d'un même employeur, ou à tout le moins dans le même secteur professionnel, et qui doit se reclasser dans une nouvelle profession au seuil de l'âge de la retraite.

En outre, en février 2017, il se trouvait encore à près de quatre années de l'âge légal de la retraite. Cet intervalle permettait d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'une activité adaptée par le biais d'une simple mise au courant en entreprise. Dans ces conditions, on peut considérer que la mise en œuvre d'une capacité de travail résiduelle apparaît réalisable sur un marché du travail équilibré.

**7.** Pour le surplus et sur le plan économique, l'évaluation de l'invalidité ne prête pas flanc à la critique, étant précisé qu'une déduction maximale de l'ESS (Enquête sur la structure des salaires), à savoir 25 %, n'ouvrirait de toute façon pas le droit à une rente.

**8. a)** En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 avril 2019 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 C. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Claudio Venturelli (pour C. \_\_\_\_\_) ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ;
- Office fédéral des assurances sociales ;

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :