

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R._____, à L._____, recourante, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg,

et

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

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, est célibataire et mère d'une fille née en 2005. Sans formation professionnelle, elle a travaillé depuis 2011 en qualité de collaboratrice de distribution à 70 % pour le compte de X._____ SA.

Souffrant de polypose adénomateuse familiale, d'hypersomnie et d'apnées du sommeil, R._____ a déposé, le 29 mars 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 22 mai 2019, la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'hypersomnie idiopathique, de syndrome d'apnées du sommeil léger, de polypose familiale adénomateuse et d'anxiété. Ayant attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 8 février 2019, elle a relevé qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, dans la mesure où cette évaluation dépendait d'un réajustement du traitement de Ritaline et de l'évolution de l'anxiété.

Réinterrogée par l'office AI, la Dre N._____ a indiqué, le 11 octobre 2019, que l'état de santé de sa patiente était stationnaire tout en précisant qu'elle faisait l'objet d'un suivi psychiatrique.

Dans un rapport du 31 décembre 2019 co-signé par T._____, psychologue FSP, la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre au Centre H._____, a posé les diagnostics incapacitants de trouble anxieux et dépressif mixte et de syndrome douloureux chronique. Elle a expliqué que l'appréciation de la capacité de travail était du ressort de ses confrères somaticiens.

Le 6 avril 2020, l'assurée a débuté une mesure de réinsertion auprès de son employeur. Initialement prévue jusqu'au 30 juin 2020, elle a été successivement prolongée jusqu'au 28 février 2021, d'abord à raison d'une heure puis de trois heures par jour quatre jours par semaine (communications des 17 juin et 9 octobre 2020).

Le 24 novembre 2020, X. _____ SA a résilié les rapports de travail au 28 février 2021.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 26 novembre 2020 au domicile de l'assurée, laquelle a mis en évidence une entrave de 0,2 % dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 30 novembre 2020).

Le 7 décembre 2020, la Dre N. _____ a exposé que les diagnostics d'hypersomnie et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive étaient désormais à l'origine d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle en raison d'une fatigabilité, de troubles de la concentration et de l'attention et d'une anxiété.

Dans un avis médical du 19 janvier 2021, le Dr K. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est étonné de la faible capacité de travail retenue au regard du caractère léger des troubles psychiatriques diagnostiqués et de leur traitement. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie-neuropsychologie) afin de déterminer les atteintes incapacitantes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Prof. J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 avril 2021, il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline. D'après l'expert, la capacité de travail dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée sur le plan

psychiatrique, était de 50 % (d'un plein temps) dès 2019 puis, moyennant la prescription d'un traitement antidépresseur, de 100 % après une année.

Sollicité pour détermination, le Dr K._____ a déclaré ne pas avoir d'éléments pour s'écarter des conclusions expertales (avis médical du 29 juillet 2021).

Le 7 octobre 2021, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité, évalué à 35 % conformément à la méthode mixte d'évaluation, n'atteignait pas le seuil ouvrant droit à cette prestation.

Se prévalant de divers documents médicaux (rapports du 26 octobre 2021 de la Dre N._____ ; du 17 novembre 2021 du Dr Z._____, médecin-chef d'établissement au Centre H._____ ; du 14 avril 2021 de la Dre P._____, spécialiste en gastroentérologie et hépatologie ; du 9 novembre 2021 de la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale ; du 26 octobre 2021 de la Dre C._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique ainsi que divers rapports de consultation pneumologique établis entre octobre 2018 et novembre 2020 et un compte-rendu de physiothérapie du 18 novembre 2021), l'assurée a demandé, le 18 novembre 2021, que l'office AI réexamine sa situation médicale. En outre, elle s'étonnait qu'il n'ait pas retenu, conformément à ce qu'elle avait déclaré lors de l'enquête économique sur le ménage, un statut de personne active à 100 %, taux qui correspondait à celui auquel elle travaillerait si elle était en bonne santé.

Après avoir pris connaissance des derniers éléments médicaux versés au dossier, le Dr K._____ a estimé qu'ils ne permettaient pas de retenir une modification significative de l'état de santé (avis médical du 15 décembre 2021).

Par décision du 7 février 2022, l'office AI a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 7 octobre 2021.

B. **a)** Par acte du 2 mars 2022, R._____, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, a déféré la décision du 7 février 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. S'appuyant sur un arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C_621/2013 du 28 janvier 2014), elle a contesté le constat de l'office AI, selon lequel elle aurait exercé une activité lucrative à 70 %, soulignant avoir toujours déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps car un taux inférieur ne lui aurait pas permis de subvenir à ses besoins.

b) Dans sa réponse du 4 avril 2022, l'office AI s'est référé au rapport du 30 novembre 2020 d'évaluation économique sur le ménage pour justifier le taux d'activité retenu. Il a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 4 mai 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle a relevé qu'elle était entravée de longue date dans sa capacité de travail et que le fait de ne pas avoir travaillé à temps complet au cours des dernières années était uniquement dû à son état de santé. Aussi convenait-il d'appliquer la méthode de la comparaison des revenus pour déterminer le taux d'invalidité car l'exercice d'une activité à temps partiel ne résultait pas d'un choix de sa part mais bien de ses problèmes de santé. De plus, son âge et celui de sa fille ainsi que sa situation personnelle plaidaient en faveur d'un taux d'activité à 100 % et, partant, de l'application de la méthode mentionnée.

d) Dupliquant en date du 16 mai 2022, l'office AI a indiqué que les arguments avancés n'étaient pas de nature à modifier sa position, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

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. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer.

b) aa) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022.

bb) Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

cc) En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté le 8 février 2019, si bien que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité prendrait naissance au mois de février 2020. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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

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

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode

générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

e) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire

reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

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) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

5. En l'espèce, la décision attaquée est fondée, d'une part, sur le rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2020 retenant que la recourante aurait exercé, à la date déterminante de la décision litigieuse, une activité lucrative à raison de 70 % et consacré le reste de son temps à ses travaux habituels et, d'autre part, sur le rapport d'expertise du 14 avril 2021 du Prof. J. _____ dans lequel il avait estimé que la capacité de travail de la recourante était de 50 % en toute activité dès 2019.

6. a) La recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu un statut mixte en lieu et place du statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps. Elle fait valoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps afin de pouvoir subvenir à ses besoins et déplore l'absence d'examen sur ce point par l'office intimé.

b) L'appréciation de la situation effectuée par l'office intimé n'apparaît en effet guère convaincante. Celui-ci se fonde essentiellement

sur le constat – succinct et, pour ce motif, à la valeur probante relative – opéré par l'enquêtrice de l'assurance-invalidité, selon lequel la recourante n'avait pas requis formellement d'augmentation de son taux de travail depuis 2011. Ce faisant, le raisonnement élude totalement les explications données à cette occasion par la recourante, laquelle a indiqué qu'elle avait vainement sollicité oralement à plusieurs reprises son employeur afin d'obtenir une augmentation de son taux. Par ailleurs, il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage que la situation financière de la recourante est difficile, elle et son compagnon faisant notamment l'objet de saisie sur leur salaire. Quant à l'âge de la fille de la recourante (née en 2005), il ne constitue pas un obstacle à l'exercice d'une activité à plein temps. Aussi convient-il d'admettre que la recourante consacrerait l'entier de son temps à l'exercice d'une activité lucrative si elle n'était pas atteinte dans sa santé (cf. TF 9C_621/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.2 et 3).

c) Cela étant admis, il convient de constater que la recourante peut prétendre, dès lors que les constatations sur le plan médical ne sont pas contestées (capacité de travail de 50 % dans toute activité) à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2020 (art. 28 al. 1 let. b et 29 LAI, cf. aussi considérants 3b et 3c *supra*).

7. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que R. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2020.

8. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 9 mars 2022), obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le

28 septembre 2022 par Me Sansonnens, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

c) Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué au titre de l'assistance judiciaire. La liste des opérations produite par Me Sansonnens ne peut pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste fait mention de quelques démarches antérieures à la date à compter de laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (2 mars 2022), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure, et le temps consacré à la rédaction des écritures apparaît excessif au regard de la seule question litigieuse soulevée dans le cadre de la procédure. De plus, il convient d'écarter le tarif horaire sur lequel se fonde la liste des opérations produite et de se référer au tarif horaire prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), soit 180 francs.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R._____ a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2020.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R._____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Benoît Sansonnens, avocat (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :