

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 octobre 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Livet, juges  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], arrivé en Suisse en 2005 sans formation certifiée, a travaillé plusieurs années dans le domaine de la construction, en tant que coffreur.

Le 22 septembre 2015, l'assuré a glissé dans la boue sur un chantier et s'est tordu la cheville gauche. Il s'est retrouvé totalement incapable de travailler. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident. L'assuré a suivi un traitement conservateur et toutes les tentatives de reprise de son emploi se sont soldées par un échec. Il s'est finalement fait licencier en décembre 2015. L'assuré a séjourné à la Clinique [...], en février 2016. La CNA a finalement mis fin aux prestations, à l'exception des frais de traitement, au 7 février 2017.

Le 16 décembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant de son entorse au pied gauche du 22 septembre 2015 et de l'incapacité de travail consécutive.

L'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés, le 3 février 2017.

Le 8 février 2017, la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis son accident et que sa capacité de travail dans une activité adaptée devrait être évaluée après une réadaptation. Pour l'instant, la marche se faisait avec une boiterie de décharge et était impossible sur les pointes et les talons. Elle avait constaté des douleurs à la palpation et une mobilité passive également douloureuse.

Dans un rapport du même jour à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé qu'il n'y aurait aucune amélioration possible de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Il a pour le surplus renvoyé l'OAI à des rapports qu'il avait établis les 25 mai 2016 et 26 janvier 2017 à l'attention de la CNA, dans lesquels il avait retenu les diagnostics de douleurs résiduelles de la cheville gauche sur status après entorse en septembre 2015 et de suspicion de lésion partielle de la syndesmose antérieure de la cheville gauche. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient à prendre en considération : alternance des positions, pas de longues marches ni de marche en terrain irrégulier, pas de travail accroupi ou à genou, pas de port de charges de plus de 10 kg ou de mouvements en porte à faux.

Dans un rapport du 5 juin 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a exposé que l'assuré souffrait actuellement d'une neuropathie d'enclavement et a préconisé la poursuite du traitement conservateur. Une réorientation professionnelle s'imposait, en raison de l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle sur les chantiers. Dans une activité adaptée, une exigibilité de 100 % pourrait être retenue, moyennant un accompagnement et un soutien psychologique.

Par décision du 23 octobre 2017, confirmant un projet de décision du 20 juillet 2017, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré. Il a retenu que, dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de longues marches, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail accroupi ou à genou, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements en porte à faux), la capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2017. L'assuré pouvait mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Après comparaison des revenus, le préjudice économique s'élevait à 10%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assuré s'est vu offrir une aide au placement. Dans ce cadre, il a effectué un stage en qualité d'aide technique polyvalent dans un EMS, avant d'y être placé à l'essai durant six mois. A l'issue de ce placement, en novembre 2018, l'assuré n'avait pas réussi à réintégrer le marché du travail. L'OAI a fermé son mandat, informant l'assuré qu'il conservait la possibilité de faire une nouvelle demande d'aide au placement, en présentant un projet concret.

**B.** Le 9 décembre 2022, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de l'état de son pied gauche et d'une incapacité totale de travail du 13 septembre au 13 novembre 2022, puis à 50 % depuis lors. L'assuré a adressé plusieurs documents, dont un rapport final de formation établi le 2 mai 2022 à l'attention du Service de l'emploi, un bilan du physiothérapeute R. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2022 pour un suivi pour des gonalgies droites, et un rapport du 18 novembre 2022 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, faisant état de l'implantation, en octobre 2022, d'un stimulateur médullaire qui avait permis une réduction de 60 à 70 % des douleurs.

Par projet de décision du 14 décembre 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il comptait ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 30 janvier 2023, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en indiquant que l'assuré contestait le projet de décision. Il a exposé qu'il y avait une péjoration de la situation chez son patient ; la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche (neuropathie) avait dû être traitée par un stimulateur médullaire et l'assuré avait développé une atteinte au genou controlatérale. En janvier 2023, il avait bénéficié d'une arthroscopie du genou droit en raison d'une déchirure complexe. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a renvoyé à cet égard à une lettre de sortie du 16 janvier 2023 établie par le Dr G. \_\_\_\_\_, laquelle concernait toutefois l'assuré [...]. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'un suivi psychiatrique avait été mis en place, en raison des répercussions du handicap physique de l'intéressé sur sa santé mentale. Il a encore joint à son envoi des rapports figurant déjà au dossier.

Le 10 février 2023, l'assuré a confirmé à l'OAI qu'il contestait son projet de décision.

Suivant l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR) du 3 mars 2023, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de l'assuré.

Le 9 mars 2023, l'OAI s'est vu remettre à sa demande le dossier de la CNA contenant l'ensemble des documents sur la base desquels elle avait nié à l'assuré, par décision du 9 mars 2018, le droit à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 6,88 %.

Le 15 mai 2023, en réponse à une interpellation de l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas connaître l'assuré.

Dans un rapport du 14 septembre 2023, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de « F 33 » [trouble dépressif récurrent], d'intervention sur le genou gauche il y a 7 ans, de neuropathie périphérique traitée par stimulateur médullaire en septembre 2022 et d'intervention du genou droit en janvier 2023. Elle a fait état d'un pronostic réservé et d'une médication à optimiser. L'assuré présentait un état psychique avec angoisses, moral bas, douleurs insomniantes et réveils fréquents. La souffrance physique engendrait un retentissement psychique important. Ses seules ressources étaient sa famille. Une adaptation dans une activité en EMS, comme effectuée précédemment, devait être évaluée, mais semblait possible de l'avis de l'assuré.

Dans un avis du 17 octobre 2023, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs pour admettre une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, modifiant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible par rapport à la première demande. Il a relevé que l'assuré n'avait pas subi l'intervention chirurgicale au genou mentionnée par le Dr L.\_\_\_\_\_, celui-ci s'étant

trompé de patient. Quant au rapport de la Dre D.\_\_\_\_\_, il ne mentionnait pas de diagnostic précis, ni n'indiquait de capacité de travail précise, mais retenait des possibilités de travailler, l'assuré n'ayant au demeurant pas de traitement psychotrope.

Par projet de décision du 18 octobre 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente et des mesures professionnelles, au motif qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision.

Le 7 novembre 2023, l'assuré a contesté le projet de décision, en se prévalant de ses douleurs et de ses difficultés à trouver du travail. Il a produit des rapports médicaux figurant déjà au dossier, ainsi qu'un rapport du 27 octobre 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_ retenant le diagnostic de dysplasie rotulienne au stade II selon wiberg. Il a également remis des certificats de travail.

Lors d'un entretien téléphonique du 3 janvier 2024, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas d'autre rapport à adresser et précisé que la CNA ne prenait désormais plus en charge les frais de physiothérapie.

Le 31 janvier 2024, le SMR a estimé que l'assuré n'apportait aucun élément nouveau par rapport aux éléments retenus dans la première demande. Le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ ne précisait pas quel genou était concerné par le diagnostic et n'apportait pas de nouvelles limitations fonctionnelles. La problématique était essentiellement liée à l'accès à un emploi adapté. Les certificats de travail remis attestaient que l'assuré avait donné entière satisfaction lors de ses emplois et stages.

Par décision du 31 janvier 2024, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision.

**C.** Le 12 février 2024, A.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, concluant en substance à son annulation. Il s'est prévalu de la péjoration de son état de santé et des douleurs touchant désormais son genou droit, attestés par les rapports déjà produits.

Par réponse du 27 mars 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

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

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à charge de l'OAI. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale s'est notablement aggravée entre la décision de refus de rente du 23 octobre 2017 et la décision litigieuse du 31 janvier 2024.

**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<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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, la nouvelle demande a été déposée le 9 décembre 2022. Le nouveau droit est donc applicable.

**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)** 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 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), 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 l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5. a)** En l'occurrence, l'assuré a déposé une première demande en décembre 2016, en se prévalant d'une entorse au pied gauche survenue le 22 septembre 2015 et d'une incapacité de travail existant depuis lors. Se fondant sur les rapports recueillis, l'OAI a constaté que l'assuré n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle. Il a en revanche considéré qu'il était capable de travailler dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit permettant l'alternance des positions, sans longues marches, sans marche en terrain irrégulier, sans travail accroupi ou à genou, sans port de charges de plus de 10 kg et sans mouvements en porte à faux. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité de 10 % était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**b)** Dans la décision entreprise du 31 janvier 2024, l'OAI a refusé d'accorder une rente à l'assuré au motif que sa situation ne s'était pas modifiée.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, le recourant indique souffrir de douleurs invalidantes au genou droit, lesquelles n'ont pas fondé la première décision de refus de rente du 23 octobre 2017. Cela étant, il ne ressort pas des pièces au dossier que le genou droit a fait l'objet d'investigations de la part de l'intimé dans le cadre de la nouvelle demande déposée en décembre 2022. Le physiothérapeute R. \_\_\_\_\_

avait pourtant précisé que l'assuré était suivi pour des gonalgies droites qui l'empêchaient de marcher, dans son rapport du 9 septembre 2022. Deux médecins ont également évoqué une opération subie au genou droit au début de l'année 2023 (cf. rapport du 30 janvier 2023 du Dr L. \_\_\_\_\_ et rapport du 14 septembre 2023 de la Dre D. \_\_\_\_\_). L'OAI ne pouvait simplement se contenter de rejeter, sans investigation complémentaire, le rapport du 30 janvier 2023 du Dr L. \_\_\_\_\_ mentionnant cette intervention, au motif qu'il s'était trompé de patient. L'OAI aurait dû interpeller le médecin quant à cette erreur et lui demander d'établir un rapport conforme à la situation du recourant. Or, il n'en est rien. L'OAI n'a pas non plus interpellé le Dr M. \_\_\_\_\_ afin qu'il précise quel genou était concerné par le diagnostic de dysplasie rotulienne de stade II selon wiberg posé dans son rapport du 27 octobre 2020, alors même que le SMR avait relevé que cette information manquait. Il apparaît en conséquence que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire sur le plan somatique.

L'assuré a en outre débuté un suivi psychiatrique auprès de la Dre D. \_\_\_\_\_, lequel n'était pas mis en place lorsque la précédente décision a été rendue. Dans son avis du 17 octobre 2023, le SMR a estimé que la psychiatre ne mentionnait pas de diagnostic précis dans son rapport du 14 septembre 2023, ne précisait pas de capacité de travail, tout en retenant des possibilités de travailler, et n'avait prescrit aucun traitement psychotrope. Il apparaît cependant que la Dre D. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic invalidant « F 33 » dans son rapport, correspondant à un diagnostic de trouble dépressif récurrent selon la classification de la CIM-10. La psychiatre a également retenu des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. En outre, contrairement à ce que le SMR a relevé, la psychiatre n'a pas retenu des possibilités de travailler, mais a évoqué une capacité de réadaptation à évaluer, en indiquant que l'intéressé avait un avis favorable à cet égard. Aussi, l'OAI ne pouvait se contenter de relever l'absence de certains renseignements sans requérir un complément d'informations auprès de la Dre D. \_\_\_\_\_ et rejeter la demande de l'assuré sur la base de cet unique rapport.

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En effet, l'OAI n'a pas correctement investigué l'état de santé du recourant

s'agissant de ses gonalgies au genou droit et de ses troubles psychiatriques. Il lui incombera de recueillir de nouveaux rapports médicaux, cas échéant de mettre en œuvre un examen clinique par le SMR ou une expertise mono ou bi-disciplinaire auprès d'experts indépendants, en fonction des renseignements qui auront été recueillis.

**7. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**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 intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 31 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_,
- 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 :