

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brillard, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à **V.**\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Karim Hichri,  
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 21 et 21ter LAI ; 9 OMAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1986, est atteinte d'une surdité bilatérale profonde congénitale. De ce fait, elle a notamment bénéficié de prestations de l'assurance-invalidité (AI) dans le cadre de sa formation professionnelle, ainsi que de moyens auxiliaires.

En date du 15 octobre 2011, l'assurée a obtenu un master en architecture auprès de l'Ecole O. \_\_\_\_\_.

**B.** Le 27 novembre 2018, Q. \_\_\_\_\_ et la responsable du Service d'aide à l'intégration (SAI) de la Fondation D. \_\_\_\_\_ ont présenté à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) la requête suivante :

« La décision ([...]) pour l'octroi d'aide à l'intégration en faveur de Madame Q. \_\_\_\_\_ arrivant à échéance le 31 janvier 2019, nous nous permettons de vous demander de la renouveler afin de lui permettre de poursuivre son travail d'architecte, dans les meilleures conditions. En effet, lors de séances où Madame Q. \_\_\_\_\_ doit interagir avec plusieurs personnes, la présence d'une codeuse-interprète en langue parlée complétée (LPC) ou d'un interprète en langue des signes française (LSF) lui est indispensable. Les échanges se font de manière orale et ces aides lui sont nécessaires pour avoir accès à l'intégralité des messages oraux et ainsi pouvoir effectuer son travail de manière optimale.

Il est demandé à l'AI de répondre aux aides à l'intégration de la manière suivante :

**1 à 6 périodes hebdomadaires de codage-interprétation LPC  
et LSF  
pour son activité professionnelle selon l'art. 9 LAI, tarif D  
(avec plafond)**

[Salutations] »

La Fondation D. \_\_\_\_\_, d'après son site internet (D. \_\_\_\_\_ .ch), a pour but de « favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des sourds et malentendants avec l'aide du LPC (« Langage Parlé Complété ») ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI s'est procuré l'extrait du compte individuel daté du 14 janvier 2019 de Q.\_\_\_\_\_, dont il ressortait que ses revenus s'élevaient à 9'800 fr. en 2015, à 9'500 fr. en 2016, à 9'333 fr. en 2017 et à 9'333 fr. en 2018.

Le 6 mars 2019, l'office AI a communiqué à Q.\_\_\_\_\_ un préavis (projet de décision) dans le sens d'une admission de la demande libellée comme suit :

« Nous prenons en charge les frais des prestations fournies par des tiers, sous la forme d'une codeuse-interprète en langage parlé (LPC) et d'une interprète en langue des signes sur votre lieu de travail du 01 février 2019 au 28 février 2024 (révision du droit aux prestations).

Cependant, le remboursement mensuel du service fourni par des tiers ne doit dépasser ni le montant du revenu brut de la personne assurée, ni une fois et demi le montant minimum de la rente simple ordinaire de vieillesse. »

Dans un courrier daté du même jour, l'office AI a précisé en ces termes les modalités de la prise en charge :

« Selon la réglementation en vigueur, l'AI ne rembourse les frais de service de tiers que jusqu'à concurrence du revenu mensuel brut de la personne assurée mais pour un montant maximum correspondant à une fois et demie la rente simple ordinaire de vieillesse (de CHF 1'778.00 en 2019), pour les personnes dont le revenu dépasse ce montant.

Dans votre situation, étant donné que votre activité d'architecte indépendante ne permet pas un revenu régulier, nous vous informons que nous avons calculé vos revenus bruts depuis 2015 (soumis à la caisse AVS) et avons donc calculé une moyenne mensuelle. Celle-ci correspond à un revenu mensuel de CHF 790.95.

Au vu de ce qui précède, le montant maximum pouvant être octroyé dans le cadre du service de tiers s'élève à CHF 790.95 par mois.

Le présent courrier fait partie intégrante de notre communication de ce jour. »

En date du 1<sup>er</sup> avril 2019, Q.\_\_\_\_\_ a présenté des observations au projet de décision du 6 mars précédent. Sans remettre en cause la nature des prestations de tiers prises en charge et leur durée, l'assurée a contesté le montant auquel l'office AI avait limité le remboursement mensuel des frais liés au service d'interprète sollicité, lui

faisant à cet égard grief d'avoir procédé à une moyenne des revenus obtenus depuis 2015. Or, sa situation professionnelle était demeurée inchangée depuis 2014, de sorte qu'elle a demandé à l'office AI de se déterminer de la même manière qu'en 2014 et 2016 en retenant comme limite de remboursement le montant correspondant à une fois et demie la rente simple ordinaire de vieillesse, soit respectivement 1'755 fr. et 1'763 francs. A l'appui de ses allégations, elle a joint une copie des communications datées des 4 juillet 2014 et 20 avril 2016.

Le 3 mai 2019, l'office AI a rendu une décision formelle, dont la teneur correspondait à celle du préavis du 6 mars 2019 à propos de la prise en charge de frais de prestations fournies par des tiers. Une lettre d'accompagnement datée du même jour et faisant partie intégrante de la décision reprenait intégralement les termes du courrier du 6 mars 2019.

**C.**           **a)** Par acte du 4 juin 2019, Q. \_\_\_\_\_ a déféré la décision du 3 mai 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Après avoir pris acte du fait que l'office AI ne remettait pas en question son besoin de recourir aux services de tiers sous la forme d'une codeuse-interprète en langage parlé (LPC) et d'une interprète en langue des signes dans le cadre de son activité professionnelle, l'assurée a contesté le montant-limite du remboursement mensuel des services de tiers fixés à 790 fr. 95 et non à 1'778 francs. A cet égard, elle a tout d'abord fait valoir que la fixation d'une limite de remboursement risquait de péjorer son droit à l'utilisation des prestations en cause dont le besoin accru était directement lié à l'expansion de l'activité déployée. Si celle-ci aboutissait à une augmentation de sa rémunération, le recours aux services de tiers était bloqué par un chiffre fixé de manière linéaire. D'après l'assurée, le fait de limiter par avance le montant des remboursements mensuels constituait une entrave inacceptable à son droit d'entreprendre et de développer une autonomie financière progressive en tant qu'indépendante. Elle a par ailleurs estimé que cette limitation constituait une inégalité de traitement par rapport à une personne sourde salariée qui bénéficierait contractuellement d'une augmentation salariale mensuelle mais qui n'utiliserait pas l'entier de son

droit tous les mois. Dès lors, une décision limitant le droit de ce salarié sur la base de son revenu antérieur inférieur ne serait pas justifiable. Cela étant, sur la base des chiffres communiqués par la Fondation D.\_\_\_\_\_, elle a souligné qu'au cours des dernières années la limite mensuelle de 790 fr. 95 avait été dépassée au moins neuf fois – mais pas celle de 1'763 fr. –, ce qui impliquait une acceptation tacite de la part de l'office AI « d'une annualisation des montants comparés du revenu AVS et du coût de Service de tiers ». L'assurée a enfin fait remarquer que la jurisprudence citée par l'administration (TF 9C\_979/2012 du 26 mars 2013) était inapplicable dans sa situation, dans la mesure où elle concernait une rente d'invalidité. Quant à la possibilité de demander une révision évoquée dans le courrier du 3 mai 2019 en cas d'augmentation de revenu, elle a relevé le décalage temporel entre l'augmentation éventuelle d'un recours aux services de tiers et la décision qui serait ultérieurement rendue à ce propos.

**b)** Dans sa réponse du 9 juillet 2019, l'office AI a souligné que, dans la mesure où l'activité d'architecte indépendante de l'assurée lui procurait un revenu soumis à des fluctuations, il était fondé à appliquer par analogie dans le cas d'espèce l'arrêt 9C\_979/2012 du 26 mars 2013 et, ce faisant, de prendre en compte les rémunérations perçues au cours des cinq dernières années d'activité afin de refléter la situation économique concrète. Le fait de procéder à une moyenne des revenus obtenus se justifiait en outre au regard des circonstances de la vie privée de l'assurée (maternité en janvier 2018). L'office AI a par ailleurs observé que les factures relatives au service de tiers fournies par l'intéressée n'avaient pas dépassé le montant représentant la moyenne des gains sur les cinq dernières années. Son remboursement serait donc conforme aux frais effectifs. En l'état du dossier, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position, de sorte qu'il a conclu au rejet du recours.

**c)** Désormais représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, Q.\_\_\_\_\_ a déposé son mémoire de réplique en date du 8 août 2019 en concluant sous suite de frais et dépens à la réforme de la décision du 3 mai 2019 « en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud prend en charge les frais des

prestations fournies par des tiers, sous la forme d'une codeuse-interprète en langage parlé (LPC) et d'une interprète en langue des signes sur [le] lieu de travail, du 01 février 2019 au 28 février 2024 (révision du droit aux prestations), sans limitation chiffrée du revenu mensuel brut. » A titre liminaire, elle a rappelé que sa contestation portait sur le plafonnement du remboursement mensuel des services fournis par des tiers à hauteur de 790 fr. 95. En premier lieu, elle a souligné qu'en tant que le remboursement mensuel ne devait pas dépasser le montant du revenu brut ni une fois et demi le montant minimum de la rente simple ordinaire de vieillesse, le cadre était donné. Il pouvait dès lors être attendu de l'office AI qu'il adapte chaque mois le calcul du revenu mensuel brut au lieu de chiffrer dans le courrier accompagnant la décision le revenu mensuel moyen brut. Par ailleurs, elle a indiqué avoir déjà allégué que son revenu mensuel allait augmenter dans un futur proche, de sorte que si les factures présentées devaient excéder le montant de 790 fr. 95 tel qu'arrêté par l'office AI, elle ne pourrait pas se voir rembourser le surplus. Dans ce contexte, il importait peu que jusqu'à présent les remboursements n'aient jamais été plus importants que le montant chiffré dans la décision litigieuse. L'office AI ne pouvait préjuger des futurs montants qui lui seraient soumis. A cet égard, l'assurée a joint un tableau établi par ses soins résumant les prestations facturées à l'office AI entre 2014 et 2019 d'où il ressortait que certaines factures dépassaient le montant mensuel de 790 fr. 95. Il résultait au demeurant de ce tableau qu'elle avait été en congé-maternité de janvier à juin 2018. L'assurée a derechef critiqué l'application de la jurisprudence fédérale consistant à déterminer le revenu mensuel moyen brut sur la base des revenus obtenus au cours des cinq années écoulées en faisant remarquer qu'elle n'allait pas tomber enceinte et accoucher chaque cinq ans et donc ne plus percevoir de revenu pendant une certaine période. Elle a enfin estimé que l'office AI ne saurait invoquer la révision en cas de forte croissance des revenus. Outre que les conditions de l'art. 17 LPGA ne paraissaient pas réalisées, elle a relevé que même une modification des revenus qui ne pourrait être qualifiée de notable au sens de cette disposition aurait des répercussions sur le remboursement alors que ce dernier demeurerait inchangé en cas de maintien de la décision litigieuse.

**d)** Dupliquant en date du 2 septembre 2019, l'office AI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler, si bien qu'il concluait une fois encore au rejet du recours.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité, en particulier la quotité du droit au remboursement de services de tiers sous la forme d'une codeuse-interprète en langage parlé (LPC) et d'une interprète en langue des signes sur son lieu de travail du 1<sup>er</sup> février 2019 au 28 février 2024 (révision du droit aux prestations). Le principe du droit au remboursement est admis par l'office AI ; il s'agit donc uniquement d'examiner la mesure de ce remboursement.

**3. a)** L'art. 8 al. 1 LAI prévoit notamment que les assurés invalides ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels

(let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'alinéa 3 de cette disposition précise que les mesures de réadaptation comprennent l'octroi de moyens auxiliaires (let. c).

**b)** Aux termes de l'art. 21 al. 1 première phrase LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou suivre une formation continue ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires (art. 21 al. 2 LAI).

L'art. 21ter al. 2 LAI précise que l'assurance peut allouer des contributions à l'assuré qui a recours, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, aux services de tiers.

Selon la jurisprudence constante, il faut entendre par moyen auxiliaire de l'AI un objet permettant de suppléer aux défaillances de certaines parties du corps humain ou de leurs fonctions (ATF 137 V 13 consid. 2.2 ; 115 V 191 consid. 2c ; 112 V 11 consid. 1b). Dès lors que les contributions versées pour les services de tiers au sens de l'art. 21ter al. 2 LAI ne représentent qu'une prestation qui remplace un moyen auxiliaire déterminé - à la remise duquel l'assuré peut en principe prétendre, mais qu'il n'est pas en mesure d'utiliser lui-même pour des motifs qui tiennent à sa personne - lesdits services de tiers ne sauraient avoir, eux aussi, qu'un caractère auxiliaire. Ces services sont donc destinés uniquement à suppléer, en lieu et place du moyen auxiliaire considéré, aux « défaillances de certaines parties du corps humain ou de leurs fonctions »; ils ne doivent pas viser, de par leur nature, des buts qui excèdent ceux du moyen auxiliaire auxquels ils se substituent. Ainsi, de même que le moyen auxiliaire en tant que tel, le service d'un tiers peut uniquement remédier à la perte de certaines parties ou fonctions du corps

humain, afin de permettre à l'invalidé de se rendre à son travail ou d'accomplir lui-même ses tâches professionnelles (ATF 112 V 11 consid. 1b et les références citées).

**c)** L'art. 14 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que la liste des moyens auxiliaires visée par l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) où sont également édictées des dispositions complémentaires concernant en particulier la remise ou le remboursement de moyens auxiliaires (let. a) et les contributions aux frais causés par les services spéciaux de tiers dont l'assuré a besoin en lieu et place d'un moyen auxiliaire (let. c).

Sur la base de cette clause de délégation, le DFI a promulgué l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI; RS 831.232.51). Ce texte définit le droit des assurés à l'octroi de moyens auxiliaires ou de prestations de remplacement qui leur est reconnu par les art. 21 à 21ter LAI (art. 1 al. 1 OMAI).

**d)** A teneur de l'art. 9 al. 1 OMAI, l'assuré a droit au remboursement des frais liés à l'invalidité qui sont dûment établis et causés par les services spéciaux de tiers dont il a besoin, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, pour :

a. aller à son travail;

b. exercer une activité lucrative, ou

c. acquérir des aptitudes particulières qui permettent de maintenir des contacts avec l'entourage.

L'art. 9 al. 2 OMAI énonce que le remboursement mensuel ne doit dépasser ni le revenu mensuel de l'activité lucrative de l'assuré, ni

une fois et demie le montant minimal de la rente simple ordinaire de vieillesse.

**e)** L'assurance-invalidité peut prendre en charge les frais d'un entraînement spécial à titre de service fourni par un tiers lorsque cet entraînement permet à l'assuré d'acquérir des capacités spécifiques servant au maintien du contact avec son entourage (par exemple enseignement de la lecture labiale et de la langue des signes pour les sourds tardifs). En cas de services fournis par des tiers, l'assurance-invalidité ne prend en charge que les frais effectivement déboursés, contre présentation d'une facture établie par l'assuré (ch. 1033 de la circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité [CMAI] édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019). Le remboursement mensuel de services fournis par des tiers ne doit dépasser ni le montant du revenu mensuel brut de l'assuré, ni une fois et demie le montant minimum de la rente simple ordinaire de vieillesse (ch. 1034 CMAI). Ce montant s'élève à 1'778 fr. (annexe 1 à la CMAI, ch. 6.3).

**4. a)** La recourante conteste (dans le cadre de l'application de l'art. 9 OMAI) le calcul de son revenu brut. La conclusion tendant à obtenir le remboursement de ces frais sans limitation chiffrée du revenu mensuel brut ne saurait être admise comme telle puisque l'art. 9 OMAI fixe précisément les limites du remboursement à son alinéa 2, notamment en plafonnant au revenu mensuel brut. Il y a lieu d'examiner si l'intimé a, à juste titre, fait une moyenne des derniers revenus annuels pour arrêter le revenu brut compte tenu des ressources fluctuantes de la recourante.

L'intimé se réfère au ch. 3024 de la circulaire édictée par l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI, dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018), selon lequel lorsque le revenu est soumis à des fluctuations très importantes à relativement court terme, on se base, pour fixer le revenu sans invalidité, sur le revenu moyen réalisé pendant une assez longue période (RCC 1985 p. 474). Si l'assuré a effectué des heures supplémentaires en nombre très variable et en l'absence d'invalidité, il ne faut alors pas se fonder pour le calcul du

revenu sans invalidité sur le revenu de l'année précédente, mais sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années (TF 9C\_979/2012 du 26 mars 2013 consid. 4). Il se réfère également aux ch. 1033 et 1034 CMAI (cf. considérant 3.e) ci-dessus).

**b)** En l'espèce, les revenus de l'assurée oscillaient entre 9'800 fr. et 9'333 fr. entre 2015 et 2018. Il est constant que les revenus d'indépendants varient d'année en année et ne sont donc pas aussi stables et réguliers que des revenus de salariés ; la recourante admet d'ailleurs que ses honoraires sont très variables compte tenu de son statut d'indépendante et qu'ils sont liés à l'activité déployée. Cette situation justifie de ne pas limiter l'examen à la dernière année mais d'examiner la situation sur une période plus longue. Ce procédé permet de pondérer les facteurs variables de la rétribution dans le temps et reflète ainsi davantage la situation économique concrète de l'assurée. On constate in casu que les revenus perçus entre 2015 et 2018 ont peu de différences et sont assez stables ; leur constance permet de conclure à une situation relativement stable et durable ; en particulier, le congé-maternité pris en 2018 ne semble pas avoir eu d'impact sur ses ressources par rapport aux années précédentes. En faisant une moyenne sur les quatre années précédant la décision litigieuse, le montant retenu par l'office AI est plus élevé et donc plus favorable à l'assurée qu'en tenant compte du dernier revenu annuel qui aurait abouti à un plafonnement de 777 fr. 75 (9'333 fr. / 12). On peine ainsi à comprendre les arguments de la recourante qui ne souhaite pas la prise en compte des revenus de ces dernières années, ni uniquement celui de la dernière année mais qui, au final, souhaiterait simplement que le remboursement lui soit accordé sans égards à la limite du revenu mensuel ; or ce plafonnement ressort de la loi et l'office AI ne saurait y déroger. On ne voit dès lors pas, dans ce contexte, en quoi l'assurée ferait l'objet d'une différence de traitement objectivement injustifiée par rapport aux assurés salariés. La recourante prétend en outre que ses revenus vont augmenter mais n'a pas d'élément objectif à faire valoir dans ce sens ; au contraire, vu les revenus perçus entre 2015 et 2018, on constate plutôt une certaine stabilité du niveau de rétribution. En outre, on ne voit pas comment l'intimé pourrait tenir compte de revenus

futurs prétendument beaucoup plus élevés alors que rien au dossier ne permet de considérer que les revenus dont il a été tenu compte ne représentent pas la situation de l'assurée au moment où la décision attaquée a été rendue.

**c)** La recourante fait valoir que le montant du revenu ne devrait pas figurer dans la décision, respectivement dans la lettre d'accompagnement qui en fait partie intégrante, car il liera les parties jusqu'à révision, alors qu'il devrait être réévalué chaque année. Or, en l'espèce, l'intimé a octroyé les moyens auxiliaires pour une période de cinq ans (du 1<sup>er</sup> février 2019 au 28 février 2024). On est donc en présence d'une prestation en nature de caractère durable (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 21 ad art. 14 LPGGA) qui peut donner lieu à révision en application de l'art. 17 al. 2 LPGGA (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, op. cit., n. 41 ad art. 17 LPGGA et les références). La jurisprudence admet qu'un changement des faits non liés au handicap peut aussi donner lieu à révision (ATF 113 V 22 consid. 3b). Il est ainsi loisible de réviser la décision lorsque les conditions justifiant l'octroi des moyens auxiliaires changent notablement, ce qui pourrait être le cas des conditions posées à l'art. 9 al. 2 OMAI.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait fait une mauvaise application des règles juridiques pertinentes.

**5. a)** En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-

VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

**c)** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :