

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bidiville et Mme Boyard, assesseurs
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
audit lieu,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA

E n f a i t :

A. J._____, né en 1963, naturalisé suisse, marié et père de famille, a travaillé en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de l'entreprise M._____, à Etoy, depuis le 1^{er} juillet 2000. Il a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 9 décembre 2002, sollicitant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans un rapport du 13 février 2003, le Dr F._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de rectolite ulcéro-hémorragique (1997, premiers symptômes plusieurs années plus tôt) persistant sous Imurek, cortico-dépendante, en cours de processus chirurgical (colectomie le 01.12.02, proctectomie prévue fin février, avec confection d'une poche ilé-anale) et de douleurs dorso-lombaires, depuis plusieurs années, s'étant progressivement aggravées (début imprécis). S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr F._____ considère qu'il est difficile de l'évaluer, les douleurs n'étant pas totalement dépendantes de l'activité de manutention, l'exercice d'une activité adaptée étant toutefois exigible.

Le 3 septembre 2003, le Dr F._____ a établi un nouveau rapport dans lequel il indique qu'il y a eu des changements de diagnostics, l'assuré présentant des spasmes, des douleurs et des faux besoins post-opératoires. Selon ce médecin, la capacité de travail dépend de l'évolution après l'hospitalisation actuelle.

Dans un rapport du 5 janvier 2004, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et en gastroentérologie, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de rectolite ulcéro-hémorragique diagnostiquée en juin 1997, de colectomie subtotale avec confection d'une poche ilé-anale en raison d'une RCHU cortico-dépendante en octobre 2002, de fermeture de l'iléostomie en mai 2003, de diarrhées persistantes et d'état dépressif réactionnel principalement depuis l'été 2003. Ce

médecin considère que l'incapacité de travail s'élève à 30% depuis juin 2002 et à 100% dès le mois d'octobre suivant. Actuellement, la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle, un emploi adapté, c'est-à-dire sédentaire, étant exigible à 50%, compte tenu d'une diminution de rendement en raison de la fréquence des selles.

Le Dr G._____, psychiatre traitant de l'assuré, a établi un rapport le 8 juillet 2004, dans lequel il retient les diagnostics de rectolite ulcéro-hémorragique, d'épisodes dépressifs moyens à sévères, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de traits de personnalité schizoïde. Le Dr G._____ conclut à une capacité résiduelle de travail nulle dans l'emploi habituel et de 50% dans une activité sédentaire compatible avec ses symptômes, en particulier les selles impérieuses. Il fait en outre état d'une diminution de rendement en ce sens que l'intéressé doit fréquemment interrompre ses activités en raison desdits symptômes.

Dans un rapport d'examen du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 12 octobre 2004, le Dr W._____ a conclu à une incapacité de travail totale et probablement définitive en tant chauffeur-livreur en raison essentiellement du caractère impérieux de la défécation. Une activité sédentaire sans port de charges lourdes et permettant un accès libre aux toilettes demeure toutefois exigible à 50% au moins. Ces incapacités tiennent compte des douleurs rachidiennes qui ne sont pas au premier plan puisque le médecin traitant n'a pas demandé un avis rhumatologique comme il l'avait prévu initialement.

L'assuré a bénéficié d'un stage du 5 au 30 septembre 2005 au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI), à Yverdon-les-Bains. Les responsables dudit centre ont établi un rapport le 25 octobre 2005, dont le chapitre conclusion est libellé de la manière suivante:

"En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. J._____ démontre des difficultés à investir sans interruptions un poste de travail. Ses problèmes de

santé nécessitent de fréquentes absences pour se rendre aux WC. Nous observons également qu'il peine à trouver une position de travail lui offrant un confort pour s'investir dans la tâche confiée. Il est constamment en train de modifier son assise et grimace régulièrement. L'assuré est d'une nature peu patiente, devenant nerveux lorsqu'il est devant une difficulté que ce soit lors de travaux faisant appel à des notions d'attention et de concentration ou dans la minutie des gestes qu'il doit accomplir. Par contre, dans les travaux adaptés tant à ses problèmes de santé qu'à ses aptitudes intellectuelles, il possède une capacité résiduelle de travail. M. J._____ est en mesure d'investir un poste à mi-temps avec des rendements proches de 100%, car il persiste des absences pour se rendre aux WC. Précisons à cet égard, que si de tels incidents devaient survenir, l'assuré devrait pouvoir compenser ses absences, afin de satisfaire pleinement aux exigences de rendement d'un emploi à mi-temps. L'activité doit être légère et peut être effectuée en position assise ou debout, sans port de charges et un accès à des commodités est impératif. L'idéal serait qu'il puisse bénéficier de WC privatifs pour se sécuriser et y mettre ses affaires pour les soins et des éventuels habits de rechange. Nous pensons à des travaux de montage à l'établi, des activités de câblage, des travaux d'entretien léger, du conditionnement. Les travaux de production à la chaîne sont à exclure. Une aide au placement peut être judicieuse, mais l'assuré ne semble pas encore prêt à s'investir dans une telle démarche pour l'instant."

Le 17 février 2006, le Dr W._____ a confirmé son estimation de la capacité de travail de 50% avec un rendement normal.

Par décision du 15 juin 2006, confirmée dans une décision sur opposition du 19 janvier 2007, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2003, compte tenu d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans un emploi sédentaire, sans port de charges lourdes et avec accès aux toilettes.

B. J._____, représenté par Me Philippe Nordmann, a recouru contre cette décision, par acte du 20 février 2007, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à un trois-quarts de rente. Pour l'essentiel, le recourant admet ne pas être en mesure de travailler à plus de 50%, mais conteste le taux d'abattement sur le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, soit 15%.

Dans sa réponse du 21 mai 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 18 janvier 2008, le recourant a produit un courrier du 30 octobre 2008 du Dr S._____, psychiatre traitant de l'assuré, adressé au SMR, dont il ressort que le recourant bénéficie d'une prise en charge "de type médico-psychiatrique et ergo et sociothérapique", en collaboration avec l'Unité de Réhabilitation du Service de Psychiatrie Communautaire du Département Universitaire de Psychiatrie adulte (ci-après: CES), en la personne de Z._____, ergothérapeute. Le Dr S._____ expose en outre ce qui suit:

"Une fois terminée la prise en charge plus proprement ergothérapique, nous avons proposé à ce patient un programme d'occupation aux Ateliers protégés du CES à partir du 2 octobre 2007 [...].

Un point de la situation ne peut être raisonnablement prévu avant l'été 2008 [...].

Entre-temps, M. J._____ reste à mon avis incapable de travailler à au moins 70% pour des raisons psychiatriques, en raison des blocages psychiques, liés fondamentalement au dysfonctionnement encore actuel de sa personnalité.

[...]

En effet, même s'il existe une symptomatologie dépressive résiduelle, qui n'est plus nécessairement invalidante, et une majoration des symptômes, avec certains éléments qui renvoient aux critères diagnostiques des troubles factices, l'on ne peut pas nier l'existence de symptômes encore importants se référant à des troubles de l'adaptation post-traumatique, le traumatisme étant lié à la manière où le patient a pu élaborer les échecs des traitements médico-chirurgicaux auxquels il a été soumis."

Le 7 mai 2008, le recourant a produit un courrier du 24 avril 2008 adressé à Me Nordmann, dans lequel le Dr S._____ expose notamment ce qui suit:

"[...]. Depuis l'automne 2007, la situation familiale et conjugale de mon patient s'est encore plus compliquée, avec notamment l'apparition de troubles de l'adaptation scolaire et des comportements de son enfant, [...] pris en charge, non sans difficulté, par Mme la Dresse X._____, Cheffe de Clinique du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence à Lausanne.

Les répercussions de la pathologie de mon patient sur l'équilibre conjugal et familial sont évidentes et désorganisatrices. Depuis l'été 2007, nous avons pu constater l'isolement social dans lequel vit mon patient et la gravité des répercussions de sa pathologie, notamment gastro-intestinale et relative aux troubles de sa personnalité, sur son entourage familial. [...]

L'incapacité de travail du point de vue psychiatrique reste totale dans le marché normal du travail, dans quelques activités que ce soit, à mon avis.

Le moment n'est donc pas encore venu pour que ce patient puisse commencer une observation dans le cadre d'un Centre adapté de l'Assurance Invalidité. [...]

Cette nouvelle mesure d'instruction [...] est incontournable [...].

Seulement ensuite et au vu des conclusions des professionnels de l'AI, une réinsertion professionnelle pourra être organisée, assortie **obligatoirement** d'un accompagnement à la réinsertion organisé par votre assurance.

Je confirme ce que j'écrivais [...] le 30 octobre 2007, à savoir qu'il existe encore actuellement une symptomatologie dépressive résiduelle, qui n'est plus invalidante actuellement, alors que la majoration des symptômes avec certains éléments qui renvoyaient aux critères diagnostiques des troubles factices paraissent en voie d'amendement. Il reste néanmoins des symptômes encore importants, se référant aux troubles de l'adaptation post-traumatique, le traumatisme étant lié au fait que ce patient, de par la sévérité des troubles de sa personnalité, n'a pas pu élaborer et intégrer adéquatement les retombées psychologiques des échecs des traitements médico-chirurgicaux auxquels il a été soumis."

Le 7 juillet 2008, l'office intimé a confirmé sa position et s'est rallié à un avis médical du SMR daté du 17 juin 2008, dans lequel les Drs L._____, médecin-chef adjoint au SMR, et W._____ ont notamment exposé ce qui suit:

"[...] Il est intéressant de relever que le Dr S._____ admet que la symptomatologie dépressive résiduelle « n'est plus nécessairement invalidante ». Il évoque « un trouble de l'adaptation post-traumatique...en relation avec l'échec des traitements médico-chirurgicaux » lequel, par définition, n'est pas invalidant.

Le rapport de M. Z._____, ergothérapeute à Cery, conclut qu'il est « possible pour M. J._____ de reprendre un travail sur un temps supérieur à 50%, soit compris entre 70 et 80%, avec (...) un aménagement du temps de travail ».

Le courrier du Dr S._____ à Me Nordmann du 24.4.2008 se réfère à des événements survenus en été 2007, soit postérieurement à la décision sur opposition. Ils ne peuvent par conséquent pas être pris en considération.

Au vu de l'ensemble de ces documents, force est de conclure que l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée de mars 2003 à décembre 2006, puis de 70-80% depuis janvier 2007. [...]"

Le 29 août 2008, le recourant s'est déclaré prêt à accepter un taux de rente de 50% pour autant qu'une aide au placement soit mise en œuvre. Il a ainsi requis la suspension de la cause pour une durée indéterminée et la mise en œuvre des mesures d'aide au placement, dans les meilleurs délais.

L'OAI s'étant déclaré en accord avec la requête du recourant, le juge instructeur a, par décision du 3 novembre 2008, suspendu la cause, le temps pour l'office intimé de mettre en place une mesure d'aide au placement avec la collaboration active de l'intéressé.

Interpellé par le juge instructeur, le recourant a exposé, le 27 mai 2009, qu'il n'avait bénéficié d'aucune mesure concrète d'aide au placement de la part de l'AI, cette institution s'étant bornée à indiquer où il pouvait rechercher un emploi en consultant la presse ou internet.

Le 2 juin 2009, l'intimé a produit un rapport intitulé "Note 1^{er} entretien placement" du 16 avril 2009 et a exposé qu'un entretien de suivi était prévu avec le coordinateur emploi le 16 juin 2009.

Le 9 juin 2009, le recourant a requis que la cause soit reprise.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision, le recours est recevable en la forme entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

2. Est litigieux le degré d'invalidité présenté par le recourant, singulièrement la détermination, dans le cadre de l'évaluation du préjudice économique subi du fait de ses atteintes, de son revenu d'invalidité, partant son droit à l'octroi d'une rente.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 6 LPGA in fine).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la 5^{ème} révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 %

au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82 consid. 1b).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui 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. Il doit être déterminé d'après ces critères si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, respectivement s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.2; TF I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 4.3 et les références). A cet égard, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et la référence; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative, respectivement aucune activité adaptée normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques sur les salaires moyens, telles que résultant notamment de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3 et les références; TF 9C_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 3).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 et les références).

En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par un assureur pour résoudre un cas litigieux. En particulier, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport qui émane d'un service médical régional AI (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a pleine valeur probante (TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 in fine et la référence), alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que,

de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants pourraient selon les cas avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'espèce, le recours tend à l'octroi principalement d'une rente entière, subsidiairement, d'un trois-quarts de rente. Dans son acte de recours du 20 février 2007, le recourant admet ne pas être en mesure de travailler à un taux supérieur à 50%. En outre, le 29 août 2008, il s'est déclaré prêt à accepter une rente d'un taux de 50% à la condition qu'il puisse bénéficier d'une aide au placement. Ainsi, le recourant ne contesterait plus la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI, soit 50% dans un emploi adapté. L'intéressé semble toutefois nier qu'une aide au placement ait dûment été mise en œuvre, de sorte que la question de la capacité résiduelle de travail doit être examinée.

a) Dans la décision entreprise, l'office intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dans un emploi adapté, taux qui est confirmé par l'estimation des Drs N._____, G._____, W._____ et L._____, ainsi que par les responsables du COPAI. Seul le Dr S._____, psychiatre traitant, a conclu, le 18 janvier 2008, à une incapacité de travail de 70% au moins pour des raisons psychiatriques. Dans son rapport du 24 avril 2008, ce médecin estime toutefois que l'incapacité de travail est totale dans toutes activités. Son avis, en contradiction avec celui du Dr G._____, ne convainc toutefois pas. D'une part, le Dr S._____ n'explique pas les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail du recourant se serait aggravée entre le 18 janvier et le 24 avril 2008 et, d'autre part, il expose que la symptomatologie dépressive n'est actuellement plus invalidante et que la majoration des symptômes avec certains éléments qui renvoient aux critères diagnostiques des troubles factices paraissent en voie d'amendement. Il est ainsi contradictoire de faire état d'éléments attestant une amélioration de l'état de santé du recourant et de réduire l'estimation de la capacité résiduelle de travail du recourant, de sorte que pleine valeur probante ne peut être reconnue aux rapports du Dr S._____. En conséquence, il y a lieu d'admettre que le

recourant présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à ses problèmes de santé.

b) S'agissant de la détermination du taux d'invalidité du recourant, celui-ci considère qu'il se justifie d'opérer un d'abattement sur le revenu d'invalidé supérieur à 15%, taux retenu par l'office intimé.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé peut, le cas échéant, être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2).

Dans le cas présent, l'OAI a effectué un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. En l'espèce, l'étendue de l'abattement retenu par l'office intimé prend en compte l'ensemble des circonstances de manière conforme au droit. L'OAI était par conséquent fondé à effectuer un tel abattement sur le revenu d'invalidé.

Pour le surplus, la comparaison des revenus déterminants effectuée par l'office intimé fait apparaître un degré d'invalidité de 58%. Le calcul du taux d'invalidité, qui n'est pas contesté, mis à part le taux d'abattement, et qui s'avère au demeurant exact, doit dès lors être confirmé.

5. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. Vu l'ampleur de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont arrêtés à 450 fr. et mis à la charge du recourant (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour J._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :