

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juin 2010

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me David Métille, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1969, a déposé en 1994 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations en vue d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait de problèmes psychologiques et de toxicomanie en rémission.

Dans le cadre de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. Par courrier du 18 novembre 1994 adressé à l'OAI, ce spécialiste a retenu, au vu de l'évolution de l'assuré, qu'il était impensable pour l'instant de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. Il a joint à son envoi un rapport du 16 novembre 1994, posant d'une part les diagnostics de "troubles dysthymiques récidivants chez une personnalité limite, immature, à traits caractériels, présentant des troubles de l'adaptation graves, récidivants, avec perturbations des conduites, dépendance aux opiacés et abus de cannabis", et d'autre part attestant de difficultés majeures dans un suivi ambulatoire, d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne à grave avec caractéristiques psychotiques dès fin juin 1994, de consommation d'héroïne et d'un traitement de substitution à la méthadone ayant pris fin le 8 novembre 1994.

Par décision du 5 juillet 1995, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles, en retenant que selon les renseignements médicaux un reclassement professionnel n'était pas compatible avec l'état de santé de l'assuré.

**B.** Le 17 septembre 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait de toxicomanie au départ de 1989 à 1993, puis d'une polytoxicomanie jusqu'en 2003 et de difficultés à retrouver un emploi en raison de sa toxicomanie, qui durait depuis plusieurs années.

Par décision du 22 novembre 2004, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif qu'une précédente décision avait déjà été rejetée en 1995 et que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau justifiant une révision de cette décision.

Le 25 septembre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession. Il s'est référé à une fracture de la cinquième et sixième cervicale ensuite d'un accident de ski survenu le 7 février 2006 ainsi qu'à des douleurs répétitives et a indiqué qu'il pouvait travailler dans la vente de matériaux de construction.

Par décision du 22 novembre 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif qu'une précédente décision avait déjà été rejetée en 1995 et que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau.

**C.** En date du 14 mars 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a relevé que, suite aux séquelles résultant de son accident de ski du 7 février 2006 (impossibilité de soulever des poids de plus de 15 kilos), il ne pouvait plus travailler comme monteur électricien et qu'il pouvait seulement faire un travail commercial sans efforts physiques, faisant part de son intention de se diriger vers une formation de gestionnaire de vente.

Dans un rapport du 2 mars 2007 adressé à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du service de neurochirurgie du CHUV, a indiqué avoir examiné l'assuré la première fois le 26 février 2007 et a notamment relevé ce qui suit:

"En bref, il s'agit d'un patient de 36 ans qui a été victime d'une chute à ski le 07.02.2006 avec une fracture subluxation C6-C7, raison pour laquelle il a bénéficié d'une discectomie C6-C7 avec mise en place d'une cage et plaque par abord antérieur suivie d'une fixation postérieure de C6 à D1 le 10.02.2006. En postopératoire, il

présentait une évolution favorable avec cependant toujours des nuchalgies qui limitaient sa capacité de travail.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de déficit moteur ni de la sensibilité. M. F. \_\_\_\_\_ présentant toujours des douleurs au niveau de sa nuque qui ont tendance à augmenter et comme dans le cadre de son activité professionnelle, il porte ou déplace des poids dépassant 15 kg (selon ses dires), il se pose la question d'un reclassement professionnel dans un travail mieux adapté. En ce qui me concerne, j'appuie sa demande d'envisager une nouvelle formation ne requérant pas le port de charges lourdes, afin aussi d'éviter un chômage à long terme. Il est vrai que le patient ne souffre actuellement pas de troubles neurologiques mais les séquelles sont difficiles à évaluer dans le temps. A mon avis, M. F. \_\_\_\_\_ est capable de reprendre son travail pour autant qu'il bénéficie d'un support (aide) pour les charges lourdes".

Dans un rapport médical du 16 août 2007, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin-assistant du service de neurochirurgie du CHUV, a en particulier posé le diagnostic de fracture suluxation C6-C7 avec discectomie et mise en place d'une cage et fixation postérieure C6-D1, puis indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible, avec une limitation de charges, et que l'exercice d'une autre activité moins physique était possible, en évitant les positions sollicitant la colonne.

Le 28 mai 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges répétitif de plus de 5 kilos, activités de force, positions extrêmes statiques prolongées du rachis : flexion, extension et mouvement de rotation droite/gauche. Il a relevé que la capacité de travail était entière dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles "à partir de septembre 2007, 6 mois après l'intervention".

Le 18 juillet 2008, le Dr T. \_\_\_\_\_, chef de clinique du service de psychiatrie du CHUV, a attesté que l'assuré était hospitalisé depuis le 11 juillet 2008.

Par projet du 26 septembre 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 7 février 2007 au 30 novembre 2007 et à l'aide au placement. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé avait été réduite depuis le 7 février 2006 et que, selon les renseignements

médicaux en possession de l'OAI, il existait une capacité de travail à 100 % dès septembre 2007 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répétitif de plus de 5 kilos, activités de force, positions extrêmes statiques prolongées du rachis: flexion, extension et mouvements de rotation droite/gauche). Pour la période postérieure au 30 novembre 2007, se basant sur une comparaison des revenus pour 2007, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 10 %, soit un taux inférieur à celui donnant droit à des mesures de reclassement. L'assuré a contesté ce projet de décision, se prévalant de son état de santé et de sa situation personnelle.

Par communication du 26 septembre 2008, l'OAI a informé l'intéressé qu'un soutien dans ses recherches d'emploi allait être fourni par le service de placement. Ultérieurement, par décision du 10 décembre 2008, l'OAI a mis fin à l'aide au placement, en relevant que l'intéressé ne s'était pas présenté aux entretiens à trois reprises et qu'il avait informé ledit office qu'il devait rester auprès de sa famille à l'étranger pour des raisons de santé.

Dans une attestation médicale du 4 décembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_, du Centre médical du Valentin, a mentionné un suivi par l'assuré pour des affections médicales diverses, notamment des cervicalgies faisant suite à une intervention chirurgicale de la colonne cervicale distale ainsi que pour un traitement à la méthadone et de produits psychotropes. Il a retenu que le traitement n'était pas encore stabilisé et a posé le diagnostic de séquelles douloureuses de la colonne cervicale avec une incapacité de travail de longue durée, voire définitive, des tâches légères ou de surveillance étant proposées. Du point de vue psychique, il a relevé la nécessité d'un suivi stable dans un milieu adéquat.

Le 22 décembre 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'aggravation attestée ni objectivée, ni de nouvelles atteintes; il n'y avait pas d'éléments nouveaux du point de vue

psychique, la toxicomanie ayant déjà fait l'objet d'une instruction et de refus d'entrée en matière.

Par communication du 17 avril 2009, l'OAI a de nouveau octroyé à l'intéressé une aide au placement en la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 30 avril 2009, l'OAI a arrêté la rente due à l'assuré à 1'105 fr. de février à novembre 2007, en raison d'un degré d'invalidité de 100 %.

**D.** Le 20 mai 2009, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision et demandé l'octroi d'une rente entière d'invalidité, se prévalant de ses problèmes de santé - notamment suite à son accident de 2006 - et de sa situation personnelle.

L'OAI s'est déterminé le 12 août 2009, concluant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a retenu que l'assuré avait présenté une amélioration constante de son état de santé depuis son opération du 10 février 2006 et que, selon le SMR, il présentait six mois après son opération une capacité de travail entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. L'OAI a retenu que l'intéressé n'avait plus droit aux prestations de l'AI pour la période postérieure au 30 novembre 2007, faute d'un degré d'invalidité suffisant. Il a relevé une erreur de date commise durant l'instruction en ce sens que l'opération subie par l'assuré a eu lieu en février 2006. La capacité de travail de l'assuré était ainsi entière dès septembre 2006 (six mois après l'intervention). L'OAI soutient en conséquence que le recourant a bénéficié indûment d'une rente entière d'invalidité de février à novembre 2007.

Le 14 septembre 2009, le recourant, désormais représenté, a déposé des déterminations complémentaires, constatant qu'aucune évaluation psychiatrique n'avait été faite. Il a produit un rapport du 8 septembre 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_, neurologue FMH à Lausanne, dont la partie "discussion" est la suivante:

"Sur la base de l'ensemble de ces éléments, du point de vue strictement neurologique il y a essentiellement un syndrome cervico-vertébral relativement marqué mais il n'y a aucune évidence pour une souffrance radiculaire de caractère irritatif ou déficitaire. Il n'y a non plus pas de signes de souffrance médullaire. Les limitations fonctionnelles du point de vue clinique neurologique sont essentiellement liées à ce syndrome cervico-vertébral avec une impossibilité de soulever des charges ou de les porter si elles dépassent le poids de 5 kilos. Il est également important que le patient puisse changer fréquemment de position pour éviter les phénomènes de crispation au niveau du rachis cervical.

Par ailleurs il y a probablement des troubles neuropsychologiques avec troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, liées en partie à la toxicomanie et en partie peut-être aussi au traumatisme de février 2006.

Il me semblerait judicieux dans ce contexte qu'un bilan neuropsychologique soit une fois établi pour pouvoir mieux apprécier les possibilités du patient ce qui devrait permettre de mieux avancer pour sa réorientation professionnelle.

Il semble par ailleurs qu'une expertise psychiatrique soit également envisagée.

L'ensemble de ces éléments devrait permettre d'augmenter les chances de réinsertion de ce patient".

Le recourant a conclu, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 30 avril 2009, à l'établissement d'une expertise médicale pluridisciplinaire neuropsychologique et psychiatrique, éventuellement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, et à l'octroi d'une rente d'invalidité tenant compte de ses restrictions sur le plan médical.

Dans ses déterminations du 12 novembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, se référant à un avis médical SMR du 4 novembre 2009 des Drs K. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, qui retient notamment les passages suivants:

"A la lecture du [rapport du Dr P. \_\_\_\_\_], nous relevons que nous avons rendu les mêmes conclusions concernant la pathologie somatique et les [limitations fonctionnelles]. Concernant de possibles troubles neuropsychologiques, ceux-ci ne peuvent être en effet objectivés que par des tests neuropsychologiques. Ces derniers permettraient alors de mettre en évidence des séquelles de prise de

toxiques ou éventuellement de suites du traumatisme de février 2006, bien que pour ce dernier événement, aucun élément médical n'a été signalé dans ce sens.

Les tests neuropsychologiques pourraient être pratiqués dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Un avis supplémentaire sur le plan neurologique n'est pas nécessaire".

Le 28 décembre 2009, le recourant a annoncé qu'il allait produire un rapport médical auprès d'un psychiatre. Aucun rapport n'a été transmis au tribunal.

### **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 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, le 20 mai 2009, contre la décision du 30 avril 2009 de l'OAI, auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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 % donne droit à un quart de rente et s'il est de 50 % au moins à une demi-rente (art. 28 LAI).

**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; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (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).

**c)** 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 (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 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1; TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

**d)** Selon la jurisprudence, la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343; 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de

rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

**3. a)** Dans la décision attaquée, du 30 avril 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité pour la période de février à novembre 2007, soit une rente d'invalidité limitée dans le temps et une mesure d'aide au placement. Est litigieuse la question de la cessation de ces prestations pour la période postérieure à novembre 2007.

Le recourant, selon ses déterminations du 14 septembre 2009, conclut notamment à la mise en œuvre, en tant que mesure d'instruction, d'une expertise médicale pluridisciplinaire psychiatrique et neuropsychologique. Se référant à un avis médical du SMR, l'OAI a retenu, dans ses déterminations du 12 novembre 2009, qu'il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, les tests neuropsychologiques pouvant être pratiqués dans ce cadre.

Dans son rapport du 4 décembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé la présence de plusieurs troubles somatiques et a relevé, du point de vue psychique, la nécessité pour l'assuré d'un suivi stable dans un milieu adéquat. Le 8 septembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ a en particulier constaté sur le plan neurologique un syndrome cervico-vertébral et suspecté des troubles neuropsychologiques avec troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, liés en partie à la toxicomanie et en partie peut-être aussi au traumatisme de février 2006. Il a préconisé l'établissement d'un bilan neuropsychologique et a indiqué qu'une expertise psychiatrique semblait envisagée. Dans leur avis médical SMR du 4 novembre 2009, les Drs K.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont relevé que de possibles troubles neuropsychologiques ne pouvaient être objectivés que par des tests neuropsychologiques, permettant de mettre en évidence des séquelles de prise de toxiques ou éventuellement de suites du traumatisme de février 2006. Ils ont ajouté que les tests neuropsychologiques pouvaient être pratiqués dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

**b)** Dans ces conditions, et dès lors que l'OAI convient de la nécessité de procéder à un complément d'instruction médical, mesure qu'il revient en premier lieu à l'autorité administrative de mettre en oeuvre (art. 43 al. 1 LPGA, art. 57 al. 1 let. f LAI, art. 69 LAI), il incombe donc audit office de mettre en place une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et neuropsychologique. Partant, le recours est admis, la décision attaquée devant être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour compléter l'instruction et rendre une nouvelle décision.

**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, tels les offices AI des cantons au sens des art. 54 ss LAI.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 francs.

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

**I.** Le recours déposé le 20 mai 2009 par le recourant F. \_\_\_\_\_  
est admis.

**II.** La décision rendue le 30 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant F. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille, avocat à Lausanne (pour F. \_\_\_\_\_)
- 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 :