

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Michel De Palma, avocat à Sion,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a effectué un apprentissage de menuisier de [...] à [...]. Il n'a toutefois pas obtenu de CFC, du fait de l'échec aux examens pratiques intermédiaires. Il a par la suite travaillé en qualité d'aide-menuisier pour le compte de la société de placement [...] SA en [...] et [...].

Le 22 septembre 2017, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite sur son lieu de travail en tentant de rattraper une porte. Cet accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), alors son assureur-accidents.

Dans le cadre de l'instruction, la CNA a recueilli une série de pièces, dont :

- un rapport du 23 septembre 2017 des Drs [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin assistant, de l'Hôpital [...], lesquels ont posé le diagnostic principal d'omalgies droites et le diagnostic différentiel de contusion sous-acromiale ;
- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 9 octobre 2017 mettant en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une tendinite du tendon du supra-épineux, du sous-scapulaire et du long chef du biceps ainsi qu'une petite plage d'œdème intra-osseuse de la glène d'origine éventuellement post-contusionnelle ;
- un rapport d'IRM cervicale du 13 octobre 2017 ne montrant aucune séquelle traumatique au niveau osseux et des parties molles ni de signe de conflit neurologique, mais laissant apparaître des discopathies protrusives aux vertèbres C4-C5 et C5-C6, avec une réduction foraminale gauche ;
- un rapport du 11 novembre 2017 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel n'a relevé aucun symptôme spécifique à une lésion de type SLAP (lésions antéropostérieures du labrum supérieur) ; tout en

reconnaissant l'existence de lésions objectivables, il a fait part de son impression que l'assuré recherchait principalement un arrêt de travail ;

- un rapport du 21 novembre 2017 du Dr F._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, faisant état des diagnostics de « contusion déchirure LCB [long chef du biceps] droit » et de cervicalgies droites ;
- un avis du 3 janvier 2018 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a déclaré qu'une pleine capacité de travail devait être reconnue à l'assuré dans un délai de trois mois après l'accident ;
- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 3 janvier 2018 objectivant un complexe de Buford et excluant une lésion de type SLAP ;
- un rapport du 17 juillet 2018 du Dr [...], spécialiste en neurologie, lequel a signalé un important syndrome cervico-brachial, qui ne pouvait pas être mis en relation avec la discrète discopathie cervicale C4-C5 ;
- un rapport du 6 août 2018 du Dr F._____, lequel a fait mention du diagnostic d'épaule « gelée » sur tendinite du sus-épineux droit ;
- un rapport d'ENMG (électroneuromyographie) du 30 octobre 2018 concluant à l'absence de signe d'atteinte neurologique ;
- un appréciation orthopédique du 13 décembre 2018 établie par les Drs [...], spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, et [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux médecins d'arrondissement de la CNA, lesquels ont nié l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident du 22 septembre 2017.

Le 30 janvier 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir des problèmes à l'épaule droite à la suite de l'accident du 22 septembre 2017.

Dans un rapport du 20 mars 2019 à l'OAI, l'ancien employeur de l'assuré a fait part d'un salaire horaire de 34 fr., pour 42 heures et demie de travail hebdomadaire, tout en précisant que ce montant serait resté inchangé en 2019.

Par décision sur opposition du 21 mars 2019, confirmant une décision du 20 décembre 2018, la CNA a refusé de prester. Saisie sur recours de l'assuré, la Cour de céans l'a à son tour confirmé par arrêt du 2 février 2021 dans la cause AA 51/19 - 15/2021.

Le 22 mars 2019, l'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce, lesquelles ont toutefois été interrompues le 26 avril 2019 pour des raisons de santé.

Par rapport du 28 juin 2019, le Dr F. _____ a mis en évidence les diagnostics de scapulalgie droite et de « fracture tassement » de la vertèbre D7 depuis le 22 septembre 2017. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle à compter de cette date et pleine dans une activité adaptée dès le mois de juin 2019.

Le 11 septembre 2019, l'assuré a été examiné par le Dr R. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, dans le cadre d'une expertise mandatée par l'assureur perte de gain. Dans un rapport du 13 septembre 2019, cet expert a noté les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de cervico-dorso-brachialgies droites et d'arthropathie acromio-claviculaire droite ainsi que le diagnostic sans effet sur celle-ci de syndrome douloureux chronifié. A son avis, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée légère, qui excluait les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière de même que les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et qui autorisait l'alternance de la position assise et debout une fois par heure.

Par rapport du 24 septembre 2019, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies droites post-traumatiques en 2017 et d'arthropathie acromio-claviculaire droite, tout en excluant l'existence de lésion structurelle significative.

Par rapport du 16 octobre 2019, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], médecin assistante, du service de rhumatologie du centre hospitalier [...], ont relevé une fracture de la vertèbre D7 de grade II en septembre 2017 d'origine traumatique.

Dans un avis du 8 avril 2020, le Dr [...], médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est aligné sur les conclusions de l'expertise du Dr R. _____ quant aux diagnostics, l'évaluation de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule droite, tout en écartant le caractère incapacitant des cervico-dorso-brachialgies et les limitations fonctionnelles au niveau de la nuque et du dos.

Par rapports des 2 octobre et 13 novembre 2020, le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu notamment les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur plexopathie cervicale superficielle et syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène droit, de capsulite rétractile de l'épaule droite, d'arthropathie acromio-claviculaire droite, de fracture de la vertèbre D7 traitée conservativement avec persistance de dorsolombalgies et d'état dépressif réactionnel.

Du 18 janvier au 12 février 2021, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès de l'Orif de J. _____. Dans un rapport du 19 mars 2021, les évaluateurs l'ont décrit comme une personne en conflit avec la CNA, déconditionnée du monde du travail, peu motivée et possédant une faible capacité d'adhésion à des projets, en particulier d'ordre professionnel, et une faible estime d'elle-même. Il présentait un syndrome dépressif sévère ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire et une capsulite rétractile de l'épaule droite. Le

tableau algique apparaissait disproportionné par rapport aux lésions somatiques organiques avérées. La capacité de travail était évaluée à 75 %.

Par rapport du 16 juin 2021, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], psychologue assistante, de la Fondation L._____, ont indiqué que l'assuré avait fait l'objet d'un suivi psychiatrique entre le 9 mars et le 5 mai 2021 dans leur institution. Elles ont fait état du diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2), ainsi que d'une humeur abaissée, une aboulie et une anhédonie, des angoisses récurrentes et des ruminations, une fatigabilité accrue et une sensibilité accrue au stress. Selon elles, la capacité de travail était nulle pendant toute la durée du suivi et devait ensuite être réévaluée. Une reprise du travail, quelle que soit l'activité, n'était du reste pas envisageable au court terme.

Du 23 août au 28 novembre 2021, l'assuré a bénéficié d'une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de l'Orif de E._____. Dans leur rapport final du 11 décembre 2021, les évaluateurs ont fait part des difficultés rencontrées dans l'évaluation des aspects liés à l'activité en général en raison des importantes plaintes exprimées. Ils ont en outre exposé que le versement des indemnités journalières constituait le seul motif de la présence de l'assuré à cette mesure, ses médecin et psychiatre traitants lui ayant à cet égard proposé de lui certifier un arrêt de travail.

Par rapport du 29 octobre 2021, les Dres Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin assistante, ont fait mention du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission, depuis 2021 (CIM-10 F32.4), tout en précisant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée tenant compte notamment de son irritabilité, de ses capacités de concentration limitées et de ses difficultés en lien avec la gestion des émotions et du stress,

l'interaction avec les autres personnes, les déplacements et le maintien d'un rythme diurne et nocturne.

Dans un avis du 16 décembre 2021, le Dr N._____, médecin auprès du SMR, a requis la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en rhumatologie, en psychiatrie et en médecine interne.

Les 4, 5 et 7 avril 2022, l'assuré a été examiné par les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z._____, spécialiste en médecine interne générale, et T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, tous trois experts auprès du centre d'expertises W._____ à [...]. Dans leur évaluation consensuelle du 25 mai 2022, ces derniers ont relevé les diagnostics d'incidentalome hypophysaire (dès 2016), de surcharge pondérale, de tabagisme chronique, d'arthropathie acromio-claviculaire droite, d'hypercyphose dorsale (en projection antérieure du rachis cervical sur des séquelles de maladie de Scheuermann évoluées et étendues aux vertèbres T5 à T11, avec notamment une cunéiformisation de la vertèbre T7), de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), évoluant depuis 2017, sans rémission et non incapacitant, ainsi que de trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres émotions (CIM-10 F43.23 ; soit, ici, le sentiment de colère et d'injustice), évoluant depuis 2019 et l'échec des premières mesures d'intégration par l'assurance-invalidité. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne pouvait être retenu qu'entre le début et la fin de l'année 2021, date de la rémission de cette atteinte. Une majoration des symptômes en vue de la recherche de compensations financières n'avait par ailleurs pas pu être écartée. Les experts ont au demeurant fait part d'un examen clinique objectif assez pauvre, *« en dehors de l'expression d'un sentiment de colère et d'injustice envers les décisions administratives, et d'une détresse psychique en lien avec la symptomatologie douloureuse persistante et en constante aggravation selon l'assuré »*. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident du 22 septembre 2017. Elle était pleine depuis le 21 décembre 2017 (soit trois mois après cet accident) - exception faite d'une

période courant entre janvier et octobre 2021, lors de laquelle elle était nulle -, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répété de charges lourdes supérieures à 10 kg en rectitude du tronc et à 5 kg en antéflexion du tronc ; pas de travail en hyperextension du rachis cervical, en flexion et en adduction de l'épaule droite au-delà de l'horizontale.

Dans un avis du 17 juin 2022, le Dr N._____, du SMR, a fait siennes les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles.

Par décision du 23 novembre 2022 confirmant un projet de décision du 14 octobre 2022, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'à l'issue du premier délai de carence d'une année, soit le 22 septembre 2018, son taux d'invalidité s'élevait à 2,20 % et qu'à l'issue du second délai de carence, à savoir le 1^{er} janvier 2022, son incapacité de travail n'avait pas subsisté durant une année entière.

B. Le 30 décembre 2022, A._____, sous la plume de son conseil, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Principalement, il a implicitement conclu à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée ; subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire - dont la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique -, puis nouvelle décision dans le sens des considérants ; encore plus subsidiairement, à sa réforme en ce sens que le droit à une mesure de reclassement lui soit reconnu. Il a joint à son recours un rapport du 16 décembre 2022 du Dr F._____ certifiant une aggravation de son état de santé au niveau physique et psychique de même qu'un rapport du 19 mai 2022 des Drs X._____, chef de clinique adjoint, et [...], médecin assistante, du service de psychiatrie et psychothérapie générale de la Fondation L._____, lesquels ont déclaré qu'il avait séjourné dans leur clinique du 2 au 12 mai 2022 en raison d'une dépression dans le cadre d'un trouble somatoforme. Il a de surcroît requis la réalisation d'une

expertise judiciaire en psychiatrie, dans la mesure où la dernière expertise datait du printemps 2022 et que, de ce fait, elle ne tenait pas compte de l'évolution négative de sa situation sur ce plan intervenue à la fin de l'année 2022.

Par décision du 8 février 2023, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me De Palma, avec effet au 30 décembre 2022.

Par écriture du 27 février 2023, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait séjourné du 12 au 26 janvier 2023 à la Fondation L._____ et qu'il y était à nouveau hospitalisé depuis le 13 février 2023. Il a au surplus annexé un rapport établi le 17 janvier 2023 par les Drs Q._____ et [...], médecin assistant, lesquels ont fait état de la reprise d'un suivi psychiatrique le 30 novembre 2022 et d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2), empêchant l'exercice d'une quelconque activité professionnelle ; selon eux, la symptomatologie était entretenue par la situation assécurologique avec l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité.

Par réponse du 7 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 23 novembre 2022.

Par réplique du 31 mars 2023, le recourant a confirmé ses conclusions, joignant un rapport du 7 mars 2023 de la Dre Y._____, cheffe de clinique adjointe au service de psychiatrie et psychothérapie générale de la Fondation L._____, lequel mentionnait qu'il était reçu en consultation depuis le 30 janvier 2023 dans un contexte d'une symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires scénarisées, tout en précisant que le facteur de crise semblait être la réponse négative apportée par l'intimé à sa demande de rente d'invalidité ; les symptômes dépressifs étaient présents depuis mars 2021, date du premier passage aux urgences psychiatriques de cette institution.

Par duplique du 18 avril 2023, l'intimé a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et art. 60 LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI.

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.

En l'espèce, le recourant a déposé, en date du 30 janvier 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, qui a été rejetée par décision du 7 décembre 2022 de l'intimé. Dans la mesure où l'état de fait concerne principalement l'allocation d'une rente dès le 1^{er} juillet 2019 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de la demande du 30 janvier 2019 [cf. art. 29 al. 1 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). 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).

c) 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).

aa) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au

contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

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, sur le plan somatique, les experts du centre d'expertises W._____ ont posé les diagnostics d'incidentalome hypophysaire, de surcharge pondérale, de tabagisme chronique, d'arthropathie acromio-claviculaire droite et d'hypercyphose dorsale (en projection antérieure du rachis cervical sur des séquelles de maladie de Scheuermann évoluées et étendues aux vertèbres T5 à T11, avec notamment une cunéiformisation de la vertèbre T7). Ils ont estimé que le recourant présentait depuis le 21 décembre 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite et du rachis cervical.

Il sied de constater qu'aucun élément au dossier n'est susceptible de remettre en cause les conclusions des experts du centre d'expertises W._____, lesquelles se recoupent au demeurant avec celles

de l'expertise du Dr R._____. A cet égard, le Dr T._____ a notamment expliqué, dans le volet de médecine physique et réadaptation, que l'existence d'un tassement corporel d'origine traumatique ancien de la vertèbre T7 (équivalant à la vertèbre D7) - laquelle avait notamment été relevée par le Dr F._____ dans son rapport du 28 juin 2019 - ne pouvait être déduite de l'imagerie. Cette atteinte n'était en outre pas compatible avec la description qui avait été faite de l'accident du 22 septembre 2017. Pour le reste, il a mis en évidence un examen clinique objectif assez pauvre, sous réserve de l'expression d'un sentiment de colère et d'injustice envers les décisions administratives ainsi qu'une détresse psychique en lien avec la symptomatologie douloureuse persistante et en constante aggravation selon les dires de l'assuré. Certes, les évaluateurs de l'Orif de J._____ ont attesté une capacité de travail de 75 % dans leur rapport du 19 mars 2021. Cette appréciation, qui émane d'un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), ne saurait toutefois supplanter l'avis motivé des experts du centre d'expertises W._____, auxquels l'intimé a confié la tâche d'évaluer l'état de santé et la capacité de travail du recourant (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). Elle tient qui plus est compte des répercussions négatives de l'épisode dépressif survenu au début de l'année 2021.

Dès lors, au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'au niveau somatique, le recourant possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles arrêtées par les experts du centre d'expertises W._____, à savoir une activité ne nécessitant pas de port répété de charges lourdes supérieures à 10 kg en rectitude du tronc et à 5 kg en antéflexion du tronc, ni de travailler en hyperextension du rachis cervical, en flexion et en adduction de l'épaule droite au-delà de l'horizontale. L'intéressé n'a d'ailleurs formulé aucun grief à ce sujet dans son recours.

b) Du point de vue psychique, le recourant soutient que la décision litigieuse du 23 novembre 2022 - laquelle avait été rendue plus de six mois après l'expertise pluridisciplinaire du centre d'expertises

W._____ - ne tient pas compte de l'évolution négative de son état de santé, notamment au regard de son hospitalisation du 2 au 12 mai 2022 à la Fondation L._____. Il fait valoir que cette aggravation remonte à la dernière partie de l'année 2022.

Cette argumentation ne saurait toutefois être suivie. En effet, dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise, le recourant a spontanément informé la Dre H._____ que sa psychiatre traitante envisageait de l'hospitaliser de force à la suite des problèmes rencontrés avec l'intimé et la CNA. Il s'est de surcroît rendu aux urgences de l'Hôpital de [...] deux semaines avant l'entretien avec cette experte. La question d'une hospitalisation en milieu psychiatrique avait donc déjà été abordée avant la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, il ressort des rapports du 19 mai 2022 du Dr X._____ et du 7 mars 2023 de la Dre Y._____ que la mise en place des suivis en mai 2022, ainsi qu'en janvier et février 2023 auprès de la Fondation L._____ avait été motivée par la situation asséculoologique et par la négation du droit à une rente de la part de l'OAI. La Dre Q._____, quant à elle, a exposé, dans son rapport du 17 janvier 2023, que les demandes d'expertises formulées par les assureurs et les réponses négatives fournies à la suite des affirmations de l'assuré constituaient des facteurs qui entretenaient la symptomatologie. Il apparaît de la sorte que les troubles dont se plaint le recourant se sont manifestés après le refus de la reconnaissance de sa qualité d'invalidé tant par la CNA que par l'intimé ; les derniers symptômes se sont développés à la suite de l'expertise du centre d'expertises W._____ et du projet de décision du 14 octobre 2022, respectivement de la décision du 23 novembre 2022, l'assuré ayant à cet égard repris un suivi psychiatrique en date du 30 novembre 2022. Or, conformément à la jurisprudence, il n'y a pas d'atteinte invalidante en cas de troubles psychiques réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité qui peuvent faire l'objet d'un traitement adéquat (TF 9C_777/2020 du 21 septembre 2021 consid. 3.2 ; TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). Dans ces conditions, il ne peut être reproché à l'intimé de ne pas avoir admis une aggravation de l'état de santé psychique du recourant à la fin de l'année 2022.

c) Au demeurant, les conclusions du volet de psychiatrie de l'expertise pluridisciplinaire relatives à la capacité de travail du recourant se doivent d'être confirmées.

aa) La Dre H. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), évoluant depuis 2017, sans rémission, et de trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres émotions (CIM-10 F43.23 ; en l'occurrence, le sentiment de colère et d'injustice), évoluant depuis 2019 et l'échec des premières mesures d'intégration par l'assurance-invalidité. Elle s'est au surplus ralliée à l'appréciation de la Dre K. _____, laquelle a fait état de l'existence d'un épisode dépressif sévère au cours de son suivi thérapeutique, qui a eu lieu entre le 9 mars et le 5 mai 2021, et celle de la Dre Q. _____, laquelle a indiqué, le 29 octobre 2021, que ce trouble était en rémission. Elle n'a en revanche pas relevé de symptômes évocateurs d'un épisode dépressif majeur encore actif, excluant en conséquence ce diagnostic pour la période postérieure au mois d'octobre 2021.

bb) En ce qui concerne les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré, l'experte psychiatre a jugé les deux premières comme non incapacitantes. Le trouble dépressif était, quant à lui, à l'origine d'une incapacité de travail totale uniquement pour la période courant entre le début et la fin de l'année 2021. Elle n'a en outre pas pu écarter l'hypothèse d'une majoration des symptômes aux fins de la recherche de compensations financières. Elle n'a par ailleurs pas identifié de syndrome positif ou négatif, de syndrome de désorganisation, de syndrome thymique ou anxieux, de syndrome de dépendance ou de syndrome suicidaire, catatonique ou d'agitation, mais une détresse psychique modérée en lien avec la symptomatologie douloureuse ainsi qu'un sentiment de colère ou d'injustice. S'agissant des traitements et des mesures de réadaptation menés, elle a mentionné que le dosage sérique témoignait d'une compliance à la prise médicamenteuse et des posologies théoriques adéquates. Le recourant avait en revanche refusé toute hospitalisation, arguant ne pas vouloir « *abandonner sa famille* », alors

que, dans le même temps, il avait raconté ne pas être capable de s'occuper suffisamment de ses enfants. Les chances de guérison étaient bonnes, en l'absence d'antécédents, mais se voyaient largement péjorées par la chronicisation des symptômes douloureux, l'existence de croyances dysfonctionnelles rigides et la possible majoration des symptômes à la recherche de bénéfices financiers. Toute mesure de réadaptation apparaissait également exigible. Quant aux comorbidités, cette spécialiste a exclu la présence d'un épisode dépressif dès le mois de novembre 2021. Les atteintes somatiques diagnostiquées ont, elles, été évaluées comme non invalidantes par les Drs T. _____ et Z. _____.

Pour ce qui est de la personnalité du recourant et du contexte social dans lequel celui-ci évolue, l'experte n'a pas identifié de troubles de la personnalité, seuls des traits revendicatifs ayant été relevés. L'intéressé faisait preuve de bonnes capacités d'organisation, de communication, de respect du cadre et d'adaptation et était autonome dans les actes de la vie quotidienne. Les capacités de gestion des relations interpersonnelles n'apparaissaient pas altérées. Des limitations de la flexibilité mentale ont été mises en évidence, lesquelles avaient essentiellement trait à l'aptitude au travail et l'absence d'évolution positive possible, en lien avec des croyances dysfonctionnelles rigides, susceptibles d'impacter également les capacités de jugement et de résolution de problèmes. De plus, le recourant disposait de ressources externes par l'entremise des membres de sa famille.

Enfin, concernant la cohérence du comportement de l'assuré, la Dre H. _____ a relaté le déroulement d'une journée type comme suit : l'intéressé se réveillait vers 6 heures le matin et aidait à la préparation des enfants ; il allait ensuite marcher 30 minutes, avant de rentrer et de s'allonger en raison de ses douleurs ; il assistait ses enfants dans leurs devoirs ; son beau-frère l'aidait pour les courses ; il ne participait pas au ménage et à la cuisine ; il tentait de sortir plusieurs fois par jour dans le but de marcher et d'aller boire un café ; après le souper en famille, il se couchait vers 9 heures ou 9 heures et demie ; le week-end, il emmenait parfois ses enfants à la piscine, sans toutefois nager. L'experte a de ce fait

estimé que les activités quotidiennes, telles décrites ci-dessus, était cohérentes avec les plaintes physiques. Au surplus, le recourant se montrait très revendicatif vis-à-vis de la CNA et de l'intimé, cela contrairement à une prise en charge médicale. Des discordances portant sur certains propos tenus aux différents experts, en particulier ceux concernant le statut de son épouse et l'existence ou l'absence de dettes, ont aussi été notées.

cc) Ainsi, au regard de l'ensemble des observations et constatations résultant du volet psychiatrique de l'expertise, les atteintes à la santé psychique retenues par la Dre H. _____ - qu'elle a jugées non incapacitantes - ne saurait être qualifiées de graves. Ces dernières sont encore en mesure d'être traitées médicalement et aucune comorbidité significative n'a été constatée. L'hypothèse d'une majoration des symptômes en vue de la recherche de compensations financières n'a pas pu être écartée. Le recourant possède en outre de multiples ressources sur le plan personnel, d'une part, avec une bonne autonomie dans les actes de la vie quotidienne et des capacités d'organisation, de communication, de respect du cadre, d'adaptation et de gestion des relations interpersonnelles non altérées, et sur le plan externe, d'autre part, avec une famille présente et aidante. Ses limitations sont essentiellement le fruit de ses croyances dysfonctionnelles vis-à-vis de son état de santé. Le comportement du recourant se révèle enfin incohérent face aux possibilités thérapeutiques qui lui sont offertes, son attention se focalisant principalement sur l'allocation de prestations d'assurance.

Il s'ensuit que l'évaluation de l'experte psychiatre quant à la capacité de travail de l'assuré - qu'elle a estimé entière - ne prête pas le flanc à la critique. Le rapport du 16 décembre 2022 du Dr F. _____, lequel se limite à certifier une aggravation de l'état de santé de son patient au niveau physique et psychique, sans fournir plus d'explications sur les motifs à l'origine de cette affirmation, n'est à cet égard pas en mesure de la remettre en doute.

d) Partant, au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire pour retenir une capacité de travail pleine à compter du 21 décembre 2017 - exception faite d'une période courant entre janvier et octobre 2021, lors de laquelle elle était nulle - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite et du rachis cervical.

6. a) A ce stade, il reste encore à calculer le taux d'invalidité du recourant, afin de déterminer si ce dernier peut prétendre à une rente.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

c) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer au dernier revenu réalisé par le recourant auprès de son ancien employeur – tel qu'indiqué par ce dernier dans son rapport du 20 mars 2019 –, soit 75'140 fr. (34 fr. x 42,5 heures x 52 semaines). Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative. Ainsi, selon les données pour l'année 2018, indexées à 2019, le salaire mensuel auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples, ce en fonction d'une semaine de travail d'une durée de 40 heures, était de 5'465 fr. 75, soit 65'589 fr. 05 par an. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce

secteur d'activités (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et d'un abattement de 5 % - non contesté par le recourant - afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé annuel se monte à 64'957 fr. 74.

Ainsi, la comparaison d'un revenu d'invalidé de 64'957 fr. 74 à un revenu sans invalidité de 75'140 fr. aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 14 %. L'intimé était donc légitimé à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI, dès lors que ce taux est inférieur à 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI), respectivement à 20 % (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3). L'incapacité de travail totale attestée entre janvier et octobre 2021 n'a au demeurant pas duré une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), de sorte qu'elle n'ouvre pas non plus le droit à une rente d'invalidité.

7. Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 23 novembre 2022 par l'intimé 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.

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

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

Me De Palma a produit une liste des opérations le 17 août 2023 faisant état de 13 heures et 13 minutes consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, le tarif horaire sur lequel cette liste se fonde ne peut être suivi et il convient de se référer au tarif horaire prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), à savoir 180 francs. Le montant de l'indemnité de Me De Palma est, partant, arrêté à 2'646 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ).

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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 23 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- 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 Michel De Palma, conseil d'office d'A._____, est arrêtée à 2'646 fr. 20 (deux mille six cent quarante-six francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- VI. A._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Michel De Palma (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :