

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Brélaz Braillard
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à Gland, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 16, 43 al. 1, 44 LPG

E n f a i t :

A. E._____, né le 22 juillet 1956, originaire de Serbie, marié et père de trois enfants, a travaillé comme employé viticole. Par demande de prestations AI pour adultes du 28 août 2006, E._____ a annoncé une incapacité de travail à 50% depuis le 23 décembre 2005 pour une hernie discale.

Après de nombreux examens et consultations ambulatoires, E._____ a été opéré le 12 janvier 2005 par les Drs W._____ et V._____, respectivement médecin associé et chef de clinique adjoint au Service de neurologie du CHUV, qui ont pratiqué une "discectomie antérieure C5-C6 gauche" et mis en place une "cage c-space pour cure de hernie discale C5-C6 gauche". Des contrôles ambulatoires ont été exécutés ultérieurement par le Dr V._____.

Par lettre adressée le 30 mai 2005 par la Dresse [...], spécialiste FMH en neurologie, au Dr T._____, généraliste et médecin traitant, celle-ci a constaté que le pronostic professionnel du patient était réservé pour une activité professionnelle très physique et en l'absence de formation reconnue après avoir travaillé pendant 25 ans dans la même entreprise.

Pendant les années 2005 et 2006, l'assuré a été suivi par les Drs T._____ et A._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui ont constaté une incapacité de travail à des taux variant entre 100 et 50% (sans être toujours unanimes sur le taux; cf. note manuscrite du Dr A._____ sur la lettre du 18 janvier 2006 de [...]). En particulier, dans une lettre du 18 mai 2006, le Dr T._____ a relevé que E._____ travaillait alors à 50%, ce taux d'occupation ne pouvant être augmenté en l'état.

Dans un rapport médical du 16 novembre 2006, le Dr T._____ a attesté que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 14 mars 2006 comme ouvrier viticole, que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures

médicales. Ce médecin a précisé que le patient avait refusé en l'état une nouvelle intervention, en tenant compte d'une chance de succès estimée entre 50 et 70%. Dans l'annexe du même jour à ce rapport, le Dr T._____ a précisé qu'on pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité avec moins d'effort physique.

Le 3 juillet 2007, le Dr F. X._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a établi un rapport d'examen, sans examen clinique, pour le Service médical régional (ci-après : SMR). Il en ressort notamment ce qui suit :

"Capacité de travail exigible :

Activité habituelle : 50%

Activité adaptée : 100%

Limitations fonctionnelles : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas d'élévation des MS au-delà de 90° d'antépulsion de façon occasionnelle et de façon continue au-delà de 60°. Pas de mouvement de flexion-extension du rachis cervical à répétition, pas de mouvement de torsion D-G à répétition ou contre résistance. Pas de position statique prolongée du rachis, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz, possibilité de varier les positions assise-debout minimum une fois à l'heure de préférence à sa guise.

Début de l'aptitude à la réadaptation : théoriquement depuis le 14.04.05, l'assuré est réadaptable dans une activité à faible charge physique de type sédentaire n'imposant pas le port de charges à répétition ou des positions statiques prolongées en ce qui concerne le rachis cervical.

(...)

Résumé : (...) L'évolution est favorable avec disparition de la symptomatologie déficitaire mais persistance de douleurs cervicales irradiant au niveau du MS. Dans un contexte de reprise d'activité professionnelle extrêmement lourde sur le plan physique l'assuré exaspère les symptômes présentés auparavant, raison pour laquelle plusieurs périodes d'incapacité de travail à taux variable ont été établies. Une incapacité de travail à 50% de façon définitive a été établie depuis le 12.09.05.

Sur le plan strictement médical, au vu de la réapparition d'une symptomatologie déficitaire sur le plan neurologique, il est question de pratiquer une nouvelle intervention chirurgicale au début de l'année 2007.

De ce fait, nous considérons la situation comme non stabilisée sur le plan médical.

Malgré le fait que la situation soit non stabilisée sur le plan médical, il est évident que l'activité antérieure (ouvrier viticole) soit formellement contre indiquée au vu des fortes charges physiques nécessaires pour un tel emploi. De ce fait, l'assuré présente à nos yeux une incapacité de travail totale dans une telle activité. Une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 50% dans l'état actuel des choses. Il est vraisemblable qu'à la suite de cette deuxième intervention chirurgicale programmée pour le début de l'année 2007, la situation soit améliorée et que l'assurée puisse reprendre une pleine capacité de travail dans un domaine adapté. Une réévaluation sur le plan médical devrait être effectuée entre 6 et 12 mois après cette deuxième opération prévue pour début 2007."

Après une consultation ambulatoire, le Dr W. _____ a écrit le 7 janvier 2008 au Dr T. _____ qu'en dépit de la douleur, leur patient parvenait à travailler à 100% comme ouvrier vigneron.

Dans un rapport médical du 24 avril 2008, le Dr T. _____ a constaté la persistance du syndrome douloureux, pouvant être amélioré par une opération refusée pendant l'année 2008 par l'assuré pour des raisons professionnelles. Il a relevé que le patient travaillait toujours comme ouvrier agricole malgré les douleurs que les travaux avec effort engendrent. Il a répondu que, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 50%, taux à revoir si le patient ne présentait pas d'amélioration après l'opération proposée, s'il acceptait de la subir.

Dans un avis médical SMR du 15 mai 2008, le Dr R. _____ a constaté que la situation médicale n'était toujours pas stabilisée et que l'activité habituelle d'ouvrier viticole à plus de 50% n'était pas adaptée et potentiellement nocive.

Dans un rapport médical établi le 11 juin 2009 à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr T. _____ a observé que le patient se plaignait toujours de nuchalgies importantes et que le pronostic était mauvais en raison de la chronicité des douleurs.

Par avis médical SMR du 20 juillet 2009, le Dr R. _____ a été d'avis que les conclusions du rapport d'examen SMR du 3 juillet 2007 étaient valables. Cette constatation a été reprise dans le rapport final du 22 juillet 2009.

Par projet de décision du 27 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente pour le motif qu'une capacité de travail et de gain de 100% pouvait être exigée de l'assuré dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le droit à une aide au placement était ouvert.

Dans une lettre du 13 août 2009, E. _____ a contesté ce projet en se référant au rapport établi le 11 juin 2009 par le Dr T. _____ qui constate que son affection l'empêche de travailler à plus de 50 %.

Par décision du 6 octobre 2009 reprenant les termes du projet du 27 juillet 2009, l'OAI a confirmé le refus du droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a ajouté que la contestation du 13 août 2009 de l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, que l'atteinte à la santé contre-indiquait l'activité d'ouvrier agricole à 50%, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait être exigée de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé.

B. E. _____ a recouru contre la décision du 6 octobre 2009 en concluant, avec suite de dépens, à son annulation et à l'allocation d'une rente d'invalidité pour le motif que l'OAI ne tenait pas compte des réalités médicales et économiques.

Le 7 janvier 2010, l'OAI a répondu qu'il ressortait d'un avis médical SMR établi le 24 décembre 2009 par le Dr Q. _____, médecin-chef adjoint, qu'un complément d'instruction était nécessaire et que l'office se ralliait à cette proposition et préavisait pour la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Ledit avis médical exposait notamment :

"En termes de capacité de travail, l'assuré a une capacité de 50% dans son activité habituelle dès avril 2005 attestée par son médecin traitant (Dr T._____, 16.11.2006). Dans une activité adaptée, l'exigibilité a été estimée entière (Dr T._____, 25.03.2007).

L'exigibilité n'est pas claire, ni dans l'activité habituelle, ni dans une activité adaptée. En effet, dans son rapport SMR du 03.07.2007, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, reprend les capacités de travail susmentionnées, attestées par le médecin traitant, puisqu'il n'a pas examiné lui-même l'assuré. Toutefois, il mentionne qu'à son avis l'assuré présente une incapacité totale dans l'activité habituelle, qu'une activité adaptée est théoriquement possible à 50% en l'état actuel des choses et que la situation n'est pas stabilisée, une seconde intervention étant susceptible de modifier la capacité de travail.

Or cette intervention n'a pas eu lieu et l'état clinique ne s'est pas amélioré.

En réponse à votre mandat, nous ne pouvons pas déterminer en l'état du dossier quelle était la capacité de travail à l'échéance du délai de carence. Un complément d'instruction médicale nous semble nécessaire. Nous suggérons au Tribunal d'ordonner une expertise neurologique."

Dans sa réplique du 26 janvier 2010, E._____ a confirmé les conclusions de son recours en faisant valoir qu'une expertise n'était pas nécessaire, car il convient de déterminer la capacité de travail entre le 28 octobre 2004 et le 6 octobre 2009, période pour laquelle on dispose d'avis clairs des médecins admettant une incapacité à 50%. Enfin, compte tenu du caractère durable de l'incapacité de travail depuis octobre 2004, il soutient avoir droit à une demi-rente depuis le 1^{er} août 2005.

Le 18 février 2010, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical SMR établi le 15 février 2010 dans lequel le Dr Q._____ constatait en bref que le rapport du 3 juillet 2007 du Dr X._____ comportait une contradiction interne évidente entre sa première page (capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, conformément à l'opinion du médecin traitant) et sa page 2 (appréciation personnelle de la capacité de travail en contradiction avec celle du médecin traitant); de plus, lors de la rédaction de ce rapport en juillet 2007, la situation médicale n'était pas stabilisée.

Dans sa détermination du 3 mars 2010, le recourant a confirmé ses conclusions et motifs.

Le 15 mars 2010, l'OAI a contesté l'incapacité de travail entre le 28 octobre 2004 et le 6 octobre 2009 en se référant au rapport établi le 11 novembre 2006 par le Dr T. _____ selon lequel l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

d) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, no 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la

cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, il faut examiner si, en raison d'une atteinte à la santé, le recourant présente une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

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 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. 7LPGA). 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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).

c) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un

rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

4. Dans la présente affaire, après une incapacité de travail depuis le 23 décembre 2005 et l'opération du 12 janvier 2005, les Drs T. _____ et A. _____ ont attesté une incapacité de travail à des taux compris entre 50 et 100%. Dans son rapport du 16 novembre 2006, le Dr T. _____ a constaté que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 14 mars 2006 comme ouvrier viticole, en ajoutant qu'on pouvait exiger de l'assuré l'exercice d'une autre activité avec moins d'effort physique.

Sans avoir procédé à un examen clinique, le Dr X. _____ a tout d'abord énoncé dans son rapport SMR du 3 juillet 2007 que la capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée (page 1). Il a ensuite admis que

"l'incapacité de travail à 50% de façon définitive a été établie depuis le 12 septembre 2005" et rappelé que la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, une nouvelle intervention étant envisagée. Il a ajouté qu'une "activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 50%" (page 2). Comme le relève à juste titre le Dr Q._____ dans ses avis du 24 décembre 2009 et 15 février 2010, le rapport du Dr X._____ du 3 juillet 2007 comprend une contradiction irréductible : on ne comprend pas pourquoi celui-ci rejoint le point de vue du Dr T._____ en considérant que le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, pour affirmer immédiatement ensuite dans son "résumé" d'une part qu'une incapacité de travail définitive à 50% est établie depuis le 12 septembre 2005, d'autre part qu'une activité à 50% est possible en respectant les limitations fonctionnelles dans l'état actuel de la situation, d'autant que les taux ainsi fixés ne font l'objet d'aucune discussion relative notamment aux autres avis médicaux. Dans ces conditions, la Cour peut faire siennes les considérations du Dr Q._____ selon lesquelles l'exigibilité n'est pas claire, ni dans l'activité habituelle, ni dans l'activité adaptée, d'autant que l'intervention réservée par le Dr X._____ n'a pas eu lieu et que l'état clinique ne s'est pas amélioré.

On peut enfin remarquer que le Dr T._____ a admis le 24 avril 2008 que l'activité exercée était encore exigible à 50%, puis le 11 juin 2009 que le pronostic était mauvais en raison de la chronicité des douleurs, et que, dans son avis médical SMR du 15 mai 2008, le Dr R._____ considérait que l'activité d'ouvrier viticole à 50% n'était pas adaptée et potentiellement nocive.

5. **a)** 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). En effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4).

b) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de mettre en doute la valeur probante des rapports médicaux pour le seul motif qu'ils ont été réalisés par des médecins liés organiquement avec l'autorité administrative (cf. ATF 136 V 376; TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 destiné à la publication). En revanche, des doutes suffisants existent quant au caractère probant du rapport du médecin SMR, le Dr X._____, et des autres avis médicaux, en particulier celui du Dr T._____, médecin traitant. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait statuer en l'état du dossier. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à l'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise neurologique au sens de l'art. 44 LPGA, comme le propose du reste le Dr Q._____, et qu'il rende une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis en ce qui concerne la nécessité d'ordonner une expertise neurologique, la décision attaquée étant annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision, quand bien même le recourant s'y est opposé.

b) Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

c) Le recourant obtient gain de cause seulement dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens réduits à 1'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis partiellement.

- II.** La décision rendue le 6 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour E. _____),
- 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 :