

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Marc Zürcher, avocat pour Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC de technologue en impression, a en dernier lieu travaillé au sein de l'entreprise O. _____ SA jusqu'au mois de février 2020.

Le 21 mai 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant souffrir depuis la pré-adolescence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne et d'une anxiété sociale, à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le mois de février 2020.

Dans un rapport du 15 juillet 2021, la Dre B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U. _____, psychologue, du Centre [...] « [...] », ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.1/2), depuis fin 2019, et de phobie sociale sévère avec évitement important de la plupart des situations sociales (F40.1), depuis le début de l'adolescence. Elles ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle mais que moyennant une reprise progressive, elle était de 80 à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir ses difficultés à se montrer flexible et adaptative aux changements de situation (nouveaux lieux, collègues ou tâches etc.), ses difficultés à entamer des activités de manière spontanée et à être proactive, en dehors des obligations demandées, de par un manque d'affirmation de soi et un apragmatisme en lien avec son état clinique actuel, ses difficultés à se montrer endurante suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé, et à montrer un niveau de rendement continu, en raison d'un ralentissement psychomoteur, d'un apragmatisme et d'un état de fatigue global, son manque d'affirmation de soi de par sa phobie sociale, ses difficultés notables dans le fait d'initier spontanément des contacts sociaux, à interagir de manière adaptée et à s'intégrer dans un groupe à cause de sa phobie sociale, ainsi que ses difficultés à prendre soin d'elle et à se

prendre en charge de manière adéquate en raison d'une faible estime d'elle et d'une peine à identifier ses besoins. Les activités impliquant des contacts avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts sociaux de même que celles impliquant du stress ou de la rapidité étaient par conséquent proscrites.

Dans un rapport du 18 juillet 2022, relatif à la dernière consultation s'étant déroulée le 10 février 2022, la Dre B._____ et U._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, en rémission partielle (F32.1), de phobie sociale modérée, avec évitement partiel des situations sociales (F40.1) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Elles ont constaté une légère amélioration de l'état clinique de l'assurée, tant au niveau dépressif qu'anxieux, avec une meilleure gestion des émotions ; la thymie demeurait toutefois instable, avec un risque significatif de décompensation dépressive. Elles ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées dans leur rapport du 15 juillet 2021, avec augmentation progressive possible.

En réponse à un questionnaire du 24 août 2022, l'assurée a indiqué qu'elle n'était plus suivie par le [...] et qu'elle avait recouvré sa capacité de travail.

Estimant que les éléments au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur la présence d'une atteinte invalidante et sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, la Dre S._____, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a, dans un avis du 3 octobre 2022, préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dite expertise a été confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 22 février 2023. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur

la capacité de travail de l'assurée, retenant uniquement ceux, sans répercussion sur la capacité de travail de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) depuis février 2020 au présent et de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse. Le Dr N._____ a estimé que l'assurée disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière dans toutes activités. L'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire et une reprise professionnelle dépendait de sa motivation.

Selon un avis de la Dre S._____ du 3 mars 2023, il convenait d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr N._____.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, aux motifs qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toutes activités.

Par courrier du 23 mars 2023, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Elle a notamment expliqué qu'elle souffrait toujours de symptômes de type agoraphobie et que la Dre H._____, médecin aux [...], avait attesté d'une incapacité totale de travail à tout le moins pour une durée d'un mois et lui avait depuis peu prescrit des anxiolytiques et des antidépresseurs.

L'OAI a octroyé à l'assurée un délai au 19 mai 2023 pour lui fournir les documents médicaux appuyant ses objections.

Dans un compte-rendu de la permanence SMR du 6 juin 2023, la Dre S._____ a estimé que les objections de l'assurée n'étaient pas susceptibles de modifier sa position, ce d'autant plus qu'aucun nouveau rapport médical n'avait été transmis.

Par décision du même jour, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision.

Dans un rapport daté du 31 mai 2023, transmis le 13 juin 2023 à l'OAI, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre H._____ et U._____, ont fait état de l'aggravation de l'état clinique de l'assurée. Elles ont expliqué que l'assurée, qui avait repris un suivi psychothérapeutique et psychiatrique au [...] le 17 janvier 2023, souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie majoré (F40.0) et d'une anxiété généralisée (F41.1), depuis 2022, diagnostics qui s'ajoutaient à ceux évoqués « lors du dernier rapport médical », à savoir une phobie sociale sévère avec évitement important de la plupart des situations sociales (F40.1) et un épisode dépressif moyen (F32.1). Elles ont constaté que l'assurée présentait des ruminations, des idées envahissantes, des troubles affectifs tels qu'une anhédonie, des troubles de l'éprouvé vital, une humeur déprimée, une anxiété psychique manifeste, des anticipations anxieuses, une irritabilité, une agitation intérieure, une tension, un sentiment d'insuffisance, un sentiment de culpabilité excessif et une labilité affective. En outre, une médication avait été réintroduite depuis le mois de mars 2023.

Selon un compte-rendu de la permanence SMR du 23 juin 2023, la Dre S._____ a indiqué que le rapport du 31 mai 2023 précité pouvait suggérer une potentielle aggravation ; elle a dès lors préconisé la reprise de l'instruction.

B. Par acte du 4 juillet 2023, J._____, désormais représentée par Me Marc Zürcher, avocat à Procap Suisse, a recouru contre la décision du 6 juin 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, principalement à la constatation de ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle reprochait à ce dernier de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier, en particulier de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé postérieure à l'expertise, alors même que le SMR préconisait la reprise de l'instruction.

Dans sa réponse du 31 août 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, argumentant que la recourante n'avait transmis aucun rapport médical dans les délais impartis. Si elle estimait que son état de santé s'était aggravé postérieurement à la décision du 6 juin 2023, la recourante devait déposer une nouvelle demande de prestations.

Par réplique du 14 septembre 2023, la recourante a indiqué que selon la jurisprudence, les rapports médicaux, même postérieurs à la décision, devaient être pris en compte lorsqu'ils concernaient l'état de fait, objet de la décision en question.

Dans sa duplique du 3 octobre 2023, l'intimé a derechef conclu 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 une rente d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la recourante invoque une incapacité totale de travail depuis le mois de février 2020. Elle a déposé (tardivement) sa demande de prestations AI le 21 mai 2021, si bien qu'elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit demeure donc applicable au cas d'espèce.

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) L'assuré a droit à une rente 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Pour 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).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du 22 février 2023 du Dr N._____, a nié à la recourante le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, considérant qu'elle ne souffrait pas d'atteinte invalidante et que sa capacité de travail était totale dans toutes activités. De son côté, la recourante reproche à l'intimé une instruction lacunaire, en ce sens que ce dernier n'a pas tenu compte du rapport du 31 mai 2023 de la Dre K._____, laquelle attestait d'une péjoration de son état de santé postérieure à l'expertise.

a) En premier lieu, il convient de relever que l'expertise du Dr N. _____ est probante. La Cour constate que l'expert a rendu son rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Cet expert a procédé à un examen clinique, rencontrant la recourante personnellement au cours de deux entretiens (six heures au total). Il a également réalisé plusieurs tests psychologiques complémentaires et s'est associé à une psychologue, F. _____. Les conclusions du Dr N. _____, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Il a été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante. Il a par ailleurs expliqué et motivé de manière circonstanciée les raisons justifiant de s'écarter des conclusions des psychiatres traitants et d'exclure certains diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte.

Le Dr N. _____ a par la suite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. *supra* consid. 6). L'expert n'a pas objectivé de limitations psychiatriques significatives. Tout en relevant que la recourante n'avait jamais été hospitalisée en psychiatrie et qu'elle ne bénéficiait d'aucun traitement par antidépresseur, ni d'aucun suivi psychiatrique depuis le mois de février 2022, mais uniquement d'un suivi psychologique mensuel, il a observé que la recourante disposait néanmoins de bonnes ressources ; la recourante disposait d'un assez bon réseau relationnel et exerçait des activités plaisantes variées, sans anhédonie et sans isolement social significatif. A cet égard, l'expert a relevé qu'elle partageait des repas en famille, avait des activités de loisirs avec son frère, entretenait des contacts téléphoniques fréquents avec sa meilleure amie, qu'elle voyait tous les deux ou trois mois, et fréquentait régulièrement un autre ami pour regarder des séries. Elle faisait régulièrement du sport (renforcement musculaire et danse) et exerçait quelques activités créatives, notamment du dessin sur tablette, de la création de porte-clés et de la couture. En outre, la recourante était

pleinement capable d'effectuer seule et sans aide pratiquement toutes les tâches ménagères, y compris s'occuper de ses animaux, et l'administratif, ne demandant de l'aide que pour les grandes courses. Enfin, l'expert a relevé que les plaintes et les limitations fonctionnelles non significatives observées étaient cohérentes, plausibles et concordantes avec l'examen clinique et les tests psychométriques réalisés.

b) En ce qui concerne le rapport du 31 mai 2023 de la Dre K._____, celui-ci fait effectivement état d'éléments médicaux nouveaux suggérant une péjoration de l'état de santé de la recourante postérieure à l'expertise. Il mentionne en particulier que cette dernière souffre d'un trouble panique avec agoraphobie majoré, d'une anxiété généralisée depuis 2022 ainsi que d'une phobie sociale sévère et d'un épisode dépressif moyen, si bien qu'elle bénéficie à nouveau d'un suivi psychiatrique bimensuel depuis le 17 janvier 2023 et d'une médication depuis le mois de mars 2023. La psychiatre atteste d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} mars 2023. Elle rapporte des constats objectifs en sus des plaintes et annexe des questionnaires sur l'agoraphobie, les inquiétudes, l'anxiété et sur l'attitude de la recourante face aux problèmes. Le SMR, qui a pris connaissance dudit rapport, a d'ailleurs suggéré la reprise de l'instruction compte tenu de cette potentielle aggravation. Toutefois, en tant que ce rapport ne lui avait été transmis que le 13 juin 2023, soit après le délai qu'il avait imparti à la recourante pour faire ses observations et après sa décision, l'intimé a considéré que ces éléments nouveaux devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

Cela étant, c'est le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales doit prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_628/2020 du 29 juillet 2021 consid. 5.2.2 ; TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Or, en

l'occurrence, le rapport de la Dre K. _____ a certes été porté à la connaissance de l'intimé postérieurement à sa décision du 6 juin 2023 ; daté du 31 mai 2023, il était cependant antérieur à la décision querellée et contenait des éléments médicaux nouveaux apparus avant celle-ci, suggérant une potentielle aggravation et susceptibles d'influencer la décision à prendre, raison pour laquelle l'intimé aurait dû en tenir compte. Il convient ainsi de renvoyer la cause à ce dernier pour qu'il complète l'instruction sur ces nouveaux éléments.

8. a) En définitive, le recours doit être admis. La décision rendue le 6 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction.

b) 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. 1^{bis} LAI).

En l'occurrence, la recourante n'a pas déposé le rapport médical décrivant les éléments médicaux nouveaux dans le délai imparti par l'intimé pour fournir ses observations, ni même avant la décision de ce dernier alors que le rapport médical est antérieur. Compte tenu des éléments qui étaient alors à la disposition de l'intimé et que la recourante n'a pas apporté d'éléments susceptibles de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise, avant qu'il ne rende sa décision, cette dernière était fondée. Dès lors, bien qu'obtenant gain de cause, il se justifie de mettre les frais judiciaires, qu'il convient d'arrêter à 600 fr., à la charge de la recourante.

Toutefois, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

c) La partie recourante, qui obtient gain de cause, a en principe droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA).

Cela étant, et pour les mêmes raisons évoquées ci-dessus (*supra* consid. 8b), il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la recourante. De plus, l'assistance judiciaire accordée ayant été limitée à l'exonération d'avances et des frais judiciaires, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité d'office au conseil de la recourante.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. La partie 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, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marc Zürcher, Procap Suisse (pour J. _____), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :

