

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 décembre 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Thalmann
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

M. _____, à Epalinges, recourante,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1948, employée de commerce de formation, a notamment travaillé dans la fonction publique vaudoise. Le 17 janvier 2008, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de tentatives de suicide et d'une grave dépression.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Le 25 janvier 2008, ce praticien a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, de troubles mixtes de la personnalité (état limite et personnalité dépendante), d'utilisation nocive de l'alcool et de status après plusieurs hospitalisations pour dépression, intoxications éthyliques, tentamens. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 22 février 2007 dans l'activité de secrétaire, indiquant que l'intéressée avait présenté plusieurs épisodes dépressifs puis qu'elle faisait face à un état d'épuisement prolongé. Le Dr W. _____ a joint à son envoi un rapport du 14 septembre 2007 du département de psychiatrie du CHUV, mettant en évidence les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, de trouble mixte de la personnalité à traits limite et dépendants et de difficultés liées à l'emploi.

Dans un rapport du 12 mars 2008, le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne et psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline, et d'utilisation nocive d'alcool, attesté d'un traitement en cours depuis le 22 mai 2007 et retenu une incapacité de travail de 100% dès le 22 février 2007. Il a relevé que sa patiente ne présentait pas la force psychique suffisante pour travailler, précisant que l'évolution défavorable du trouble de la personnalité et la présence d'un syndrome anxio-dépressif avec

perte de motivation, ralentissement et troubles de la concentration étaient la cause de l'incapacité de travail.

Le 19 mars 2008, les médecins du département de psychiatrie du CHUV ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de trouble lié à l'alcool, utilisation nocive pour la santé, et de trouble mixte de la personnalité à traits limites et dépendants. Ces médecins ont attesté une hospitalisation pour un état dépressif avec alcoolisations massives dans un contexte de suspicion de sarcoïdose en voie d'investigations et constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée dans le cadre hospitalier.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR) qui, sous la plume du Dr F. _____ (rapport du 10 juin 2008), n'a retenu aucun diagnostic et indiqué que l'alcoolisme était primaire et la symptomatologie dépressive secondaire à la pratique alcoolique, dite symptomatologie s'améliorant de façon spectaculaire dès cessation de la pratique toxique.

Par projet de décision du 11 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI, motif pris que l'incapacité de gain était due avant tout à la toxico-dépendance de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité au sens de la loi.

Dans un rapport du 5 juillet 2008, le Dr S. _____ a contesté le projet de décision ci-dessus et expliqué en particulier que la consommation d'alcool résultait clairement d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie et que sa patiente souffrait de deux pathologies psychiatriques - soit un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité - selon les critères de la CIM-10 et dont la gravité ainsi que l'acuité justifiaient en soi une diminution de la capacité de travail.

Le 16 juillet 2008, se référant au rapport précité du Dr S. _____, l'assurée a fait valoir qu'elle n'était pas toxico-dépendante,

qu'elle était à bout de force et qu'elle ne pouvait plus se concentrer sur n'importe quelle tâche.

Dans un avis médical du 8 août 2008, le Dr T._____, du SMR, a estimé que l'assurée disposait des ressources pour cesser sa pratique alcoolique active et ainsi réduire le dommage sur sa santé, en raison de l'amélioration de son état lors des séjours hospitaliers en 2007. Il a réfuté la présence d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10, et retenu que l'alcoolisme était primaire et la symptomatologie dépressive secondaire à la pratique alcoolique, dite symptomatologie s'améliorant de façon spectaculaire dès cessation de la pratique toxique, de sorte que la problématique ne ressortait pas de l'AI.

Par décision du 18 août 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'AI, faisant valoir que l'incapacité de gain était due avant tout à la toxico-dépendance de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité au sens de la loi.

B. Par acte du 17 septembre 2008, M._____ a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal des assurances et conclu à ce que l'AI fixe son taux d'incapacité de travail et de gain, puis détermine son droit à la rente. Elle a soutenu que son problème d'alcool était secondaire à ses graves troubles psychiques et s'est prévalu d'une détérioration de son état de santé psychique.

Dans sa réponse du 2 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée.

Le 7 mai 2009, le Dr C._____, du département de psychiatrie du CHUV, a mis en évidence une modification de la situation de l'assurée depuis octobre 2009, relevant que la dépendance à l'alcool était secondaire à un trouble affectif bipolaire, ce dernier entraînant une incapacité de travail durable. Il a indiqué que l'assurée présentait une pathologie psychiatrique grave, chronique, et s'est référé à un rapport du 28 octobre 2008 du département de psychiatrie du CHUV, posant les

diagnostics de trouble affectif bipolaire, type II, épisode actuel mixte, et de troubles liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé.

Dans un avis médical du 11 juin 2009, le Dr T._____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis octobre 2008 était inconnue, qu'une évaluation de l'état de santé psychique après trois mois sans alcool allait permettre d'apprécier l'exigibilité avec un état de santé possiblement stationnaire, puis a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique externe. Par courrier du 17 juin 2009, cette dernière mesure d'instruction a été réclamée par l'OAI.

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie, à Pully. Le 1^{er} octobre 2010, ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile, type borderline, ou trouble affectif bipolaire, type II, épisode actuel mixte, et de troubles liés à l'utilisation et l'abus d'alcool et/ou de médicaments, utilisation nocive pour la santé. Il a ensuite retenu en particulier ce qui suit:

"La question est donc de savoir le lien qui existe entre consommation d'alcool, troubles psychiques et capacité de travail.

Comme je l'ai expliqué dans la section précédente, le diagnostic précis de l'affection psychique dont souffre l'expertisée peut porter à discussion mais il est indubitable que cette expertisée souffre d'une affection psychiatrique ayant valeur de maladie au sens de la CIM-10 ou du DSM-IV. Cette affection est, sans conteste non plus, bien antérieure à l'incapacité de travail survenue à partir de 2007.

En effet, cette expertisée présente une anamnèse bien particulière, avec des troubles évidents dans les relations avec ses parents et dans ses relations aux autres en général. Le divorce des parents marque une première rupture. Et l'expertisée peut bien dire que sa mère ne s'est jamais remise de la séparation puis du divorce d'avec son mari mais il est évident que l'expertisée elle-même n'a plus su que faire depuis ce moment-là. Elle affirme n'avoir été bien qu'avec son père mais elle manifeste clairement des sentiments de culpabilité intense à l'égard de sa mère dont le décès est un événement traumatique qui provoqua pendant des années des alcoolisations à l'anniversaire de ce décès (le 13 décembre). Les relations sentimentales sont également particulières puisque après avoir été enceinte une première fois, l'expertisée décide de consacrer sa vie à son fils. Un tel comportement manifeste également des sentiments de culpabilité intense pour s'interdire

toute nouvelle relation sentimentale et toute relation sexuelle. Enfin elle établit une relation très particulière avec son fils, partageant tous ses loisirs et sans lui laisser une autonomie suffisante. Enfin, il est frappant aujourd'hui de constater combien cette expertisée qui a travaillé toute sa vie n'a quasiment aucune relation sociale en dehors de sa famille, qui se résume aujourd'hui à son frère, et d'une amie.

Cette expertisée présente d'autre part une hyperactivité. Elle a toujours beaucoup travaillé, voulant toujours montrer qu'elle pouvait faire mieux et plus vite que les autres. Là à nouveau nous retrouvons des sentiments de culpabilité et d'insuffisance. Mais nous trouvons également une agitation, un besoin constant de s'occuper pour ne pas affronter les affects dépressifs présents de très longue date et que l'expertisée est totalement incapable d'affronter. Elle fuit dans l'activité effrénée, dans les défis pour ne pas avoir à penser le deuil de sa mère, à penser le deuil d'une relation sentimentale, le deuil d'une vie familiale et protégée.

Néanmoins les sentiments de culpabilité et les affects dépressifs submergent parfois l'expertisée. Dans ces moments, elle perd ses repères, peut présenter des idées suicidaires et cherche les moyens de contenir sa souffrance psychique soit en abusant d'alcool soit en abusant de médicaments.

Mais c'est au moment où son fils rompt toute relation que l'expertisée présente alors une décompensation sur un mode dépressif sévère avec des abus de toxiques. Mais en raison de l'affection psychique dont souffre cette expertisée, les échelles de dépression ne permettent pas de "mesurer" adéquatement la sévérité de la dépression. En effet cette expertisée peut présenter une décompensation sévère pendant quelques jours puis donner l'impression que tout va à nouveau bien alors que les ruminations sont toujours présentes et que rien ne vient étayer cette expertisée. Elle peut donc "replonger" dans un abîme dépressif en quelques jours ou quelques semaines.

Il me semble avoir ainsi démontré que la consommation d'alcool est secondaire à l'affection psychique dont souffre cette expertisée et non pas le contraire. Ce n'est pas la consommation d'alcool qui provoque les troubles psychiques dont souffre cette expertisée.

[...]

10. Capacités professionnelles

Cette question n'a pas été réellement abordée dans l'ensemble des rapports. Certes les médecins traitants ont tous affirmé que la capacité de travail de l'expertisée était nulle depuis le 22 février 2007. Mais ils n'ont pas vraiment décrit les limitations fonctionnelles et la raison de ces limitations fonctionnelles. En effet, il s'agit de savoir si les limitations fonctionnelles sont passagères en raison des abus d'alcool épisodiques ou si elles sont durables et en lien avec l'affection psychiatrique de l'expertisée.

Il est évident selon les pièces au dossier que l'expertisée a présenté une période de décompensation sur un mode dépressif avec des

décompensations réitérées depuis février 2007 à la suite des problèmes qu'elle rencontrait avec son fils principalement. Les décompensations sur un mode dépressif se manifestaient alors par des abus de toxiques à des fins suicidaires, parfois activement parfois passivement. L'expertisée présentait alors une aboulie, un retrait social, un apragmatisme, des ruminations. Durant toute cette période que l'on peut déterminer s'étendre de février 2007 à fin 2008 (date de la première hospitalisation en milieu psychiatrique le 29 mars 2007 et date de sortie de la dernière hospitalisation le 3 octobre 2008), la capacité de travail de l'expertisée était nulle.

Lorsque j'ai examiné l'expertisée en août 2010, elle présentait des troubles psychiques résiduels importants sous forme d'un ralentissement, d'un manque de confiance en elle, d'une instabilité émotionnelle, d'une moindre résistance au stress. Mais elle était capable de gérer seule ses affaires sans les mettre en danger de manière évidente. Elle était à même d'organiser ses journées, de cuisiner et de participer à des activités d'ergothérapie. J'estime donc que depuis janvier 2009, il est possible de lui reconnaître une capacité de travail, certes restreinte. J'estime donc que cette capacité de travail peut être évaluée à 20%-30% dans une activité adaptée à l'abri de stress important et avec des exigences de rendement abaissées de l'ordre de 30% à 40%.

Ces limitations fonctionnelles sont dues à l'affection psychique dont souffre l'expertisée et sont indépendantes de tout abus d'alcool puisque l'expertisée n'abuse plus d'alcool depuis fin août 2008".

Le Dr P. _____ a ensuite répondu comme suit à des questions de l'OAI, respectivement de la juge instructeur:

"L'affection psychique dont souffre l'expertisée est présente de très longue date, vraisemblablement depuis la fin de l'adolescence de l'expertisée. Cette expertisée, comme je l'ai déjà mentionné ne présente pas un syndrome de dépendance à l'alcool puisqu'elle peut être parfaitement abstinentesur de longues périodes. Elle présente des abus de toxiques lors des phases de décompensation sur un mode anxieux et dépressif. Dans ce sens restreint, on pourrait dire que la "toxicomanie" est secondaire à l'affection psychique dont souffre l'expertisée.

[...]

Dans le cadre de mesures de l'Assurance Invalidité, en raison de l'âge de l'expertisée qui sera prochainement en âge de toucher une pension de retraite, le pronostic est d'une atteinte à la santé psychique qui n'évoluera guère ni en amélioration notable ni en aggravation.

Cette expertisée a connu une épreuve dramatique, de se voir rejetée par son fils à qui elle a consacré toute sa vie. Il est donc à craindre que des épisodes de décompensation sur un mode dépressif ne réapparaissent périodiquement et n'aggravent progressivement l'état de santé psychique de l'expertisée".

Cette expertise a été soumise au SMR qui, dans un avis médical du 21 octobre 2010 des Drs T._____ et Q._____, a retenu qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter, la capacité de travail de l'assurée étant nulle dans toute activité du monde de l'économie de février 2007 à décembre 2008.

Le 27 octobre 2010, se ralliant à l'avis précité du SMR et à l'expertise du Dr P._____, bénéficiant selon lui d'une pleine valeur probante, l'OAI a retenu que l'incapacité de travail remontait à février 2007, de sorte que le droit à une rente entière d'invalidité devait être reconnu à compter du 1^{er} février 2008; il a dès lors conclu à l'admission du recours dans cette mesure.

Une copie de ces pièces a été communiquée à la recourante le 15 novembre 2010.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, déposé en temps utile et répondant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc

compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 4 al. 1 LAI). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système

de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

3. En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, ce que conteste la recourante. Le 27 octobre 2010, se basant sur l'expertise établie par le Dr P._____, l'OAI a conclu à l'admission du recours dans le sens où le droit à une rente entière d'invalidité devait être reconnu à l'intéressée à compter du 1^{er} février 2008.

a) Dans son expertise du 1^{er} octobre 2010, le Dr P._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile, type borderline, ou trouble affectif bipolaire, type II, épisode actuel mixte, et de troubles liés à l'utilisation et l'abus d'alcool et/ou de médicaments, utilisation nocive pour la santé. Ensuite, cet expert a notamment considéré comme indubitable que l'assurée souffrait d'une affection

psychiatrique, ayant valeur de maladie au sens de la CIM-10 ou du DSM-IV, et antérieure à l'incapacité de travail survenue à partir de 2007, puis exposé que la consommation d'alcool était secondaire à l'affection psychique. S'agissant des capacités professionnelles, il a retenu que l'expertisée avait présenté une période de décompensation sur un mode dépressif depuis février 2007, justifiant une incapacité de travail totale jusqu'à fin 2008. Depuis janvier 2009, il a évalué la capacité de travail à 20%-30% dans une activité adaptée à l'abri de stress important et avec des exigences de rendement abaissées de l'ordre de 30% à 40%; il a par ailleurs précisé que les limitations fonctionnelles étaient dues à l'affection psychique et qu'elles étaient indépendantes de tout abus d'alcool.

Les constatations objectives, les conclusions ainsi que les différents éléments ressortant de l'anamnèse du Dr P._____ sont corroborés par les autres pièces figurant au dossier, en particulier par les avis respectifs du Dr W._____ (rapport du 25 janvier 2008), du Dr S._____ (rapports des 12 mars et 5 juillet 2008) ainsi que par ceux émanant du département de psychiatrie du CHUV. Les conclusions de l'expert ont également été reprises par les médecins du SMR (avis médical du 21 octobre 2010 des Drs T._____ et Q._____). Au surplus, on relèvera que l'expertise du Dr P._____ comporte une anamnèse complète, se base sur les plaintes de l'assuré ainsi que des constatations psychopathologiques (objectives), puis se fonde sur une appréciation médicale claire et des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) Concernant plus particulièrement l'incidence des troubles psychiques de l'assurée sur sa capacité professionnelle, l'expert a retenu une capacité de travail nulle de février 2007 à fin 2008 puis, depuis janvier 2009, de 20%-30% dans une activité adaptée à l'abri de stress important et avec des exigences de rendement abaissées de l'ordre de 30% à 40%. Dans ces conditions, il faut considérer que la capacité de gain de l'assurée dans une activité adaptée est nulle de février 2007 à décembre 2008, respectivement négligeable depuis janvier 2009. Compte tenu du délai de

carence d'une année (art. 28 LAI) depuis février 2007, c'est à bon droit que, le 27 octobre 2010, l'intimé a retenu que le droit à une rente entière devait être reconnu à l'intéressée à compter du 1^{er} février 2008. La recourante elle-même n'en disconvient pas, dès lors qu'elle a conclu à ce que l'AI fixe son taux d'incapacité de travail et de gain puis détermine son droit à la rente.

c) Partant, le recours est bien-fondé et la décision attaquée doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2008.

4. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

b) N'étant pas représentée par un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais de procédure particuliers, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (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 admis.

II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 18 août 2008 est réformée en ce sens que la

recourante M._____ a droit à une rente entière à compter du 1^{er} février 2008.

III. Il n'est pas perçu d'émolument de justice.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- M._____
- 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 :