

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 août 2013

---

Présidence de        M. MERZ  
Juges        :        M. Métral et Mme Pasche  
Greffière        :        Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Eric Stauffacher, avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4, 57 al. 1 let. f et 59 al. 2bis LAI**

## **E n f a i t :**

**A. a)** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en Suisse en 1964, ressortissant italien, est titulaire d'un CFC de vendeur et d'un CFC d'employé de commerce. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de responsable financier et co-directeur d'un garage. Il a été opéré le 25 janvier 2009 d'une hernie discale L5-S1 gauche au V. \_\_\_\_\_ (ci-après : V. \_\_\_\_\_) et a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce le 18 septembre 2009, annonçant une incapacité totale de travailler dès le 18 août 2008 - attestée par des certificats médicaux émanant de plusieurs médecins traitants et joints au formulaire -, en raison d'une hernie discale et de fortes douleurs neuropathiques au pied gauche.

**b)** L'OAI s'est entretenu avec l'assuré le 2 octobre 2009. On extrait du procès-verbal de cet entretien les déclarations de l'assuré suivantes :

"En août 2008, j'ai dû me mettre en IT à 100 %, je souffrais de douleurs violentes principalement sur tout le côté gauche, jambe hanche etc.

J'ai consulté le Dr P. \_\_\_\_\_ à [...] et j'ai fait divers examens, sans qu'aucun diagnostic clair puisse être posé. Pour finir, ce médecin m'a envoyé auprès d'un psychiatre, le Dr B. \_\_\_\_\_ à [...], que j'ai vu de septembre à décembre 2008.

J'ai repris mon travail à 20 % en novembre et à 50 % en janvier 2009.

Alors que je roulais en voiture, j'ai ressenti une grosse douleur dans le dos et j'ai dû faire venir le médecin de garde à mon domicile, ce médecin m'a conseillé de me rendre dès le lendemain au V. \_\_\_\_\_, afin d'y effectuer un scanner d'urgence, car il suspectait une hernie discale.

Je me suis rendu au V. \_\_\_\_\_, mais les médecins ont refusé de me faire un scanner en urgence, me renvoyant chez mon médecin. Je tiens ces médecins pour responsables de mon état de santé actuel et je pense déposer plainte contre eux.

Pour finir j'ai fait un scanner et le Dr J. \_\_\_\_\_ (décédé depuis) m'a opéré le 25 janvier 2009. Depuis cette opération, je n'ai que des problèmes, je ne peux pas rester debout longtemps ou assis et j'ai des douleurs dans le pied, avec sensation de brûlure qui m'empêchent de me chausser. Je ne mets que des « chlappes » depuis 8 mois.

Je suis très révolté contre le V.\_\_\_\_\_ et divers médecins. Je ne suis d'ailleurs pas en bons termes avec le dernier neurologue que j'ai vu, le Dr R.\_\_\_\_\_.

Actuellement, je fais de la physiothérapie et de l'ergothérapie, mais une méthode spéciale. Je suis bien informé sur ma maladie car j'ai tout lu sur Internet. Je me fais beaucoup de souci pour mon avenir, car le pronostic pourrait être mauvais et je ne me vois pas retravailler avec des douleurs comme les miennes et de plus je ne peux pas me chauffer.

J'ai prochainement rendez-vous chez C.\_\_\_\_\_ Orthopédiste [...], mais je doute que l'on trouve une solution."

**c)** Sur le conseil de l'OAI, l'assuré a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 12 octobre 2009. Il a également déposé une demande de moyens auxiliaires pour des chaussures orthopédiques le 19 octobre 2009, ce que l'OAI lui a octroyé par communication du 14 janvier 2010.

**B.** **a)** Interpellé par l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré depuis fin 2008, a rendu un rapport médical le 10 mars 2010, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de "dépression dans contexte douleurs/hernie" existant depuis janvier 2009 et provoquant une incapacité de travail de 80 % dès novembre 2009.

**b)** A l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 26 juillet 2010, l'assuré a notamment indiqué avoir repris son activité professionnelle à environ 60 %, sachant que sa situation empirerait avec le retour du froid.

**c)** Le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé, dans un avis médical du 24 septembre 2010, la nécessité de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assuré et sa capacité de travail actuelle. L'OAI a ainsi mandaté le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel a rendu un rapport d'expertise le 14 février 2011, sur la base d'un examen de l'état de santé de l'assuré et de son dossier médical. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale L5-S1 et douleurs neurogènes secondaires, persistantes dans le dermatome S1

gauche, au niveau du pied. Ces atteintes ne provoquaient pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il a relevé que l'employeur de l'assuré estimait que les troubles de concentration et l'asthénie représentaient une diminution de la productivité de l'assuré de 40 à 50 %. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a pour sa part retenu une baisse de rendement de 10 %, inhérente à la fatigue, aux douleurs et à la thérapie.

L'assuré a entièrement réfuté les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ par courrier du 2 mai 2011. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé ses conclusions par courrier du 27 juin 2011, notamment le fait que seule une diminution de rendement de 10 % était justifiable.

**C.** Le SMR a estimé nécessaire de procéder à un examen psychiatrique, vu les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. avis médical du SMR du 8 juillet 2011). L'assuré a ainsi été vu au SMR le 26 octobre 2011 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport d'examen clinique psychiatrique le 29 novembre 2011. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de phobies spécifiques, traits de personnalité quérulente et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon lui, l'assuré n'avait jamais présenté d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique et il ne présentait pas non plus de limitations fonctionnelles.

**D. a)** L'OAI a rendu un projet de décision le 22 mars 2012 niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, retenant une incapacité de travail de 10 %.

L'assuré s'est opposé au projet précité le 27 avril 2012, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a en substance nié la valeur probante de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, arguant que la discussion avec ce dernier avait porté sur des sujets qui n'avaient rien à voir avec une expertise purement médicale. En effet, l'expert s'était éloigné de son rôle d'expert pour devenir "une sorte de thérapeute zen", recommandant à l'assuré de faire des exercices de relaxation-minute et de méditation. L'expertise était de plus ambiguë dès lors que le taux d'incapacité retenu par le Dr

L.\_\_\_\_\_ semblait osciller entre 10 et 40 %. En outre, l'expert était parti du principe erroné selon lequel l'assuré ne travaillait plus depuis deux ans à l'époque de l'expertise, alors qu'il avait en réalité tout fait pour conserver son emploi et sa productivité. Malgré cela, l'assuré avait été licencié pour le 31 mars 2012, en raison du déficit considérable de sa productivité. L'assuré a conclu que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ n'avait pas été réalisée dans des conditions satisfaisantes. Dès lors, le projet de décision fondé sur cet avis était entaché d'un doute persistant et il convenait de mettre en œuvre une nouvelle expertise. L'assuré a précisé, par courrier du 5 juin 2012, qu'il avait bel et bien été en incapacité totale de travailler du mois d'août 2008 au mois d'août 2010, mais avait repris son activité au moment de l'expertise.

**b)** Le 13 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une aide au placement, soit une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Il a rendu le même jour une décision formelle de refus de prestations, retenant les éléments suivants :

"Atteint dans sa santé, votre mandant [l'assuré] présente une diminution de sa capacité de travail depuis le 20 janvier 2009.

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, une expertise neurologique a été effectuée le 23 février 2011 par le Dr L.\_\_\_\_\_ et un examen psychiatrique a été effectué le 26 octobre 2011 par le Service Médical Régional SMR.

Selon les art. 28 et 29 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 de dépôt de la demande de prestations, mais après le délai d'attente d'une année.

Six mois après le dépôt de la demande, soit le 14 avril 2010, il ressort des expertises médicales, que M. M.\_\_\_\_\_ présente une pleine capacité de travail dans son activité antérieure de comptable, en tenant compte d'une diminution de rendement de 10 %.

L'incapacité de travail et de gain présentée, de 10 % étant inférieure à 40 %, elle ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

**E.** M.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée le 5 septembre 2012, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente AI lui est octroyée dès le 18 août 2008, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il reproche en substance à l'OAI

d'avoir fondé sa décision principalement sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ du 23 février 2011 et sur son complément du 27 juin 2011 desquels il ressort que, malgré l'existence confirmée de douleurs neurogènes, il ne subirait qu'une diminution de rendement de 10 %. Selon le recourant, cette expertise ne correspond pas aux critères d'intégralité, de sérieux et d'actualité exigés par la doctrine et la jurisprudence, raison pour laquelle elle n'aurait pas dû être suivie. En effet, l'expertise s'était concentrée sur les moyens de l'amener à entreprendre de nouvelles thérapies "zen", ce qui avait marginalisé l'essentiel de la démarche, soit l'établissement d'un véritable rapport sur sa santé et sur sa capacité de travail. Le rapport d'expertise ne prenait par ailleurs pas assez en compte ses plaintes. Concernant la date du début de l'incapacité de travail, le recourant soutient que c'est à tort que l'autorité intimée retenait que le droit à une rente devait lui être nié du fait qu'il n'avait pas présenté une incapacité de travail ininterrompue de 40 % au moins durant une année. En effet, pour fonder son appréciation, l'autorité intimée s'était fondée sur un rapport du SMR fixant le début de l'incapacité de travail au 20 janvier 2009, rapport lui-même fondé principalement sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, sans valeur probante. De plus, les pièces au dossier, soit l'examen clinique psychiatrique du 26 octobre 2011 (rapport du 29 novembre 2011) et les certificats médicaux démontraient qu'il avait été en incapacité de travail ininterrompue de 40 % au moins dès le 18 août 2008 et cela, jusqu'au 31 juillet 2010. Le recourant a finalement requis la production par l'autorité intimée de son dossier, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale de son état de santé afin d'établir correctement le taux de son incapacité de travail.

L'OAI s'est déterminé sur les griefs précités le 25 octobre 2012. Il a entre autre rappelé que les critiques à l'encontre de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ avaient été soumises à ce dernier. Il y avait répondu à satisfaction dans son complément d'expertise du 27 juin 2011, expliquant notamment qu'il avait longuement écouté les plaintes du recourant et lui avait indiqué certaines méthodes de modulation de la douleur, soulignant que ces dernières étaient largement décrites et acceptées par la communauté scientifique. Concernant le début de la période d'incapacité

retenue, l'OAI a relevé notamment que le rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 26 octobre 2011 ne faisait que décrire des périodes figurant sur certaines pièces du dossier (rapport de l'employeur du 22 octobre 2010 et documents internes à l'administration), documents qui n'avaient pas un caractère médical et ne pouvaient dès lors avoir la portée que le recourant leur prêtait. Concernant les certificats du Dr P.\_\_\_\_\_, l'OAI est d'avis que l'on ne peut remettre en cause les conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration du seul fait qu'un médecin traitant a une opinion contraire à celle-ci, dans la mesure où il n'amène pas d'éléments objectivement vérifiables, suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise et qui auraient été ignorés par celle-ci. L'OAI a dès lors conclu au rejet du recours.

Les parties ont confirmé leur position respective, par écriture du 10 janvier 2013 pour le recourant, du 28 janvier 2013 pour l'intimé.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des feries (art. 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA

notamment), il est recevable. La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur la capacité de travail du recourant au regard de l'atteinte dont il souffre au pied gauche, plus particulièrement sur l'instruction mise œuvre par l'OAI afin d'évaluer le caractère invalidant de cette atteinte.

**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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA *in fine*).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2 ;

8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2).

**c)** Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

**d)** Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**e)** 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1), 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).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2 bis LAI et 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

**4. a)** En l'espèce, l'OAI a interrogé les différents médecins traitants du recourant. Sur la base de leurs constatations, il a mandaté le Dr L.\_\_\_\_\_ pour la mise en œuvre d'une expertise neurologique, afin de déterminer l'influence des douleurs neurogènes du recourant sur sa capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le Dr B.\_\_\_\_\_ ayant attesté d'une incapacité de travail de 80 % depuis le mois de novembre 2009, en raison de dépression dans un contexte de "douleurs/hernie", l'OAI a également relevé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre un examen clinique psychiatrique au SMR. Ce dernier a été effectué par le Dr K.\_\_\_\_\_, qui a signé son rapport avec la mention "psychiatre FMH". Or, il convient de constater que ce médecin n'était pas membre de la Fédération des médecins suisses en 2011. Ce fait a déjà été constaté devant la Cour de céans et reconnu par l'OAI dans l'affaire AI 186/12 - 108/13, dont l'arrêt a été rendu le 8 mai 2013 (cf. aussi liste des médecins membres de la FMH sur [www.doctorfmh.ch/index\\_fr.cfm](http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm), état au 23 juillet 2013).

**b)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un rapport médical établi par un médecin du SMR se prévalant d'un titre auquel il ne pouvait prétendre, ne peut servir de seule base d'appréciation de l'état de santé psychique d'un assuré et de la capacité de travail exigible corrélative (TF 9C\_303/2008 du 25 mars 2009 ; I 594/06 du 10 octobre

2007 consid. 5 ; I 65/09 du 31 août 2007, *in* SVR 2008 IV n° 24 p. 74, consid. 3).

Vu les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, il sied de constater, tout comme l'OAI, qu'une instruction sur l'aspect psychiatrique de l'atteinte à la santé du recourant était nécessaire. Cependant, le Dr K.\_\_\_\_\_, en signant son rapport avec la mention "psychiatre FMH", alors qu'il n'était pas membre de la Fédération des médecins suisses, s'est prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre. L'OAI s'étant fondé uniquement sur le rapport d'expertise clinique du SMR du 29 novembre 2011 pour nier une quelconque incapacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, il convient de constater que l'instruction de l'OAI est lacunaire sur ce plan. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'un nouvel examen psychiatrique par un autre médecin que le Dr K.\_\_\_\_\_.

**c)** Cela étant, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur l'aspect neurologique de l'atteinte à la santé du recourant, dans la mesure où l'OAI devra rendre une nouvelle décision prenant en compte tous les aspects de l'état de santé du recourant. Ce dernier pourra faire recours contre la nouvelle décision de l'OAI le cas échéant. Cette solution se justifie d'autant que si la Cour de céans tranchait la question de l'atteinte neurologique du recourant à ce stade, cela serait au regard de l'état de santé de ce dernier au moment où la décision attaquée a été rendue, alors que la nouvelle décision devra prendre en compte l'évolution de l'état de santé du recourant postérieure à la date de la décision attaquée.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé,

sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs.

**c)** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

**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 13 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. \_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eric Stauffacher, avocat (pour M. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :