

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à **O.**_____, recourant, représenté par Me Laurent Maire,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. Souffrant de divers problèmes somatiques (douleurs dorsales et cervicales, perte de sensibilité à la jambe gauche, inflammation à l'épaule gauche), Q._____, né en 1972, sans formation professionnelle certifiée, a déposé, en date du 15 août 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a joint à sa demande divers documents dont plusieurs certificats d'incapacité totale de travail établis entre 2015 et 2017. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans son rapport du 14 novembre 2017, il a notamment diagnostiqué des lombalgies gauches d'origine musculaire, une hernie discale L3-L4 et L5-S1 droite sans conflit radiculaire, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, un syndrome de Parsonage-Turner et une radiculopathie C6-C7 à l'origine d'une incapacité totale de travail du 1^{er} mars 2005 au 31 octobre 2017.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr K._____ a indiqué que son patient avait séjourné à la Clinique F._____ du 22 mai au 18 juin 2018 pour une prise en charge de la douleur ainsi qu'un reconditionnement en raison de parésies et d'hypoesthésies du membre inférieur gauche. Il également précisé qu'il souffrait d'un état dépressif (rapport du 10 août 2018).

Dans un rapport du 18 décembre 2018, la Dre D._____, cheffe de clinique adjointe à l'Unité de Psychiatrie A._____, a mentionné qu'elle se chargeait du suivi psychiatrique de l'assuré depuis le 30 avril 2018 et posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif moyen. D'après elle, l'intensité de la symptomatologie sur les plans psychiatrique et somatique excluait l'exercice d'une activité professionnelle même si une reprise progressive était envisageable en cas d'amélioration de la symptomatologie.

Après avoir recueilli des renseignements complémentaires auprès de la Dre D. _____ (rapport du 23 avril 2019), le Dr L. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et rhumatologique), afin de déterminer les atteintes incapacitantes pertinentes du point de vue de l'assurance-invalidité, les limitations fonctionnelles détaillées, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, la date du début de la longue maladie notamment sur le plan psychique, la présence de facteurs extérieurs et l'exigibilité de traitements en vue d'une amélioration de la capacité de travail (avis médical du 31 juillet 2019).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté l'Unité d'expertises médicales d'E. _____ à J. _____. Les examens utiles ont été réalisés les 26 mai, 10 juin, 10 août et 8 septembre 2020 respectivement par les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne générale, R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, M. _____, spécialiste en neurologie, et T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport de synthèse du 3 novembre 2020 (appréciation générale interdisciplinaire), les experts ont posé les diagnostics suivants ayant ou non une incidence sur la capacité de travail : douleurs chroniques de l'épaule et du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée, lombosciatalgies gauches chroniques avec discopathies non spécifiques, syndrome douloureux somatoforme persistant, épisode dépressif d'intensité moyenne et hypertension artérielle traitée. S'agissant de la capacité de travail, ils ont estimé qu'elle était nulle tant dans l'activité habituelle d'ouvrier dans le bâtiment que dans une activité adaptée depuis le mois d'avril 2018, soit depuis l'instauration du traitement psychiatrique.

Sollicité pour détermination, le Dr L. _____ a fait sienne l'appréciation des experts (avis médical du 19 novembre 2020).

Le 23 novembre 2020, l'office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2019, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

En l'absence d'objections, l'office AI a, par décisions des 22 janvier et 15 février 2021, entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son projet de décision du 23 novembre 2020.

B. **a)** Par acte du 22 mars 2021, Q._____, représenté par Me Laurent Maire, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 15 février 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle décision au sens des considérants. Dans un grief de nature formelle, l'assuré s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que la motivation de la décision attaquée ne permettrait pas de comprendre pour quelle raison le début du délai d'attente avait été fixé en avril 2018. Sur le fond, il a fait valoir que de nombreux certificats médicaux au dossier attestaient d'une incapacité totale de travail ininterrompue depuis l'été 2017 à tout le moins, soit au moment du dépôt de la demande de prestations. De plus, il avait travaillé à un taux réduit entre 2008 et 2012. Il était donc incompréhensible que la décision entreprise arrêtât le début de l'incapacité de travail au mois d'avril 2018. Quoi qu'il en soit, il fallait admettre que cette incapacité était bien antérieure à 2017 et que, compte tenu de la date du dépôt de la demande, le droit à la rente était né le 1^{er} janvier 2018.

b) Dans sa réponse du 11 mai 2021, l'office AI a souligné que, en dépit de leur caractère sommaire, les explications contenues dans la motivation de la décision du 22 janvier 2021 permettaient de comprendre les motifs pour lesquels le droit à une rente entière d'invalidité avait été reconnu à compter du 1^{er} avril 2019. De surcroît, une éventuelle violation du droit d'être entendu devait être tenue pour guérie, dès lors que l'assuré avait eu la possibilité d'exposer l'ensemble de ses moyens dans le cadre

de la présente procédure de recours et qu'il avait par ailleurs eu connaissance du rapport d'expertise du 3 novembre 2020 ainsi que de toutes les pièces au dossier. Quant au volet médical, l'office AI a exposé qu'il s'était fondé sur le rapport d'expertise précité pour retenir une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2018, ajoutant que celui-ci satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et que ses conclusions pouvaient donc être suivies. Il a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 2 juillet 2021, l'assuré a relevé que, contrairement à ce que prétendait l'office AI, il n'avait pas eu accès aux éléments médicaux portés au dossier dont faisait notamment partie le rapport d'expertise du 3 novembre 2020. Faute d'avoir eu la possibilité de prendre connaissance des éléments de preuve ayant conduit à la décision attaquée, il n'avait pas été en mesure de comprendre les motifs pour lesquels une incapacité totale de travail avait été reconnue à compter du mois d'avril 2018. Sur le fond, il a tiré argument des certificats médicaux produits à l'appui de sa demande de prestations ainsi que de diverses pièces au dossier pour soutenir une nouvelle fois qu'il présentait une incapacité de travail antérieurement à 2017, si bien qu'il ne s'expliquait pas pour quelles raisons l'office AI avait fixé le début de celle-ci au mois d'avril 2018. Il a déclaré confirmer les conclusions de son 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. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst., le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 et les références).

c) Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

d) Le grief de violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée est un grief qui n'est pas fondé en l'espèce, dans la mesure où l'intimé a indiqué qu'il considérait que le recourant avait, compte tenu des éléments médicaux portés au dossier, présenté une incapacité de travail ininterrompue depuis le mois d'avril 2018. Ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En tant que le

recourant considère au surplus n'avoir pas eu accès au dossier, il convient de constater que celui-ci a, dans l'intervalle, pu prendre connaissance de son dossier, en particulier de l'expertise réalisée auprès d'E._____, s'exprimer devant la Cour de céans et exposer de manière circonstanciée ses griefs, si bien qu'il y a lieu de considérer que le vice a en tout état de cause été guéri.

3. Sur le fond, le litige porte exclusivement, compte tenu des motifs et conclusions du recours, sur le moment de la naissance du droit à la rente entière de l'assurance-invalidité.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au

moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Sur le plan matériel, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès d'E. _____ (rapport de synthèse du 3 novembre 2020), selon lesquelles le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2018.

b) aa) Sous l'angle somatique, les experts ont retenu que, malgré l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative, les lésions dégénératives de la colonne lombaire associées à un trouble somatoforme douloureux persistant, excluaient l'exercice de l'activité habituelle d'ouvrier dans le domaine du bâtiment. En revanche, dans une activité physique légère et respectant les limitations fonctionnelles énoncées (pas d'exposition à des vibrations corporelles, de mouvements répétitifs en porte-à-faux, de mouvements de l'épaule gauche au-dessus de 90° d'élévation antérieure et d'abduction), la capacité de travail était entière hormis une réduction de rendement de 20 % compte tenu de la chronicisation des douleurs.

bb) Du point de vue psychiatrique, les experts ont expliqué que, en dépit d'une symptomatologie dépressive existant depuis 2010, le recourant avait montré des ressources adaptatives lui ayant permis de faire face aux circonstances de l'immigration avec une bonne insertion familiale et professionnelle jusqu'en 2013, année qui correspondait au décès de sa mère - à laquelle il était très attaché - et à la naissance de son dernier fils. Ils ont fait remonter à 2013 le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant en raison d'une aggravation des douleurs, lesquelles n'étaient cependant pas entièrement expliquées par des altérations somatiques et s'inscrivaient par ailleurs dans un contexte

d'exacerbation des stresseurs psycho-sociaux. Ce syndrome avait entraîné un état de détresse puis un état dépressif avéré dont le nombre et l'intensité des symptômes avaient conduit le Dr T. _____ à retenir le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne. Au vu de ces éléments, les experts ont retenu une dégradation de la situation dès 2013 avec un effondrement progressif des ressources adaptatives, ce qui avait abouti à l'instauration d'un traitement psychiatrique intégré au mois d'avril 2018, témoignant de la sévérité de la pathologie psychiatrique. En raison du sentiment d'inutilité, de honte, de thymie déprimée et d'irritabilité notamment, liés à l'état dépressif essentiellement, l'adaptation aux règles et routines, la planification et la structuration des tâches, la flexibilité et la capacité d'adaptation étaient réduites de manière significative. De même, l'usage des compétences spécifiques, l'endurance, la capacité à s'affirmer, la capacité de jugement et de prise de décision étaient très abaissés par l'intolérance, l'irritabilité, l'impulsivité et l'isolement social dans lequel se trouvait l'assuré (tant en raison du syndrome douloureux que des symptômes dépressifs). Selon les experts, ces éléments rendaient illusoire les exigences minimales d'adaptabilité requises par un emploi dans l'économie libre. Ainsi, l'aptitude à établir des relations avec les autres, à évoluer au sein d'un groupe étaient limitées. Les capacités relationnelles, même avec les proches, étaient perturbées (description d'un conflit conjugal, de difficultés à effectuer des activités avec ses enfants). Il n'y avait quasiment plus d'activités spontanées en raison de l'état dépressif. C'est pourquoi, les experts ont considéré que ce n'est qu'au mois d'avril 2018 que l'assuré a présenté des limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne en lien avec le trouble somatoforme douloureux persistant et l'état dépressif.

cc) Les experts expliquent de manière claire et motivée pourquoi ils estiment que le recourant ne présente que depuis le mois d'avril 2018 des limitations fonctionnelles dans la vie de tous les jours en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant et d'un état dépressif. Compte tenu des explications données, il n'y a pas lieu de tenir compte des différents certificats d'incapacité de travail établis par les médecins traitants du recourant. Au demeurant, ils ont attesté d'une

incapacité totale de travail sans aucune motivation, si bien que ces pièces médicales ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise d'E._____.

c) Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le début du droit à la rente au 1^{er} avril 2019.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions rendues les 22 janvier et 15 février 2021 confirmées.

7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

8. a) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Maire peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 19 juillet 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'580 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 22 janvier et 15 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Laurent Maire, conseil d'office, est arrêtée à 1'580 fr. 40 (mille cinq cent huitante francs et quarante centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Maire, avocat (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 :