

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Berthoud, et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié, sans enfants, au bénéfice d'une formation de coiffeur acquise en [...], a travaillé en Suisse dès 1984 dans diverses professions (chauffeur-livreur, aide de laboratoire) avant d'être engagé en date du 1^{er} octobre 2009 en qualité de concierge par la R._____.

Par formulaire signé le 21 janvier 2011, l'assuré a déposé une première 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), sollicitant l'octroi d'une rente en raison d'un cancer de la sphère ORL depuis juin 2010. Il a précisé être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2010.

Procédant à l'instruction de la cause, l'OAI a recueilli divers documents à propos de la situation personnelle et médicale de l'assuré, puis lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 juillet 2012 par décision du 4 juillet 2014.

Cette décision a été annulée par arrêt du 23 juillet 2015 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 182/14 - 192/2015), et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction. La Cour des assurances sociales a notamment retenu ce qui suit (consid. 4 let. d et e) :

« d) Il est constant que l'assuré a souffert d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite, lequel a eu des répercussions sur son état de santé psychique puisque c'est dans ce contexte qu'il a été amené à consulter dès le 4 décembre 2011 la Dresse [U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie]. Il est en outre notoire que la plupart des patients atteints d'un cancer souffre d'une fatigue causée par les différentes mesures thérapeutiques auxquelles le traitement de la maladie les expose (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral explique que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'arrêt ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (« cancer-related fatigue »). En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines

conditions, être reconnue à cette dernière. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'une telle fatigue perdure même si le Tribunal fédéral a admis que, dans 30 à 40% des cas, elle pouvait subsister encore un certain temps après la fin de la thérapie (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.3). Il a ainsi admis qu'elle pouvait avoir disparu, lorsque des éléments cliniques susceptibles de l'attester font défaut (cf. TF 9C_122/2014 du 11 septembre 2014 et 8C_909/2013 du 14 juillet 2014).

Dans le cas présent, on constate que la question d'une fatigue liée au cancer n'a pas été spécifiquement analysée. On ignore donc si l'assuré présente toujours un tel trouble et, le cas échéant, s'il est de nature à influencer sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler ici que les médecins du Service D. _____ du K. _____ ont renvoyé l'intimé à l'appréciation du Dr [G. _____, médecin généraliste traitant] (cf. le rapport du 4 octobre 2011 de la Dresse [Z. _____, médecin assistante au Service D. _____] et celui du 20 décembre 2011 de la Dresse [H. _____, médecin assistante au Service D. _____]). Ceci s'explique peut-être par le fait que l'assuré présentait des troubles de la sphère psychique (toutes deux évoquent du reste la présence d'une détresse psychologique) et qu'il n'était alors suivi que de manière épisodique au sein du service précité. Quoi qu'il en soit, le Dr G. _____ avait estimé, dans un premier temps, que la reprise d'une activité professionnelle était envisageable (cf. rapport du 16 février 2011) avant de se raviser et d'exclure toute capacité de travail en raison des troubles psychiques présentés (cf. rapport du 14 décembre 2011). Il n'a par la suite plus été sollicité, seule la Dresse U. _____ ayant été interpellée à ce sujet par l'office intimé. Celui-ci a commencé par suivre l'appréciation de la psychiatre traitante s'agissant de la capacité de travail du recourant. Il a en effet proposé, par l'intermédiaire de l'avis de son [Service médical régional (SMR)] du 7 septembre 2012, d'attendre le mois de février 2013 avant de réévaluer la situation, au motif que l'état de santé de l'intéressé n'était pas stabilisé. Il s'en est par la suite écarté pour lui reconnaître une capacité de travail entière à compter du 1er mai 2012. Un tel revirement ne peut s'expliquer que par les conclusions de l'expertise du Dr [S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie], dont les faiblesses ont été mises en évidence ci-avant (cf. consid. 4a, 4b et 4c supra). En tout état de cause, l'appréciation - fondée sur une motivation on ne peut plus succincte - de l'office intimé ne saurait emporter la conviction, faute de reposer sur des éléments suffisamment étayés.

e) En résumé, il résulte des considérants qui précèdent qu'il ne saurait être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr S. _____ et que l'instruction à laquelle a procédé l'office intimé est incomplète, dans la mesure où le dossier tel que constitué ne contient aucune analyse médicale de la fatigabilité, respectivement de l'asthénie, présentée par le recourant. »

Reprenant l'instruction, l'OAI a en particulier mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la B. _____ comportant les volets de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 18 juillet 2016 d'évaluation interdisciplinaire, les experts

n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, sans effet sur la capacité de travail, ils ont mentionné des paresthésies faciales et cervicales post radiothérapie et une accentuation de certains traits de personnalité (narcissique, paranoïaque), Z73.1.

L'OAI a ensuite rendu une nouvelle décision le 4 octobre 2016, reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2011 au 31 juillet 2012.

B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 1^{er} mai 2017, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière (cf. décision du 26 juin 2017).

C. Le 12 mars 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 29 octobre 2019. Il travaillait en tant que livreur de repas pour le compte d'I. _____ au taux de 28 % depuis le 15 décembre 2014. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué « Difficultés psychiques/Hernie discale cervicale avec arthrose » existant depuis dix ans.

Dans un rapport du 8 avril 2020, auquel étaient joints les résultats d'une imagerie par résonance médicale (IRM) du 5 février 2020, le Dr E. _____, médecin praticien, a posé les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite en 2010, débord discal C6-C7 refoulant la racine C7 droite le 5 février 2020 et syndrome dépressif réactionnel chronique aggravé depuis début 2020.

I. _____ a retourné le questionnaire pour l'employeur le 1^{er} mai 2020, en indiquant notamment que le salaire horaire de l'assuré s'élevait à 26 fr. 88, montant auquel s'ajoutait une indemnité de vacances de 13.69 %, une indemnité pour jours fériés de 4.43 % et un 13^e salaire par 8.33 %, l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 8h30 par jour, respectivement 41h30 par semaine.

Le Dr E. _____ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 21 avril 2020, en indiquant que l'incapacité de travail était entière depuis le 29 octobre 2019 en raison de cervicalgies, brachialgies et douleurs de l'épaule droite, ainsi que d'un état dépressif réactionnel. Le pronostic était réservé. Les limitations fonctionnelles concernaient, d'une part, tous les mouvements de l'épaule droite, ainsi que la rotation et la flexion-extension du rachis cervical et, d'autre part, des limitations psychiques. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

La Dre V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue P. _____ ont également complété un questionnaire de l'OAI le 15 mai 2020. Elles ont posé les diagnostics de personnalité paranoïaque (F60.0) et d'antécédents personnels de tumeur maligne (Z85). La capacité de travail était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les douleurs physiques attestées par le médecin généraliste, les insomnies entraînant fatigue et irritabilité, les angoisses, l'hypersensibilité au stress et le sentiment de persécution.

Réinterrogé par le SMR, le Dr E. _____ a indiqué le 3 mai 2021 qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau des douleurs cervico-brachiales droites, la physiothérapie ayant été interrompue en raison de la situation sanitaire. Au niveau psychologique, il y avait stabilisation de l'humeur mais persistance de signes de dépression aggravés par la situation actuelle. La journée-type de son patient était rythmée par les exercices conseillés par son physiothérapeute, des phases de repos et de courtes promenades autour de son domicile.

La Dre V. _____ et la psychologue P. _____ ont répondu aux questions complémentaires du SMR le 19 mai 2021, en exposant qu'il y avait peu d'évolution, avec persistance des manifestations anxieuses au quotidien et développement d'un comportement d'évitement entraînant un isolement socio-affectif. La relation thérapeutique avec la psychologue s'était cependant améliorée. Les rendez-vous avec la psychiatre étaient limités au minimum et aucune médication n'était proposée en raison du vécu persécutoire du patient. Les psychothérapeutes ont décrit la journée-

type de l'assuré et déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs physiques selon rapport du médecin généraliste, insomnies entraînant fatigue et irritabilité, angoisses, hypersensibilité au stress, sentiment de vide, repli sur soi, isolement social et affectif, difficultés d'adaptation et de gestion de la frustration, difficultés d'attention et de concentration, difficultés relationnelles, méfiance et vécu de persécution qui déclenchent une rupture de liens. La capacité de travail était nulle.

Suivant l'avis établi le 15 juin 2021 par le Dr F._____, médecin praticien du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de rhumatologie, médecine interne et psychiatrie, auprès du centre d'expertise L._____. Les mandats ont été confiés aux Drs M._____, spécialiste en rhumatologie, X._____, spécialiste en médecine interne générale, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport d'évaluation consensuelle le 17 janvier 2022, prenant en particulier les conclusions suivantes :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome d'apnée du sommeil léger découvert en janvier 2021 et appareillé 3 mois par CPAP, G47.3
- Status après carcinome épidermoïde de l'amygdale droite (pT2 cN0 MO R1) avec amygdalectomie droite élargie le 10.06.2010, 2 séances de chimiothérapie et 33 séances de radiothérapie, C09
- Status après excision d'un polype à la gorge en 2003
- Papillomavirus positif au niveau de la gorge
- Hypercholestérolémie traitée
- Gastrite anamnétique
- Epicondylite du coude droit, M77.1
- Sciatalgie tronculaire à droite sur tendinite du muscle pyramidal dans les fesses, M76.0
- Cervicalgie avec irradiation à l'omoplate droite secondaire à une discopathie avec atteinte foraminale, M75.2
- Discarthrose L5-S1 avec une minime hernie discale sous-ligamentaire paramédiane L5-S1 droite sans signe de conflit. Il existe une arthropathie facettaire dégénérative congestive modérée à l'étage L3-L4 et L5-S1 et une bursite interépineuse L2-L3 à L4-L5
- Dysthymie, F34.1
- Trouble de la personnalité paranoïaque, F60.0
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F33.4, dernier épisode novembre 2019
- Syndrome douloureux somatoforme, F45.4

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique sont :

- La flexibilité limitée aux changements
- Un travail structuré et prévisible sans nécessiter d'initiative spontanée ou de prise de décision importante est préférable
- L'expertisé peut appliquer ses compétences dans un milieu non confrontant et peu compétitif. La décision de jugement peut être affectée en fonction du contexte.

Les limitations fonctionnelles au niveau rhumatologique sont :

- Pas de piétinement, pas de marche prolongée, pas de montée d'escaliers
- Efforts de soulèvement et port de charge limité à 10 kg ; pas de mouvement de pronation forcée de la main droite ou d'effort de poussée de la main droite, mais en extension (par exemple : pousser une porte en avant ou se relever)

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Son trouble de la personnalité paranoïaque a une incidence dans le cadre de divers échecs personnels renforçant ses blessures narcissiques.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisé maîtrise le français et possède un diplôme en conciergerie. Il a de l'expérience dans plusieurs domaines professionnels. Il peut se déplacer en voiture ou en transports publics. Ses ressources externes sont : dépendre de sa femme pour la majorité des tâches ménagères en raison des douleurs. Monsieur C._____ a un suivi psychologique.

Il existe chez l'expertisé des ressources mobilisables avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches. Il peut travailler de manière autonome avec une endurance conservée. Il est apte à s'assumer.

4.6. Contrôle de cohérence

Il n'y a pas d'incohérence dans les trois disciplines. Néanmoins, le niveau de la douleur sur le plan rhumatologique paraît excessif à 8/10, surtout après mise en parallèle des antalgiques consommés. Cependant, l'examen n'a pas montré d'exagération et monsieur C._____ a été coopérant.

Dans l'expertise de médecine interne, l'expertisé dit qu'il ne peut pas rester assis plus de 30 minutes et qu'après il doit se lever ou s'étirer, tandis que, pendant la consultation, il est resté assis pendant 1 heure sans changer de position, ni s'étirer ou se lever.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de :

- 0% pour la médecine interne générale du 10.06.2010 au 25.09.2011 ; puis 100% dès le 26.09.2011
- 0% pour la rhumatologie depuis février 2021 au vu de l'apparition de l'épicondylite droite.
- 0% en tant que livreur pour personnes âgées, pour la psychiatrie depuis novembre 2019, en raison de la confrontation des situations vécues comme traumatisantes. Il peut sans autres travailler en tant que livreur d'entreprise.

En résumé : 0% depuis novembre 2019.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail dans une activité correspondante aux aptitudes de l'expertisé est :

- Idem pour la médecine interne générale : 0% du 10.06.2010 au 25.09.2011 ; puis 100% dès le 26.09.2011.
- 100% pour la rhumatologie.
- 50% depuis novembre 2019, sans diminution du rendement, sur le plan psychiatrique.

En résumé : 50% depuis novembre 2019.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail est d'origine psychiatrique depuis novembre 2019 dans le cadre de confrontation des situations vécues comme traumatisantes et au niveau rhumatologique depuis 2021, dans le cadre de son épicondylite.

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Sur le plan rhumatologique : infiltrations du coude droit, du muscle pyramidal droit.

Sur le plan psychiatrique : un antidépresseur à bas dosage (Amitriptyline, Duloxétine, Venlafaxine, Mirtazapine ou autre) pourrait être tenté pour alléger l'état anxiodépressif et possiblement la perception douloureuse. Un traitement neuroleptique à bas dosage pourrait également agir sur la stabilisation de l'humeur et être proposé.

Sur le plan de la médecine interne générale : reprise de l'appareillage CPAP à utiliser de façon continue. »

En annexe de l'évaluation consensuelle, les experts ont joint leurs rapports d'expertise spécialisés, ainsi qu'une synthèse du dossier.

Prenant connaissance de cette expertise, le Dr F. _____ du SMR s'y est rallié dans son avis du 1^{er} février 2022, en relevant qu'il existait une atteinte à la santé durable depuis novembre 2019 entraînant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le 9 février 2022, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible basé, pour le revenu sans invalidité, sur le revenu déclaré par l'employeur en mai 2020 pour un temps de travail de 100 %, soit 63'082 fr. 65, et, pour le revenu avec invalidité, sur les statistiques 2018, indexées à 2020, au taux d'activité de 50 % et avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, soit 31'015 fr. 61. Il en résultait un préjudice économique de 50.83 %. Des exemples d'activités adaptées étaient en outre décrites comme suit : « Notre assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine industriel léger, par exemple montage, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ».

Un rapport final a également été établi le 9 février 2022 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, concluant comme suit :

« Aucune mesure simple et adéquate ne serait susceptible de réduire le [préjudice économique], hormis l'aide au placement, en raison du manque de qualifications de l'assuré, de la [capacité de travail] de 50 % qui ne permet pas la mise en place de mesures augmentant suffisamment la capacité de gain pour réduire le [préjudice économique], et de l'âge de l'assuré. Nous proposons donc l'octroi de l'aide au placement avec séance d'information préalable, afin de soutenir l'assuré dans la recherche d'une [activité adaptée] à ses [limitations fonctionnelles], et vous remercions de donner la suite qui convient au dossier. »

Par décision du 8 novembre 2022, confirmant son projet de décision du 31 août 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 51 %, dès le 1^{er} octobre 2020 et en a fixé le montant à 862 fr. dès le 1^{er} décembre 2022.

D. **a)** Par acte du 2 décembre 2022, représenté par Me Jean-Michel Duc, C._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a fait valoir que son état de santé s'était dégradé au point qu'il ne pouvait plus exercer quelque activité que ce soit. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, la mise en œuvre d'une expertise, ainsi que la tenue d'une audience publique avec la possibilité d'être entendu.

Cet acte n'ayant pas été suffisamment motivé, un délai lui a été imparti pour faire valoir ses moyens. Le recourant a précisé le 14 décembre 2022 qu'il se plaignait d'une violation des art. 28, 28a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), répétant ne pas disposer d'une capacité de travail exigible en raison de ses atteintes graves à la santé. Il annonçait la production de rapports médicaux complémentaires. Cette procédure a été instruite sous la référence AI 331/22.

b) Le 16 janvier 2023, reprenant la même motivation, l'OAI a fixé le montant de la demi-rente d'invalidité à 855 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2020 et à 862 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2021 au 30 novembre 2022. Un décompte a par ailleurs été établi, déduisant les prestations versées par l'assurance perte de gain, l'employeur et les services sociaux entre octobre 2020 et novembre 2022.

c) Le 13 février 2023, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, C._____ a recouru contre la décision rendue le 16 janvier 2023 par l'OAI. Il a conclu à la jonction de cette cause, instruite sous référence AI 37/23, avec celle pendante sous la référence AI 331/22, ainsi qu'à la réforme de la décision du 16 janvier 2023 en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2020 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé. Il a contesté la valeur probante de l'expertise de L._____ du 17 janvier 2022. Il a en outre fait valoir qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55

ans, il y avait lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statuait sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente. Dès lors qu'il était âgé de plus de 55 ans lorsqu'avaient été rendues les décisions des 8 novembre 2022 et 16 janvier 2023, il était d'avis que l'intimé aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation, ce qu'il n'avait pas fait.

d) Les causes AI 331/22 et AI 37/23 ont été jointes le 20 février 2023 sous la référence AI 331/22.

e) Par écritures des 21 et 23 février 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a notamment observé que la jurisprudence citée sur les mesures de réadaptation d'assurés ayant atteint l'âge de 55 ans n'était pas applicable, puisqu'il ne s'agissait pas d'un cas de révision, ni d'une réduction ou d'une suppression de rente.

f) Par réplique du 21 mars 2023, le recourant a mis en cause la teneur de l'expertise de L._____, en se prévalant de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dre V._____. Il a produit en annexe à son écriture un rapport de cette médecin du 2 mars 2023, selon lequel la capacité de travail de son patient était nulle depuis novembre 2019 dans toute activité au vu de la chronicisation de sa pathologie et des échecs des nombreuses tentatives d'insertion professionnelle depuis 2012. La Dre V._____ posait les diagnostics de dysthymie, F34.1, trouble de la personnalité paranoïaque, F60.0, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1, et syndrome douloureux somatoforme, F45.4. Elle exposait avoir noté une péjoration de l'état psychique de son patient avec augmentation de la symptomatologie (anxiété, sentiment d'injustice, sentiment de persécution, revendication) depuis la consultation du 20 décembre 2021, lors de laquelle il avait rapporté qu'un voisin de palier l'avait agressé le 15 décembre 2021 et qu'il avait déposé plainte. Pour la Dre V._____, les raisons de l'incapacité de travail du recourant étaient les suivantes : les insomnies entraînant une fatigue et une irritabilité, les angoisses, l'hypersensibilité au stress, le repli sur soi, l'isolement social et affectif, les difficultés d'adaptation et de gestion de la frustration, les difficultés

d'attention et de concentration en cas de tensions psychiques, les difficultés relationnelles avec rupture de lien, ainsi que la méfiance avec interprétabilité et vécu de persécution qui déclenchent des conflits à répétition. Le pronostic était défavorable.

Par une nouvelle écriture du 2 mai 2023, le recourant a encore produit un rapport du 4 avril 2023 du Dr E._____, qui a posé les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite en 2010 avec radiothérapie adjuvante responsable de cervicalgies et brachialgies droites invalidantes, syndrome dépressif réactionnel à sa situation clinique dégradée au quotidien, discarthrose prédominant en L5-S1 avec pincement inflammatoire permanent et hernie discale sous-ligamentaire paramédiane L5-S1, arthropathie facettaire dégénérative et congestive de L3-L4, L5-S1, ainsi que bursite interépineuse de L2-L3 à L4-L5, et a relevé que son patient souffrait régulièrement de cervico-dorso-lombalgies responsables d'une nette dégradation de sa qualité de vie ; il présentait par ailleurs des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, si bien qu'il paraissait peu probable qu'il puisse un jour retravailler. L'incapacité de travail était due aux cervico-dorso-lombalgies invalidantes, ainsi qu'au syndrome dépressif réactionnel chronicisé.

g) Par duplique du 25 mai 2023, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours.

E. Le recourant ayant maintenu sa requête d'audience de débat, les parties ont été informées par citation à comparaître du 22 août 2023 que celle-ci aurait lieu le 23 novembre 2023.

A sa demande, l'intimé a été dispensé de comparaître par avis du 19 septembre 2023.

Par courrier du 30 octobre 2023, le recourant a sollicité le report de l'audience jusqu'à ce qu'il obtienne un bilan neuropsychologique dont il attendait la mise en œuvre. Il a joint un article intitulé « Les troubles cognitifs légers liés au cancer : comment et à quelles fins les

évaluer en consultation de neuropsychologie », publié en 2015 dans la Revue de neuropsychologie, ainsi qu'un résumé de l'ATF 139 V 346.

La Juge instructrice a répondu le 2 novembre 2023 que l'audience de débats publics du 23 novembre 2023 était maintenue, en relevant, d'une part, que les démarches évoquées auraient pu être entreprises plusieurs mois avant et, d'autre part, que les résultats d'un tel bilan feraient état de la situation prévalant au moment de leur réalisation alors que les juges devaient se prononcer d'après l'état de fait existant au moment où la décision de l'office AI a été rendue.

L'audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH a eu lieu le 23 novembre 2023, lors de laquelle le conseil du recourant a plaidé pour son client.

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 du recourant à une rente entière, en lieu et place d'une demi-rente.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas du recourant, qui s'est vu reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2020, date qui n'est pas remise en cause par l'intéressé.

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) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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).

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. 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 LPGGA).

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 LPGGA, 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en

considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de L._____, qui a rendu son rapport le 17 janvier 2022.

Les experts X._____, T._____ et M._____ ont retenu divers diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail et estimé que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle de livreur de repas depuis novembre 2019. La capacité de travail était toutefois de 50 %, également depuis cette date, dans une activité adaptée, en raison de l'atteinte psychiatrique. Les experts ont détaillé leur appréciation dans le cadre de leur évaluation consensuelle pluridisciplinaire.

b) Sur le plan somatique, le recourant a été examiné par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne, ainsi que par le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, résumés dans l'annexe 4 du rapport (p. 32 ss), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par le recourant depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 2011. Ils ont chacun établi un rapport portant sur leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par l'intimé. Ces expertises remplissent ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 1^{er} février 2022.

Le recourant critique les volets somatiques en se prévalant pour l'essentiel du rapport du Dr E. _____ du 4 avril 2023 produit en procédure. Or ce rapport ne fait pas état d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés des experts dans le cadre de leur appréciation. Le Dr E. _____ a exposé que son patient ne pouvait effectuer « aucun travail qui pourrait péjorer son état clinique » par le fait qu'il souffre régulièrement de cervico-dorso-lombalgies. Toutefois, l'expert en médecine interne a pris en compte les douleurs en question dans son rapport d'expertise, notant en particulier que le recourant se plaignait de douleurs cervicale et au niveau de l'omoplate droite, descendant dans le bras, surtout au niveau du coude à droite, avec perte de force dans le bras, diminution de la prise avec la main, des fourmillements et l'incapacité de porter des charges de plus de 1 à 2 kg. Cet expert a aussi noté que le recourant se plaignait depuis environ une année de douleurs à la hanche droite qui l'obligeaient à marcher lentement pendant maximum quinze minutes, limitaient la position assise à maximum 30 minutes, entraînaient des réveils nocturnes lors de changements de position et l'empêchaient parfois de sortir de sa baignoire ou d'enfiler son pantalon (cf. ch. 3.2 de l'expertise de médecine interne, p. 8 du rapport). L'expert en rhumatologie a également fait état de plaintes douloureuses du recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise de rhumatologie, p. 25 du rapport). Il a ainsi noté que la douleur la plus importante se situait au niveau lombaire (fesse droite), mais qu'il existait également des douleurs au niveau de l'omoplate droite et à la face externe du coude, que le recourant évaluait son temps de marche à 15 minutes et la position assise à 15 minutes. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa dernière écriture, les experts somaticiens ont retenu les mêmes diagnostics que le Dr E. _____ et ont ajouté celui d'épicondylite du coude droit. Ainsi, l'avis du Dr E. _____ constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne suffit pas à remettre en doute la valeur probante des volets somatiques de l'évaluation pluridisciplinaire, ce d'autant qu'il s'agit du médecin généraliste traitant du recourant depuis plusieurs années. Au demeurant, ce médecin ne se prononce pas spécifiquement sur la question d'une activité adaptée aux limitations d'ordre somatique et ne l'exclut pas non plus. En conséquence, les griefs

du recourant à l'égard du volet somatique de l'expertise doivent être écartés.

Le recourant se prévaut par ailleurs de l'ATF 139 V 346, portant sur la fatigue associée au cancer (« Cancer-related Fatigue » ou CrF). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a reconnu que cette forme de fatigue, bien que n'ayant pas encore trouvé sa place dans la CIM, était une entité pathologique propre, répondant à des critères diagnostics déterminés par la Coalition Fatigue et analogues aux critères de la CIM-10. Même si les causes et les origines de la CrF n'étaient pas encore entièrement élucidés et que cette fatigue pouvait durer de nombreuses années après la fin du traitement, il fallait retenir qu'elle était obligatoirement liée à un cancer et qu'elle avait donc une cause organique au moins indirecte, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'appliquer par analogie les principes développés sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (consid. 3). Cela étant, déjà invoqué lors de la première demande de prestations, cet arrêt n'est d'aucun secours au recourant. En effet, il convient en premier lieu de rappeler que la problématique d'une CrF a été investiguée par les experts de la B._____, et n'a pas été retenue par ceux-ci pour les motifs suivants (p. 17 du rapport d'expertise) :

« (...)

Au total, chez cet assuré opéré puis traité par chimiothérapie et radiothérapie au cours du second semestre 2010, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été retenu par le Dr S._____.

On peut considérer ce diagnostic comme adéquat pour traduire, en termes psychiatriques et dans le cas de CIM10, les symptômes dépressifs communément associés au traitement du cancer et pouvant se prolonger.

Au moment de cette première expertise et au-delà, c'est-à-dire, à la date de la nôtre, l'assuré ne présentait plus d'altération de l'humeur, qui serait la seule explication possible à la persistante, très improbable, d'une "cancer related fatigue", des années après la fin du traitement.

La reconnaissance d'une incapacité entière, se terminant en mai 2012, nous paraît donc justifiée. A partir de mai 2012, il a recouvré une capacité entière.

(...) »

Or le recourant n'a pas contesté la décision rendue par l'intimé fondée sur cette expertise. En second lieu, il faut relever que les experts de L._____ ont eu accès à l'ensemble du dossier du recourant, dont l'expertise précitée. Le Dr X._____ a noté que le recourant avait présenté une fatigue post-oncologique pendant plusieurs mois, mais qu'il avait retrouvé une capacité totale de travail dès septembre 2011. Cet expert a également relevé que le recourant présentait un syndrome d'apnée du sommeil léger à modéré, qu'il avait arrêté l'appareillage CPAP après trois mois sans influence sur sa fatigue et qu'à cet égard, il ne présentait pas de somnolence diurne, d'augmentation de l'asthénie ou d'autre pathologie en relation avec cette symptomatologie. Ainsi, pour l'expert de médecine interne, le problème était « plutôt au niveau psychique » (ch. 7.1 et 7.4 de l'expertise de médecine interne, p. 12 du rapport d'expertise).

c) Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné par la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a, comme ses confrères somaticiens, eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. annexe 4, p. 32 ss du rapport). Elle a rencontré le recourant le 30 novembre 2021 pour un entretien lors duquel elle a recueilli les plaintes spontanées de l'intéressé (ch. 3.1 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport), puis a procédé à une anamnèse complète en suivant un schéma structuré (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, pp. 16 ss du rapport). Dans ce contexte, elle a notamment interrogé le recourant sur son état psychique actuel en envisageant les différentes symptomatologies relevant de sa spécialité par catégories (cognition, humeur, troubles anxieux, troubles de la pensée, troubles de la perception, personnalité, symptômes d'état de stress post-traumatique), sur le retentissement de son état mental dans les différents aspects de sa vie (entourage, activités quotidiennes et ménage, relations sociales, loisirs) et sur le déroulement d'une journée type. L'experte a par ailleurs restitué ses constatations en reprenant les catégories de symptomatologies (ch. 4 de l'expertise psychiatrique, pp. 19 ss du rapport), avant de poser ses diagnostics (ch. 6 de l'expertise psychiatrique, pp. 20 s. du rapport). A cet égard, elle a expliqué sur quels éléments elle retenait telle atteinte plutôt

qu'une autre et a évalué les différents indicateurs dégagés par la jurisprudence. Elle a ainsi, en particulier, déterminé les limitations induites par les troubles et a évalué la cohérence et la plausibilité, l'évolution des traitements, ainsi que les capacités, ressources et difficultés. Cette expertise répond ainsi également aux critères posés par la jurisprudence en matière d'atteintes d'ordre psychique.

Le recourant se prévaut dans ce cadre des rapports établis par la Dre V._____. Cette dernière n'a toutefois pas non plus fait état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par l'experte psychiatre. La Dre V._____ a exposé, s'agissant des mesures médicales, que son patient avait une grande réticence concernant les médicaments. On ne voit pas ici de contradiction avec les constatations de l'experte psychiatre, qui n'a pas indiqué que la capacité de travail, de 50 % depuis novembre 2019 dans une activité adaptée, serait améliorée par un traitement médicamenteux ; l'experte s'est en effet limitée à faire part d'un traitement qui pourrait être essayé afin d'alléger l'état anxiodépressif et, possiblement, la perception douloureuse.

La psychiatre traitante et l'experte divergent quant à la conscience morbide de l'assuré, la première estimant que le patient est dans le déni total de sa pathologie, et la seconde étant plutôt d'avis qu'une conscience morbide partielle est présente (ch. 4.3 de l'expertise psychiatrique, p. 20 du rapport). Or l'experte a motivé sa position ; elle a en particulier relevé que, selon le recourant, la thérapie avec suivi bimensuel en psychothérapie déléguée ainsi qu'avec la Dre V._____ une fois par mois l'aidait, et qu'il évaluait son évolution comme étant assez bonne (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport).

Enfin, la psychiatre traitante conteste l'affirmation de l'experte selon laquelle son patient était apte à s'assumer lui-même. A cet égard, il faut relever que le fait que la majorité des tâches soit effectuée par son épouse, qui ne travaille pas, ne contredit pas l'observation de l'experte. Cette dernière a pris position sous l'angle des capacités et ressources. Or elle a constaté qu'il existait chez le recourant des ressources mobilisables,

avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et structuration des tâches (ch. 7.4 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport). L'intimé a cité, dans son calcul du 9 février 2022, quelques exemples d'activités adaptées à ces limitations et il en existe bien d'autres. Le grief du recourant sur ce point n'est dès lors pas fondé.

En plaidoirie, le recourant a encore fait valoir qu'il présentait des difficultés touchant la concentration, l'attention, la mémoire et la fatigue, lesquelles auraient dû faire l'objet d'un bilan neuropsychologique. Il s'est essentiellement appuyé sur un article tiré d'une revue médicale, ce qui ne suffit pas à remettre en question la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire. Un article publié dans une revue médicale portant sur la recherche en matière de troubles cognitifs liés au cancer ne permet pas d'admettre que le recourant serait concerné. Du reste, l'article évoque des troubles cognitifs qualifiés de léger, se manifestant de la même manière que la CrF. Les experts de la B. _____ ont, comme déjà exposé ci-dessus, retenu que cette problématique avait cessé au plus tard en septembre 2019. Il n'en demeure pas moins que l'experte psychiatre a pris note des troubles décrits par le recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 17 du rapport) et qu'elle en a tenu compte dans son évaluation (ch. 7 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport).

d) Ainsi, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire de L. _____, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et psychiatrique présentées par le recourant.

Le recourant n'a formulé aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Ce calcul, posé conformément aux règles applicables, aboutit à un degré d'invalidité de 51 %. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter de la fin des délais d'attente fixés par les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, soit dès le 1^{er} octobre 2020.

6. Le recourant a encore fait valoir qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y avait lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statuait sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente. Dès lors qu'il était âgé de plus de 55 ans lorsqu'avaient été rendues les décisions des 8 novembre 2022 et 16 janvier 2023, il était d'avis que l'intimé aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation, ce qu'il n'avait pas fait.

Cependant, bien que le recourant soit âgé de plus de 55 ans, le droit aux mesures requises implique nécessairement la réduction ou la suppression d'une rente d'invalidité octroyée au préalable ou bien l'allocation à titre rétroactif d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5.1), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, puisqu'il n'est question ni d'une révision, ni d'une réduction ou d'une suppression de rente. Ce grief est donc mal fondé.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Les requêtes du recourant tendant à son audition ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'un examen neuropsychologique doivent dès lors être rejetées.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Duc a produit en dernier lieu une liste des opérations le 23 novembre 2023, faisant état de 23 heures 35 consacrées à la présente procédure par lui-même et son avocate-stagiaire. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations datant de septembre 2022, qui concernent la procédure devant l'intimé, celles relatives à des contacts avec un médecin qui n'a établi aucun rapport médical figurant au dossier, ainsi que celles relatives à une décision de la Caisse AVS ou qui ne correspondent à aucun acte de la cause. Doivent également être retranchés les opérations relatives au dépôt de la demande d'assistance judiciaire ou l'envoi de la liste d'opérations à la Cour, ainsi que les mémos relevant du pur travail de secrétariat, qui ne peuvent donc être indemnisés en tant que travail d'avocat. Pour le surplus, 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. Il convient ainsi de

ramener à une heure le temps de rédaction du recours du 2 décembre 2022 et des observations du 14 décembre 2022, compte tenu de leur caractère très succinct. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 1 heure 30 pour Me Duc et 17 heures 35 pour son avocate-stagiaire. Compte tenu du tarif horaire applicable, et du forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours, le montant de l'indemnité de Me Duc est ainsi arrêté à 305 fr. 35 et celui de son avocate-stagiaire à 2'187 fr. 25, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un total versé à Me Duc de 2'492 fr. 60.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** Les décisions rendues les 8 novembre 2022 et 16 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de C._____, est arrêtée à 2'492 fr. 60 (deux mille quatre cent nonante-deux francs et soixante centimes), débours et TVA compris.

- VI.** 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (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 :