

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juillet 2024

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Le 6 novembre 2000, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964 et travaillant comme chauffeur-livreur, a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annonçant qu'il était en incapacité totale de travailler depuis septembre 1999 en raison d'un cancer du rhinopharynx.

Dans un rapport du 30 novembre 2000, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de status après exérèse d'un carcinome peu différencié de type lympho-épithélial du rhinopharynx de stade T3 suivi de radiothérapie et de chimiothérapie, ainsi que de dorso-lombalgies chroniques sur dysfonctions vertébrales dans le cadre de stress après une maladie cancéreuse.

L'assuré présentait en outre une paresthésie aux membres inférieurs de type polyneuropathie, probablement d'origine médicamenteuse (rapports du 22 novembre 2000 du Dr K.\_\_\_\_\_, neurologue, et du 12 décembre 2000 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant).

Un examen clinique bidisciplinaire a été effectué le 30 avril 2003 au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 7 juillet 2003, ils ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), de trouble de la personnalité narcissique avec des traits paranoïaques, décompensé, de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires, de discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, de probable instabilité de l'épaule gauche, de fracture de stress de la diaphyse tibiale droite, ainsi que de status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome peu différencié lympho-épithélial du

rhinopharynx gauche de stade T3 en 1999 et 2000. Les spécialistes ont conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis l'automne 1999, ce en raison de la problématique psychiatrique, qui représentait le lit du trouble somatoforme douloureux. La situation méritait d'être réévaluée dans deux ans environ, même si l'évolution psychique qui avait eu lieu jusqu'à présent laissait craindre un pronostic globalement défavorable. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

« Problématique ORL [oto-rhino-laryngologie] : nécessité de pouvoir interrompre très fréquemment l'activité pour boire un peu d'eau et ainsi lutter contre la xérostomie.

Rachis cervical et lombaire : nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout environ 2x/heure. Pas de travail imposant le maintien de la nuque dans une position extrême en flexion et/ou en inclinaison/rotation latérale immobile prolongée. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Epaule gauche : pas de travail sollicitant l'épaule gauche en force, en particulier dans les mouvements en abduction, se faisant au-delà de 60°.

Problématique psychiatrique : narcissisme, rigidité, projectivité, agressivité, sentiment de dévalorisation, angoisses de mort. »

Par décisions du 7 octobre 2003, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2000.

**b)** Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée par l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu, le 18 août 2006, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de carcinome du rhinopharynx en octobre 1999, d'infections ORL récidivantes, d'hyposialorrhée, de syndrome cervical chronique, de polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs d'origine médicamenteuse, de déconditionnement musculaire global depuis 2001, ainsi que de fracture de stress du tibia droit. Il a relevé que l'état de santé de son patient était stationnaire. La situation ne permettait pas une reprise quelconque d'une activité professionnelle ou un reclassement.

Par communication du 22 novembre 2006, l'OAI a informé l'assuré que sa rente entière d'invalidité était reconduite.

**c)** Une nouvelle procédure de révision a été initiée en novembre 2011.

Dans un rapport du 16 janvier 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a listé les antécédents médicaux de l'assuré et estimé qu'aucune reprise de travail, même à temps partiel, n'était envisageable en raison de la symptomatologie ORL, faisant état d'une xérostomie toujours très prononcée, d'une dysphagie, ainsi que d'acouphènes.

A l'initiative du SMR, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assuré le 24 janvier 2013. Dans son rapport du 28 janvier 2013, il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité narcissique (F60.8), actuellement non décompensée, existant depuis des années, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis environ 2000. Les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en une diminution de sa tolérance au stress et à la frustration, à l'origine d'une fatigabilité accrue, ainsi que de conflits potentiels avec son entourage. Après un temps suffisant d'adaptation pour tenir compte de son déconditionnement, la capacité de travail de l'assuré était dans, un premier temps, limitée à 50 % sur le plan psychique, du fait qu'il restait vulnérable face aux situations dépassant ses ressources d'adaptation. Il n'y avait pas de diminution du rendement pour une activité exercée à 50 %. L'activité de chauffeur-livreur paraissait adaptée à l'assuré, lui permettant un maximum d'autonomie dans l'organisation de son travail, sans intégration dans une hiérarchie stricte, ni travail en équipe. A condition d'une reprise de travail vécue comme valorisante par l'assuré, une telle activité était susceptible de mobiliser des ressources d'adaptation potentiellement compatibles avec une augmentation de son taux de travail au-dessus de 50 %.

L'assuré a décliné les mesures de réinsertion proposées par l'OAI au motif qu'il ne s'estimait pas apte à reprendre, même

progressivement, une activité professionnelle (rapport initial du 15 juillet 2013 et courrier du 11 septembre 2013).

Par projet de décision du 29 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de réduire la rente entière d'invalidité à une demi-rente.

Par courrier du 18 septembre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a invité l'OAI à ne pas réduire la rente de l'assuré. Il a relevé que les traitements du cancer du rhinopharynx avaient laissé de graves séquelles. La radiothérapie avait complètement desséché la production de salive, ce qui représentait un lourd handicap dans la vie quotidienne, rendant la communication verbale difficile et obligeant le patient à s'humecter constamment la bouche. S'ajoutait une douleur cervicale permanente, plus marquée en position debout ou assise, soulagée par le décubitus dorsal. Les séquelles de la chimiothérapie portaient quant à elles sur l'appareil neuromusculaire. Le patient n'avait plus la force de réaliser aucune véritable activité physique. Il parvenait juste à se déplacer, à condition de le faire calmement, ce qui excluait tout « travail » proprement dit.

Par avis médical du 9 octobre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail au SMR, s'est déclaré surpris par le renouvellement du permis poids-lourds de l'assuré en 2012. Il a conclu que l'assuré disposait déjà d'une capacité de travail de 50 % depuis la date du renouvellement du permis poids-lourds.

Dans une communication interne du 21 juillet 2015, l'OAI a constaté qu'au vu des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, il était difficile de valider la reprise de l'activité habituelle. En revanche, dans une activité industrielle légère, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 %.

Par avis médical du 9 février 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a procédé à une analyse des indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral quant aux troubles somatoformes douloureux et a estimé

que celui présenté par l'assuré n'était pas incapacitant. A la relecture du dossier et compte tenu du maintien du permis poids-lourds, il était d'avis que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était d'au moins 80 %.

Dans un rapport du 15 juillet 2016 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail dans toute activité. Son patient avait développé une sécheresse buccale invalidante, l'obligeant à s'humecter et s'hydrater de façon répétitive, ce qui constituait un lourd handicap dans la vie quotidienne. Il présentait des cervicalgies, des myalgies diffuses, ainsi que des douleurs aux articulations temporo-mandibulaires. A cela s'ajoutaient une hypertension artérielle et une suspicion de carcinome prostatique, alors en investigation. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI les résultats d'analyse concernant cette problématique le 22 novembre 2016.

Par avis médical du 26 janvier 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu qu'aucune des constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne pouvait constituer une incapacité durable, d'autant plus que l'assuré restait apte à la conduite de poids-lourds. Il a constaté qu'il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un cancer de la prostate. Il a confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par décision du 19 mai 2017, l'OAI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification. Il a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, reprenant à cet égard l'intégralité des limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 7 juillet 2003 des Drs J.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, et qu'il présentait un taux d'invalidité de 11,28 %, insuffisant pour prolonger le droit à la rente.

Le recours interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales a été rejeté par arrêt du 25 juin 2018 (AI 205/17 - 186/2018). Cet arrêt a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral, qui a été déclaré irrecevable (TF 9C\_587/2018 du 27 septembre 2018).

**B.** Dans un certificat médical du 6 septembre 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé.

Dans un rapport du 17 février 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre W.\_\_\_\_\_, médecins au Centre B.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8). Ils ont indiqué que cette fragilité psychique était apparue dans le contexte de persistance des douleurs et d'une péjoration de son état clinique.

Le 16 septembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, annonçant qu'il présentait des complications de santé à la suite de son cancer de la gorge et qu'il n'avait pas repris d'activité professionnelle.

Le 29 octobre 2020, l'assuré a transmis à l'OAI de nombreux documents médicaux, parmi lesquels :

- Un rapport du 17 décembre 2018 de la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui concluait que l'assuré souffrait de séquelles post-actiniques définitives rhino-pharyngées et pharyngo-laryngées, à savoir la présence de sécheresse muqueuse, d'enraidissement pharyngo-laryngé, d'une limitation de la déglutition et du choix des aliments pouvant être correctement déglutis, de douleurs nucales et périscapulaires et de tendance au trismus. Elle a estimé que l'assuré ne serait vraisemblablement plus capable de reprendre une activité lucrative régulière, même à 60 ou 80 %, mais pourrait retrouver une activité dans un atelier protégé.
- Un rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 6 avril 2019 posant le diagnostic de cervicalgie chronique acutisée sans déficit, post radiothérapie.
- Un rapport d'une vidéo-fluoroscopie du 26 juillet 2019 qui a montré un larynx figé entraînant une stagnation du bolus solide au niveau de l'oro-pharynx et de l'hypopharynx.

- Une IRM cervicale du 15 novembre 2019 montrant une involution graisseuse de la parotide gauche et des deux glandes sous-maxillaires et évoquant une paralysie partielle de la corde vocale gauche.
- Un rapport d'examen neurologique du 5 février 2020 retrouvant des séquelles de radiothérapie au niveau du cou avec un déficit sensitif au niveau du plexus cervical principalement.
- Un rapport du 19 août 2020 des Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, et M.\_\_\_\_\_, médecins à [...], qui indiquaient que tout menait à croire que la majorité des cervicalgies de l'assuré étaient dues à une fibrose myofasciale cervicale post radiothérapie.
- Un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2020, listant tous les antécédents médicaux de l'assuré et indiquant que son état de santé s'était aggravé au regard de la dépression, de la xérostomie post-radique, accompagnée de troubles de la déglutition avec remontées de nourriture par les fosses nasales, des cervicalgies et de malaises vasovagaux itératifs. Il considérait que le patient était inapte à 100 % à toute activité professionnelle.
- Un rapport du 16 octobre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_, qui faisait état d'une aggravation objective de la situation avec, depuis début novembre 2019, une dysphonie d'apparition brusque avec troubles de la déglutition. Le Dr T.\_\_\_\_\_ avait constaté une paralysie de la corde vocale gauche, qui n'avait pas régressé depuis. L'assuré devait faire de gros efforts pour avaler sans fausses routes dans la voie respiratoire et il se disait épuisé après ses repas. En outre, ses douleurs cervicales avaient augmenté.
- De nombreux rapports relatifs à des consultations, en particulier en raison d'une odynophagie liée à une laryngo-pharyngite, d'un malaise avec perte de connaissance, de lombalgies, de lombosciatalgies, de douleurs thoraciques et de troubles sensitifs.

Dans un avis du 19 novembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible.

Le 18 décembre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport similaire à celui du 13 octobre 2020.

Dans un rapport du 18 décembre 2020, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin au Service ORL du S.\_\_\_\_\_, a retenu l'existence de cervicalgies chroniques, de xérostomie, de dysphasie en lien avec une fixation du larynx, d'acouphène et de dysphonie. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail, mais a retenu des limitations fonctionnelles. Elle a produit également les rapports de suivi de l'assuré.

Dans un rapport du 16 mars 2021, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre W.\_\_\_\_\_ du Centre B.\_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostics un épisode dépressif moyen (F32.1) depuis 2018 et une personnalité narcissique (F60.8). Un traitement antidépresseur avait été introduit. Une reprise à 100 % n'était pas possible, mais une reprise progressive par paliers de 20 % serait envisageable dans une activité adaptée, avec une réévaluation. Les limitations fonctionnelles étaient de la fatigue, une irritabilité, des symptômes anxio-dépressifs et des douleurs handicapantes, ainsi qu'une forte anxiété.

A l'initiative du SMR (avis du 30 mars 2021), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, avec des volets de médecine interne, rhumatologie, oto-rhino-laryngologie et psychiatrie. Elle a été attribuée à F.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 17 mai 2022, les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont pris les conclusions suivantes :

**« 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations**

- Carcinome lympho-épithélial du cavum, en 1999, C11.9
- Sialadénite chronique, K11.2, avec troubles de la sécrétion salivaire, K11.7
- Chéilite commissurale, K13.0
- Radiodermite chronique, L58.1
- Cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie et fibrose myofasciale post-radiothérapie, M54.2 et T66

- Hypoesthésie non systématisée et sans cause retrouvée de l'hémicorps gauche
- Trouble anxieux phobique, sans précision, F40.9
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4
- Hypertension artérielle insuffisamment traitée, I10
- Hypothyroïdie post-actinique traitée, E03
- Malaises de type vasovagal

*Limitations ORL* : la xérostomie, la dysarthrie, la dysphagie, l'odynophagie, le jetage nasal, les fausses routes, la dysphonie, sans oublier les conséquences d'ordre musculosquelettique avec trismus, atteinte de la fonction musculo-articulaire cervicale, respectivement cervico-scapulaire, avec douleurs locorégionales fluctuantes entravant significativement les fonctions d'alimentation, de communication et la capacité physique.

*Limitations psychiatriques* : activité répétitive, sans prise de décision immédiate, sans traitement simultané d'informations multiples.

*Limitations rhumatologiques* : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, port de charge proche du corps limité à 10 kg ; pas de porte-à-faux du rachis cervical, ni de rotation répétée du rachis cervical.

[...]

#### **4.5. Motivation de la capacité de travail globale**

Depuis 1999, elle est d'origine ORL, rhumatologique et psychiatrique dans le cadre de son carcinome lympho-épithélial du cavum avec traitement par radiothérapie et chimiothérapie, avec plusieurs séquelles au niveau du cavum et de la colonne cervicale, des cervicalgies et une fibrose myofasciale post-radiothérapie qui contre-indiquent le travail de chauffeur-livreur.

Incapacité de travail à 100% au niveau psychiatrique en raison d'une anxiété et angoisses envahissantes.

Dans une activité adaptée, l'incapacité de travail est surtout d'origine ORL.

Incapacité de travail psychiatrique jusqu'en 2013, date de l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ avec les conclusions qui sont quasiment identiques aux nôtres, avec augmentation de la capacité de travail par paliers progressifs de 20 à 30% tous les 3 mois jusqu'à 100% depuis le 21.01.2013.

#### **4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

La capacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur est de 0% depuis 1999 en raison d'un problème ORL, rhumatologique et psychiatrique.

#### **4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée**

100% pour la médecine interne générale, la rhumatologie et depuis le 21.01.2013, augmentation de la capacité de travail par paliers de 20 à 30% tous les 3 mois jusqu'à atteindre en 6 à 12 mois une capacité de travail à 100% pour la psychiatrie.

Sur le plan ORL, capacité de travail de 50% (taux horaire de 100% avec diminution du rendement de 50%) ceci depuis 2017.

En consensus : capacité de travail de 50% (100 % avec une diminution de rendement de 50 %) depuis 2017. »

Dans un avis du 12 août 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes. Elle a repris les limitations fonctionnelles retenues par les experts, y ajoutant, comme limitation internistique, le fait que les malaises de type vasovagal répétés étaient une contre-indication à la conduite professionnelle. Elle a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et, dans une activité adaptée, à une capacité de travail de 0 % depuis 1999, puis théoriquement de 50 % en continu sur le plan ORL depuis 2013, à la suite de l'amélioration psychiatrique permettant une reprise progressive, mais a objectivement arrêté cette capacité de 50 % depuis le 30 novembre 2018 seulement, avec les explications suivantes :

« Les conclusions de l'expertise du F.\_\_\_\_\_ en terme[s] de séquelles objectives sur le plan ORL sont cohérentes avec les éléments au dossier. L'expertise retient une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 50% pour motif ORL depuis la suppression de rente en 2017. Toutefois, les séquelles étant présentes de longue date, sur le plan strictement ORL on peut considérer que la CTAA de 50% existe depuis de nombreuses années (difficile à préciser exactement quand, peut-être 1999 bien que l'examen rhumato-psychiatrique SMR de 2003 n'en ait pas tenu compte), vraisemblablement avant la suppression de rente. Médicalement elles sont confirmées par les différents examens réalisés au S.\_\_\_\_\_ à partir de 2018 (cf RM [rapport médical] du 17.12.2018 de la Dre V.\_\_\_\_\_).

A noter que certaines LF [limitations fonctionnelles] ORL séquellaires, notamment la xérostomie sévère et les douleurs cervicales, étaient invoquées en 2016 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ mais n'ont pas été prises en compte par le SMR, celles-ci ayant été précédemment considérées comme non incapacitantes lors de l'examen SMR de 2003 et (cf avis SMR du 26.01.2017) confirmé par le Tribunal (arrêt du 25.06.2018 page 26). Finalement la gravité des séquelles cumulée n'a été portée à notre connaissance que récemment, dans le cadre de la demande en cours et de bilans complémentaires réalisés au S.\_\_\_\_\_ à partir de 2018. Nous proposons de retenir la CTAA de 50% depuis la date de l'examen du 30.11.2018 (RM du 17.12.2018 de la Dre V.\_\_\_\_\_, ORL, S.\_\_\_\_\_) qui objective des séquelles multiples. »

Dans un compte rendu de la permanence juriste du 13 octobre 2022, l'OAI a retenu qu'il n'y avait pas lieu de faire de reconsidération, mais d'établir un projet sur la nouvelle demande de septembre 2020 en prenant comme date d'aggravation le 30 novembre 2018.

Le 19 octobre 2022, le Service de réadaptation de l'OAI a constaté que, si l'assuré avait théoriquement droit aux mesures d'ordre professionnel, il n'avait pas de qualifications professionnelles ni les prérequis pour entreprendre une formation qualifiante, si bien qu'aucune mesure n'apparaissait susceptible de réduire le préjudice économique.

Par projet du 24 octobre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2021. Il a retenu l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis le 30 novembre 2018, avec l'existence d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée dès cette date. Il a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité par rapport à l'année 2019, soit trois mois après l'aggravation, sur la base des données salariales statistiques et en appliquant un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles, aboutissant à un degré d'invalidité de 53 %. Le droit à la rente ne prenait naissance que le 1<sup>er</sup> mars 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, qui était tardive.

L'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2023 par décision du 13 mars 2023, et pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 31 mars 2023 par décision du 6 avril 2023.

**C.** Par acte de son mandataire du 24 avril 2023, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 13 mars 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2020, subsidiairement à la reconsidération de la décision de l'OAI du 19 mai 2017 en ce sens que son droit à une rente entière d'invalidité est reconduit pour une durée indéterminée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017. Il a fait valoir que sa rente d'invalidité n'aurait pas dû être supprimée puisque les experts concluaient à une capacité de travail limitée à 50 % depuis 2017, que le SMR reconnaissait que cette capacité de travail de 50 % existait depuis de nombreuses années, vraisemblablement avant la suppression de la rente, et que les limitations fonctionnelles ORL

séquellaires avaient déjà été invoquées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ en 2016. Il a estimé que la nature et l'importance de ses limitations fonctionnelles n'étaient, prises dans leur ensemble, pas compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle, compte tenu également de ses atteintes psychiques, de ses antécédents, de son âge et du fait qu'il avait été mis pendant plus de 17 ans au bénéfice d'une rente d'invalidité. Il s'est prévalu des rapports de ses médecins traitants, lesquels estimaient illusoire une reprise d'activité au vu des pathologies présentées. Il a produit à cet égard un courrier du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2023 et un rapport du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, du 20 mars 2023. Il a considéré que cette incapacité totale de travail remontait à 1999 déjà et qu'il devait être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2000. Il a soutenu que la décision de suppression de la rente d'invalidité résultait d'une erreur manifeste de l'OAI, qui ignorait que sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, comme mis en lumière par le rapport d'expertise du F.\_\_\_\_\_ et que la décision du 19 mai 2017 devait impérativement faire l'objet d'une reconsidération par l'OAI, question qui s'était d'ailleurs posée au cours de la procédure.

Dans sa réponse du 22 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position dans sa réplique du 11 août 2023.

### **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 (art. 38 al. 4 let. a 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)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

**c)** En l'occurrence, l'OAI a rendu deux décisions sur le droit à la rente du recourant en date des 13 mars et 6 avril 2023, qui portent respectivement sur la période à compter du 1<sup>er</sup> avril 2023 et celle du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 31 mars 2023. Le recours est dirigé contre la décision du 13 mars 2023 mais, dans son argumentation, le recourant précise qu'il conteste les deux décisions rendues par l'OAI. En application des principes exposés ci-dessus, il faut reconnaître que le litige porte sur l'ensemble de la période concernée par ces deux décisions, singulièrement sur le droit à la rente du recourant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2021. La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2000 excède l'objet de la contestation et est dès lors irrecevable ; il est pour le surplus renvoyé aux considérants qui suivent.

**d)** Les décisions litigieuses se prononcent sur le droit à la rente du recourant à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 16 septembre 2020, mais ne traitent en revanche pas de la question de la reconsidération de la décision de l'OAI du 19 mai 2017. La conclusion du recourant tendant à la reconsidération de cette décision et au maintien de

sa rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2017 est dès lors irrecevable, dans la mesure où elle excède l'objet de la contestation.

**e)** Il convient de relever à cet égard que le recourant n'a pas adressé de demande de reconsidération à l'OAI en l'espèce, du moins cela ne ressort pas des pièces au dossier. Quoi qu'il en soit, une reconsidération de la décision du 19 mai 2017 par l'OAI n'est de toute manière pas envisageable en l'espèce puisque cette décision a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales qui a donné lieu à l'arrêt du 25 juin 2018 (AI 205/17 - 186/2018), lequel a également fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral, déclaré irrecevable. Or, lorsque le tribunal s'est prononcé sur le fond, même s'il a rejeté le recours, l'administration ne peut pas reconsidérer ni procéder à une révision procédurale du jugement. Une fois celui-ci en force, seul le tribunal peut le revoir, aux conditions habituelles de la révision d'un jugement (Jean Métral in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 57 ad art. 56 LPGA). Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. La demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision (art. 101 al. 1 LPA-VD). Force est de constater que le recourant, qui a agi par le biais de son mandataire, n'a en l'espèce pas déposé de demande de révision du jugement du 25 juin 2018, ni invoqué qu'un fait ou un moyen de preuve nouveau aurait été découvert (cf. art. 61 let. i LPGA). Sa conclusion tendant à la reconsidération de la décision du 19 mai 2017 au motif qu'elle serait manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne saurait être interprétée comme une demande de révision du jugement du 25 juin 2018.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, les décisions litigieuses ont mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2021, si bien que l'ancien droit demeure applicable.

**4. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (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 LPGA).

**b)** 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). 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.

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> 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).

Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi. La jurisprudence a précisé que l'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI. Ainsi, en cas de nouvelle demande de rente, le délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI doit être respecté, celui-ci étant de nature procédurale (ATF 142 V 547 consid. 3).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**e)** 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).

**5. a)** En l'occurrence, conformément aux exigences posées à l'art. 44 LPGA, l'OAI a donné connaissance au recourant du nom des experts ainsi que des questions qui allaient leur être soumises. Cela étant, il faut remarquer qu'il y a finalement eu un changement d'expert puisque

c'est la Dre L. \_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré sur le plan ORL et non pas le Dr [...], comme annoncé. Il ne semble pas que l'OAI ait été informé de ce changement puisque son dossier ne contient aucune communication de la part de F. \_\_\_\_\_ à ce sujet. En tout état de cause, on constate que le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre de la Dre L. \_\_\_\_\_, si bien que ce remplacement d'expert demeure sans influence.

L'expertise de F. \_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière consensuelle en pleine connaissance du dossier du recourant et de son anamnèse, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé.

**b)** Sur le plan de la médecine interne, le Dr E. \_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'une hypertension artérielle insuffisamment traitée, d'une hypothyroïdie post-actinique traitée, d'une anamnèse de bronchopneumonie en 1999, d'une anamnèse de salmonellose en 1993, de malaises de type vasovagal, d'une anamnèse d'asthme et de status après kyste coccygien opéré. Ces diagnostics n'empêchent pas l'exercice d'une activité à 100 % depuis toujours, y compris l'activité habituelle.

**c)** Sur le plan rhumatologique, le Dr O. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de cervicalgies, sans irradiation dans les membres supérieurs, sur discopathies et fibrose myofasciale post radiothérapie et celui, sans impact sur la capacité de travail, d'hypoesthésie non systématisée et sans cause retrouvée de l'hémicorps gauche. Il relève que les douleurs cervicales sont secondaires à des discopathies exacerbées dans les suites du traitement pour la tumeur. Il estime que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est nulle depuis 1999, du fait que ses limitations fonctionnelles sont incompatibles avec l'activité de chauffeur-livreur, l'assuré ne devant pas faire d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, ni porter des charges de plus de 10 kg proche du corps, et devant éviter les mouvements de porte-à-faux ou de rotation répétée du rachis cervical. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail est de 100 %.

Ces limitations fonctionnelles rejoignent celles qui avaient été arrêtées en 2003 par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'examen SMR (nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout environ 2x/heure, pas de travail imposant le maintien de la nuque dans une position extrême en flexion et/ou en inclinaison/rotation latérale immobile prolongée, pas de soulèvement régulière de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). L'assuré présentait déjà des cervicalgies pour lesquelles le Dr J.\_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires.

La situation ne s'est ainsi pas particulièrement modifiée au niveau rhumatologique, du moins pas dans le sens d'une aggravation. On peut en effet constater que les diagnostics de discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, de probable instabilité de l'épaule gauche et de fracture de stress de la diaphyse tibiale droite posés en 2003 par le Dr J.\_\_\_\_\_ ne sont plus retenus par le Dr O.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs mentionné que la fracture de stress pouvait probablement être considérée comme un phénomène transitoire, sans signification clinique durable.

Les deux rhumatologues ont en outre constaté une discordance entre l'importance des plaintes douloureuses et les constatations objectives mineures, à la fois sur le plan clinique et radiologique (examen SMR p. 5, expertise F.\_\_\_\_\_ p. 31).

**d)** Le volet psychiatrique de l'expertise a été confié au Dr I.\_\_\_\_\_.

**aa)** Cet expert conclut notamment à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), en raison de l'existence de douleurs multiples, variables en intensité et dans le temps, non expliquées entièrement par un processus physiologique sous-jacent. Il

indique que ce syndrome évolue depuis les années 2000, étant rappelé qu'il avait déjà été diagnostiqué par la Dre A.\_\_\_\_\_ en 2003 et également retenu par le Dr G.\_\_\_\_\_ en 2013.

Le Dr I.\_\_\_\_\_ pose également le diagnostic de trouble anxieux phobique sans précision (F40.9). Il ne retient pas de véritable épisode dépressif, en l'absence d'un ralentissement psychomoteur, d'anhédonie, de perte d'appétit, de sommeil ou de libido. Il considère que le recourant présente des manifestations anxieuses atypiques. Ce dernier décrit des difficultés d'adaptation à des situations nouvelles, avec une tendance à manquer de persévérance et une inquiétude marquée de devoir changer de mode de fonctionnement ; il est très centré sur ses manifestations somatiques (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 22). En 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait déjà constaté une nette stabilisation de l'état du recourant, qui n'exprimait plus de crainte d'une détérioration de sa situation générale ni de hantise de finir dans une chaise roulante, mais qui montrait uniquement des traits anxieux, qui ne justifiaient plus le diagnostic d'une dysthymie ou d'un trouble anxieux et dépressif mixte comme manifestation chronique du trouble de l'adaptation retenu en 2003 par la Dre A.\_\_\_\_\_ (expertise G.\_\_\_\_\_ p. 13).

Lors de son entretien, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté le trouble de personnalité narcissique avec des traits paranoïaques retenu par la Dre A.\_\_\_\_\_ en 2003 ni la personnalité narcissique, non décompensée, à laquelle le Dr G.\_\_\_\_\_ a conclu dans son expertise de 2013. Le Dr I.\_\_\_\_\_ exclut également une autre forme de trouble de la personnalité (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 22).

Le Dr I.\_\_\_\_\_ a tenu compte des rapports des psychiatres traitants du Centre B.\_\_\_\_\_ des 17 février 2020 et 16 mars 2021, dont il a comparé le contenu à ses observations, relevant notamment que le Dr Y.\_\_\_\_\_ évoquait une reprise progressive du travail par paliers de 20 % (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 23). Il s'est également référé à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, en précisant que la présentation clinique décrite par ce dernier est assez similaire à celle qu'il a constatée. Il relève à cet égard que la

description d'une journée type était très proche de celle que l'assuré a pu en faire lors de l'expertise F.\_\_\_\_\_, ce qui prouvait que la symptomatologie était restée la même depuis lors et que les activités spontanées étaient restées faibles. Il conclut que dans une activité répétitive, sans prise de décision immédiate ni traitement simultané d'informations multiples, une activité est possible à 100 %, par paliers progressifs de 20 à 30 % tous les trois mois, ce qui est possible depuis au moins le 28 janvier 2013, date de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ dont les conclusions sont quasiment identiques aux siennes (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 24).

Il apparaît ainsi, sur la base de l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_, qu'il n'y a pas eu de modification de la situation depuis 2013.

**bb)** Dans son recours, le recourant estime que ses atteintes psychiques empêchent sa réintégration professionnelle en l'état, du fait qu'il présente un trouble somatoforme douloureux accompagné d'une comorbidité psychiatrique, se prévalant de la jurisprudence à cet égard. Les arrêts qu'il cite ne sont toutefois plus d'actualité. Le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, à l'instar de tous les troubles psychiques, est désormais évalué en fonction d'un catalogue d'indicateurs (cf. consid. 4e ci-dessus). Le Dr I.\_\_\_\_\_ les a pris en compte dans son appréciation. Il a ainsi tenu compte de la gravité inhérente aux diagnostics retenus, constatant que l'assuré ne présentait pas de douleur massive au moment de l'entretien, qu'il pouvait se lever et surtout rester assis longtemps sans manifestations douloureuses, qu'il avait une légère tendance à la victimisation et un sentiment de préjudice peu marqué. Il a tenu compte du traitement instauré, estimant qu'une augmentation de la posologie de Mirtazarpine pourrait être envisagée et que la poursuite de la psychothérapie était souhaitable. Il a exclu un éventuel trouble de la personnalité et a apprécié les capacités, ressources et difficultés du recourant. Il a ainsi constaté que le recourant avait une intelligence normale, pouvait faire preuve d'humour et était sociable même s'il sortait moins. Il présentait en revanche une baisse de ses compétences et de persévérance, mais son contact était bon. Il était

capable de travailler en groupe, d'organiser et planifier les tâches, comme en témoignait le déroulement de sa journée-type. Il présentait un déconditionnement au travail. Il avait le permis de conduire et pouvait également se déplacer en transports publics. Il s'adaptait bien à la routine mais avait du mal à s'adapter aux situations nouvelles, qu'il craignait tout particulièrement et avait une certaine rigidité (expertise F. \_\_\_\_\_ p. 23). Au niveau de la cohérence, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré n'avait pas présenté de manifestations douloureuses et s'était mobilisé facilement. Le recourant avait décrit une fatigue très importante que l'expert qualifiait plutôt de légère (expertise F. \_\_\_\_\_ p. 22). C'est dès lors de manière motivée et convaincante que l'expert psychiatre a conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui avait pu progressivement être retrouvée dès 2013. Il convient également de rappeler que dans le rapport du 17 février 2020, le psychiatre traitant du recourant ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail et que, dans celui du 16 mars 2021, il avait envisagé la reprise progressive d'une activité lucrative.

**e)** Au niveau ORL, la Dre L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de carcinome lymphoépithélial du cavum en 1999, de sialadénite chronique avec troubles de la sécrétion salivaire, de chéilite commissurale et de radiodermite chronique. Elle explique que le traitement par radiothérapie et chimiothérapie a généré plusieurs conséquences très invalidantes au niveau de la sphère ORL, avec xérostomie marquée, dysphagie, jetage nasal, odynophagie, fausses routes fluctuantes, dysarthrie, dysphonie, sans oublier les conséquences d'ordre musculosquelettique avec trismus, atteinte de la fonction articulaire cervicale, respectivement cervico-scapulaire avec douleurs locorégionales fluctuantes. Elle précise que ces séquelles sont à vie et qu'aucune autre thérapie ne pourra soulager l'expertisé de ces symptômes. Elle estime que ces séquelles entravent significativement les fonctions d'alimentation, de communication et la capacité physique du recourant. Elle mentionne que la préparation des aliments et les repas nécessitent quasiment 4 heures par jour, avec un état de fatigue secondaire important, si bien que le recourant ne peut manger dans des lieux publics en vitesse. Sa capacité de travail dans son

activité habituelle est jugée nulle depuis 1999 et l'experte ORL retient l'existence d'une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ne nécessitant pas beaucoup de communication avec l'entourage et aucun effort physique, de type gestion de stock.

Les rapports médicaux des médecins traitants ne permettent pas d'aller à l'encontre des conclusions de l'experte ORL.

Dans son rapport du 17 décembre 2018, la Dre V. \_\_\_\_\_ est d'avis que, dans son état physique actuel et son état de stress et d'anxiété constant, il n'était pas envisageable que l'assuré reprenne un travail de chauffeur de camion et que, si les experts de l'Al souhaitaient qu'il reprenne une activité professionnelle, il était important qu'ils puissent organiser un séjour d'évaluation professionnelle et qu'ils envisagent une reconversion professionnelle. Elle estimait fort probable que l'assuré puisse retrouver une activité dans un atelier protégé, à temps partiel, mais qu'il ne serait vraisemblablement plus capable de reprendre une activité lucrative régulière, même à 60 ou 80 % de taux d'activité. Il faut constater que l'évaluation de la Dre V. \_\_\_\_\_ tient compte de l'anxiété du recourant, qui n'a pas été jugée invalidante par l'expert psychiatre. En outre, elle reconnaît l'existence d'une capacité de travail partielle dans un atelier protégé, mais n'explique pas pour quelles raisons cette même capacité de travail ne pourrait pas être mise en œuvre dans l'économie libre. Si elle considère qu'une capacité de 60 à 80 % dans une activité régulière ne pourrait pas être atteinte, il faut rappeler à cet égard que l'experte ORL limite la capacité de travail exigible à un taux de 50 %.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ considère, dans son rapport du 16 octobre 2020, que la rente d'invalidité de l'assuré ne doit pas être réduite, ignorant sûrement que tel a été le cas. Il n'indique cependant pas concrètement les éléments qui empêcheraient le recourant d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à taux partiel.

Dans son rapport du 18 décembre 2020, la Dre X.\_\_\_\_\_ du service ORL du S.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail, mais a retenu des limitations fonctionnelles, à savoir l'évitement des activités en positions uniquement debout ou assis, ou dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, en se penchant ou les bras au-dessus de la tête, ainsi que le port de charges. Ces limitations sont dans leur ensemble respectées dans la capacité de travail arrêtée par la Dr L.\_\_\_\_\_, qui a conclu à l'exercice d'une activité sédentaire sans aucun effort physique.

Le rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2023 produit à l'appui du recours ne permet pas non plus d'aller à l'encontre des conclusions de l'experte ORL. Il mentionne avoir beaucoup de peine à imaginer l'assuré reprendre une quelconque activité, si adaptée et réduite soit-elle, rappelant que l'assuré présente des douleurs résiduelles, invalidantes et non calmées par les mesures mises en place. Son appréciation ne contient cependant pas d'élément objectif permettant de remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail faite par la Dre L.\_\_\_\_\_.

Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, celui-ci tient compte dans ses rapports des 13 octobre et 18 décembre 2020 de l'ensemble des atteintes présentes pour conclure à l'absence de toute capacité de travail, y compris en retenant l'existence d'une dépression, laquelle n'a pas été retrouvée par l'expert psychiatre. En outre, ses rapports ne font que lister l'ensemble des antécédents, des diagnostics retenus et des examens réalisés, sans contenir de constat médical détaillé. Ils ne sauraient dès lors remettre en question les conclusions de l'expertise du F.\_\_\_\_\_. Dans son courrier du 15 mars 2023, il indique que la xérostomie post-radique justifie à son avis une incapacité totale à une quelconque reprise de l'activité lucrative, l'assuré devant constamment vivre avec une bouteille d'eau pour essayer d'hydrater ses muqueuses buccales. Il s'agit précisément d'une limitation fonctionnelle dont la Dre L.\_\_\_\_\_ a tenu compte. Il est vrai, comme le relève le Dr Q.\_\_\_\_\_, que l'experte ORL n'a pas fait mention de la paralysie de la corde vocale gauche. Cela étant, elle a pris en compte l'ensemble des limitations impliquées par les séquelles ORL,

notamment les troubles de la déglutition, les efforts pour avaler sans fausse route dans la voie respiratoire et la dysphonie, à savoir les atteintes provoquées par cette paralysie selon le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2020.

**f)** Dans le volet d'expertise oto-rhino-laryngologique, la Dre L.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la date à partir de laquelle la capacité de travail du recourant a été limitée à 50 % dans une activité adaptée sur le plan ORL. C'est uniquement dans la partie consensuelle que les experts retiennent, de manière globale, une capacité de travail limitée à 50 % pour des raisons ORL depuis 2017 (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 5). Ils ne motivent toutefois nullement pourquoi ils font remonter le début de cette incapacité de travail partielle à cette date. Dans son avis SMR du 12 août 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_ estime que les experts ont tenu compte de la suppression de rente en 2017, en raison de l'amélioration psychiatrique, pour fixer la capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % depuis lors pour des motifs ORL. La Dre C.\_\_\_\_\_ relève que les séquelles ORL étaient toutefois présentes de longue date et qu'on peut considérer que la capacité de travail limitée à 50 % sur le plan ORL existe depuis de nombreuses années, qu'il est difficile de préciser quand, peut-être déjà depuis 1999 - bien que l'examen rhumato-psychiatrique SMR de 2003 n'en ait pas tenu compte - et que cette capacité limitée existait vraisemblablement avant la suppression de la rente. Ces considérations ne sauraient être totalement suivies.

Il n'est pas contesté que le recourant souffre de séquelles du traitement de son cancer depuis 1999. Celles-ci étaient connues lors de l'examen SMR de 2003, lors duquel l'assuré s'était plaint, sur le plan ORL, d'une importante sécheresse buccale l'obligeant à boire très souvent et ne lui permettant de manger que des aliments extrêmement lisses et humides, d'une diminution de l'ouverture buccale avec parfois des douleurs très importantes au niveau de la mâchoire inférieure lors de la mastication et de l'existence parfois de sécrétions oro-pharyngées qu'il n'arrivait pas à expectorer et pour lesquelles il devait de temps à autre être aspiré au service ORL du S.\_\_\_\_\_ (examen SMR p. 2). Ces séquelles

n'avaient alors pas été jugées invalidantes, seule la nécessité de pouvoir interrompre très fréquemment son activité pour boire un peu d'eau avait été retenue comme limitation fonctionnelle.

Il ressort des pièces du dossier que les séquelles du traitement de radiothérapie et chimiothérapie se sont aggravées depuis la dernière décision de l'OAI du 19 mai 2017. Lors des consultations des 21 mars et 12 novembre 2018 à la [...], le recourant a fait état d'une xérostomie avec difficulté grandissante à l'alimentation et d'une aggravation progressive depuis un à deux ans d'une dysphagie avec fausses routes solide et liquide en augmentation. A l'occasion de la consultation du 26 juin 2019 à la [...], le recourant s'est plaint de dysphagie en péjoration depuis quelques mois avec un important moment de fatigue en fin de repas en raison de la concentration nécessaire. Cette situation de péjoration de la dysphagie, accompagnée de sensations d'étouffement et de jetage nasal, a motivé la réalisation d'une vidéofluoroscopie le 26 juillet 2019, qui a mis en évidence un larynx figé entraînant une stagnation du bolus solide au niveau de l'oro-pharynx et de l'hypopharynx. A partir du courant de l'année 2019, le recourant a régulièrement présenté, au réveil, des croûtes de sang dans la bouche et s'est plaint d'une dysphonie (rapport des consultations des 14 novembre et 18 décembre 2019 à la [...]). L'IRM réalisée le 15 novembre 2019 a évoqué une paralysie partielle de la corde vocale gauche (rapports du 3 février 2020 à la [...] et du 24 février 2020 au service ORL du S. \_\_\_\_\_). Dans son rapport du 16 octobre 2020, le Dr T. \_\_\_\_\_ atteste d'une aggravation depuis 2014 avec une dysphonie et des troubles de la déglutition dès 2019 dus à la paralysie de la corde vocale gauche, qui exige de gros efforts pour avaler sans fausses routes dans la voie respiratoire. Il mentionne également une aggravation des douleurs cervicales. Fin 2018, l'assuré s'est en effet plaint des nuchalgies de plus en plus douloureuses, lesquelles ont même conduit à une syncope en novembre 2018 (rapports du 18 novembre 2018 du service des urgences du S. \_\_\_\_\_ et du 15 décembre 2018 à la [...]). La majorité de ces cervicalgies est probablement due à une fibrose myofasciale cervicale post radiothérapie (rapport du 19 août 2020 des Drs D. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_).

L'examen des pièces médicales versées au dossier permet par conséquent de constater que le recourant souffre certes de séquelles du traitement de son cancer depuis 1999, mais que ces séquelles se sont aggravées après la décision de l'OAI du 19 mai 2017. Dans son avis du 12 août 2022, la Dre C. \_\_\_\_\_ du SMR propose de retenir la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 30 novembre 2018, date de l'examen par la Dre V. \_\_\_\_\_, qui objective les séquelles multiples dans son rapport du 17 décembre 2018. Il n'apparaît en l'occurrence pas nécessaire de fixer précisément la date d'aggravation de l'état de santé du recourant, à partir de laquelle seule une capacité de travail de 50 % pouvait être exigée de lui, puisqu'il ressort des développements qui précèdent que cette aggravation a eu lieu entre la dernière décision de l'OAI du 19 mai 2017 et le dépôt de sa nouvelle demande de prestations le 16 septembre 2020.

**6. a)** Dans son recours, le recourant conteste que cette capacité de travail puisse réellement être mise en œuvre sur le marché du travail, au vu de ses atteintes à la santé, de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de la durée de la rente qui lui a été allouée.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, l'art. 16 LPGA se réfère à l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée sur un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

**c)** La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement

restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 24 ad art. 7).

**d)** S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_188/2019 précité consid. 7.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**e)** En l'occurrence, il convient tout d'abord de rappeler que la suppression du droit à la rente d'invalidité du recourant est intervenue par décision de l'OAI du 19 mai 2017, confirmée sur recours par arrêt du 25 juin 2018 (AI 205/17 - 186/2018). Dans la mesure où la reprise d'une activité a déjà été jugée exigible à cette époque, on ne saurait réexaminer cette question au regard de l'âge du recourant et du fait qu'il a bénéficié d'une rente d'invalidité pendant de nombreuses années. On peut d'ailleurs préciser qu'au moment où la récupération d'une capacité de travail a été admise par le Dr G.\_\_\_\_\_, le recourant était âgé de 48 ans seulement et qu'il a ensuite, à plusieurs reprises, refusé toute mesure d'ordre professionnel en vue de sa réinsertion sur le marché de l'emploi (arrêt CASSO AI 205/17 - 186/2018 consid. 5b et 7).

S'agissant de la capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée qui lui est désormais reconnue, il faut également constater que rien ne s'oppose à sa mise en œuvre sur le marché de l'emploi. Les limitations fonctionnelles du recourant, telles que reconnues par les experts, limitent certes quelque peu les postes qui lui sont accessibles - ce dont l'OAI a d'ailleurs tenu compte en retenant un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé (cf. consid. 7d ci-dessous) - mais ne rendent pas l'exercice d'une activité lucrative illusoire. L'experte ORL a, compte tenu des limitations fonctionnelles arrêtées, envisagé l'exercice d'une activité sédentaire ne nécessitant pas beaucoup de communication avec l'entourage en raison de la dysarthrie et aucun effort

physique, de type gestion de stock. Le service de réadaptation de l'OAI a considéré que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux (cf. feuille de calcul du salaire exigible du 19 octobre 2022). Le recourant n'avance pas d'élément qui permettrait d'estimer que ces activités ne lui sont pas accessibles.

**7. a)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 25 et n° 33 ad art. 16).

**b)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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).

**c)** 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**d)** En l'occurrence, le recourant ne critique pas le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé à l'OAI. C'est de manière erronée que l'OAI s'est référé à l'année 2019 pour effectuer ce calcul dans la mesure où le droit à la rente ne s'ouvrait qu'en 2021, à savoir six mois après la nouvelle demande de prestations. Cela étant, cette imprécision demeure sans effet dans la mesure où tant le revenu avec que celui sans invalidité ont été calculés sur la base de l'ESS et que l'indexation des revenus en question jusqu'en 2021 serait la même et n'influencerait dès lors pas le degré d'invalidité fixé. L'abattement de 5 % auquel l'OAI a procédé pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant n'est pas contesté

et n'apparaît effectivement pas critiquable. Le taux d'invalidité de 52,5 %, arrondi à 53 %, peut dès lors être confirmé. Celui-ci donne droit au recourant à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2021, compte tenu du délai de six mois à compter du dépôt de la nouvelle demande de prestations, lequel s'applique également en cas de reprise d'invalidité comme c'est le cas en l'espèce (cf. consid. 4c).

**8. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** Les décisions rendues les 13 mars et 6 avril 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 mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :