

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 septembre 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Schmutz et Monod  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par DAS Protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst., 6 LPGA , 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 28 LAI, 68bis al. 4 LAI et 42 let. c LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_, née en 1975, mariée depuis 2004 et mère d'une fille née en 2005, a travaillé comme vendeuse puis comme caissière à 32% pour le compte de la société coopérative Z.\_\_\_\_\_, avant de se retrouver en incapacité de travail dès le mois de juin 2007. Elle a déposé, le 3 juin 2008, une demande de prestation de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à des mesures de réadaptation professionnelle et à l'octroi d'une rente. Elle indiquait souffrir de fibromyalgie et de dépression, affections pour lesquelles elle était en traitement auprès des Drs J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et D.\_\_\_\_\_, psychiatre. Elle a utilisé pour sa demande une formule officielle qui comporte une remarque intitulée "autorisation de communiquer des renseignements", ainsi libellée :

"En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée [...] autorise les personnes et offices mentionnés dans la demande à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations [...]. Les fournisseurs de prestations en vertu des art. 36-40 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances et les offices sont autorisés à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, sur leur demande, tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations en vue de la prise d'une décision".

**B.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a instruit cette demande. Il a interpellé le Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a établi un rapport le 3 octobre 2008. Il y a joint la copie d'un rapport du 8 août 2008 rédigé par les Drs [...], rhumatologue, et [...], psychiatre, tous deux rattachés au Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après: CEMED). Ce rapport, intitulé "évaluation médicale du 5 août 2008", avait été adressé par les médecins précités au médecin conseil de l'assureur-maladie Swica. Cette assurance (assurance collective conclue par l'employeur Z.\_\_\_\_\_) a payé des indemnités journalières en relation avec l'incapacité de travail.

L'OAI a adressé à Z.\_\_\_\_\_ un questionnaire pour l'employeur. Dans sa réponse du 13 octobre 2008, le département des ressources humaines de Z.\_\_\_\_\_ a précisé que suite à l'expertise médicale organisée par Swica, l'intéressée aurait dû reprendre le travail le 15 septembre 2008. Elle ne l'a pas fait et a contesté la décision de la caisse-maladie.

Le 6 novembre 2008, Swica a communiqué à l'OAI une copie de l'évaluation médicale du CEMED, ainsi que de quelques autres pièces de son dossier.

Le rapport du CEMED comporte les passages suivants, à propos de l'état psychique de l'assurée:

"Sur le plan psychique, sans les douleurs cela irait. Triste, ras-le-bol, beaucoup de choses de son enfance remontent (père absent, mère alcoolique).

Non envie, démotivations, actuellement pas d'idées noires, mais mauvaise image d'elle, confiance en soi absente, culpabilité *pour plein de choses*. Peu de vie sociale, situation précaire, aimerait faire des choses, mais n'y arrive pas en raison de fatigue, douleurs, manque de motivation. Libido nulle. L'appétit n'a jamais été un problème, poids à tendance à augmenter.

Sommeil perturbé, dort beaucoup, mais mal. Pas de problème d'endormissement, se réveille avec la sensation de ne pas avoir dormi, fatiguée, comme quand s'est couchée. Parle beaucoup en dormant, bouge beaucoup, ne ronfle pas, serre les dents, se réveille avec des douleurs de mâchoires, bouge. Hypersomnolence diurne, ne fait plus de longs trajets, depuis deux à trois ans, ouvre les fenêtres. S'endort devant la TV, en faisant un jeu, comme passagère de voiture, dans une salle d'attente. Pas de réveil avec sensation de manquer d'air.

Ne voit pas l'avenir très rose, à l'assurance depuis une année, demande AI faite récemment.

Pas de moments sans douleurs.

Problèmes de mémoire, de concentration.

[...]

Sur le plan psychique: collaborant, fixée sur les douleurs, triste, gestuelle fluide mais retenue, pas d'idéation suicidaire, inquiétudes quant à l'avenir plus que angoisses, image de soi atteinte, manque de confiance en soi, léger abaissement de l'énergie vitale, pas de fatigabilité, pas de troubles cognitifs lors de l'entretien. Interactive et réactive, peut passer de l'énerverment aux pleurs, moment oppositionnel, mais avec ensuite une très rapide capacité d'écoute.

Aucun élément de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée, il n'y a pas de fuite des idées, aucune tendance digressive, aucune logorrhée particulière.

Activités quotidiennes:

Repassage: impossible de par la position et les contraintes sur la ceinture scapulaire;

Cuisiner: problèmes lorsqu'il faut soulever les casseroles

Aspirateur : engendre des douleurs rachidiennes tardives.

Positions: assises ou debout prolongées difficiles

Sorties: peu fréquentes (mais aussi problème financier)

Les courses sont faites avec son mari qui porte les affaires: sa fille est à la garderie trois fois par semaine, pendant ce temps elle tente de faire quelque chose dans son logement, à son rythme.

[...]

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

Assurée de 33 ans qui souffre depuis quelques années d'un syndrome fibromyalgique se manifestant par une symptomatologie douloureuse du rachis et des ceintures scapulaire et pelvienne sans raison anatomique susceptible de l'expliquer. L'histoire de la maladie, les conditions habituellement rencontrées parallèlement à ce syndrome (insomnie, fatigue, colopathie fonctionnelle) et la négativité de toutes les investigations y relatives, la présence de nombreux trigger points et quelques signes de non organicité témoignent en faveur de ce diagnostic.

Par ailleurs, épisode dépressif d'intensité légère à moyenne au plus, chez une assurée fixée sur ses douleurs qui sont la principale cause de l'incapacité de gain. Retrait social surtout pour des problèmes financiers, mais pas d'isolement. Histoire de difficultés sur le plan psychique de longue date, mais sans effet sur la capacité de travail. La notion de trouble dépressif récurrent ne s'est pas vérifiée à l'anamnèse, un diagnostic de dysthymie est par contre probable.

Diagnostic(s) justifiant l'incapacité de travail:

Aucun.

Autres diagnostics:

Fibromyalgie.

Épisode dépressif d'intensité légère à moyenne.

Colopathie fonctionnelle

Migraine sans aura

Bruxisme nocturne probable

Diagnostic(s) à investiguer:

Troubles extrinsèques du sommeil: ronchopathie, syndrome des apnées du sommeil, bruxisme, autre?

Commentaires:

Tableau de fibromyalgie classique, associée à un trouble de l'humeur, mais sans comorbidité psychiatrique grave. [...]

Les diagnostics à investiguer peuvent expliquer une partie de la symptomatologie, mais ne justifient certainement pas une incapacité de travail durable.

Conclusions:

Capacité de travail complète dès ce jour".

Le Service médical régional AI (ci-après: SMR) a établi un rapport médical le 17 décembre 2008, sous la signature du Dr [...]. Ce document se réfère aux rapports du Dr J.\_\_\_\_\_, d'une part, et du CEMED, d'autre part. Il conclut ainsi :

"L'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une intensité telle de justifier une IT [incapacité de travail], pas de retrait social dans toutes les manifestations de la vie, pas d'état psychique cristallisé, pas d'affection corporelle chronique.

Les experts évoquent la possibilité d'un syndrome d'apnée du sommeil. Une telle atteinte après prise en charge ne justifie pas d'IT de longue durée.

Au vu de ces éléments, il convient de retenir une CT [capacité de travail] entière".

**C.** L'OAI a envoyé à l'assurée, le 19 décembre 2008, un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus de prestations (mesures professionnelles et rente), parce qu'il résulte d'une analyse médicale de la situation qu'elle ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante.

Représentée désormais par DAS Protection juridique SA, l'assurée a fait valoir ses objections, soutenant en particulier que le dossier n'était pas complet, en l'absence notamment d'un rapport médical du psychiatre traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, et d'éléments médicaux au sujet des troubles du sommeil. La mandataire a obtenu une copie du dossier sous forme de CD-ROM (transmis le 22 janvier 2009).

L'assurée a produit un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 13 février 2009, dans lequel ce dernier conteste les conclusions du CEMED. Selon le psychiatre traitant, l'assurée présente une pathologie psychiatrique majeure sous la forme d'un état dépressif sévère sans caractéristiques

psychotiques, qui implique une incapacité de travail totale. Il estime que la situation générale de sa patiente est assimilable à un processus maladif chronique combinant des troubles somatiques et psychiatriques, troubles qui, associés à un passé familial très lourd et à une situation actuelle précaire, l'ont conduite à épuiser progressivement la totalité de ses ressources, notamment adaptatives. Le médecin constate en outre un rétrécissement de l'intégration sociale, qui a comme origine essentiellement les sentiments de honte et d'insuffisance liés à la dépression. Il est d'avis que l'évolution clinique est peu satisfaisante et que le pronostic est mauvais, malgré le traitement psychiatrique en cours.

Le 26 février 2009, l'OAI a rendu sa décision formelle de refus de prestations de l'AI. Cette décision reprend la motivation présentée dans le préavis du 19 décembre 2008.

**D.** X. \_\_\_\_\_ a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de son mandataire du 27 mars 2009. Elle conclut à l'annulation de la décision du 26 février 2009 et au renvoi de la cause à l'OAI pour mesures d'instruction complémentaires, subsidiairement à ce qu'il soit prononcé qu'elle souffre d'une incapacité de travail entière, la cause étant renvoyée à l'OAI pour déterminer les prestations dues. En substance, la recourante critique l'appréciation des preuves médicales sur le plan psychique et remet en question la valeur probante du rapport du psychiatre du CEMED. Elle soutient que la décision attaquée est insuffisamment motivée et reproche en outre à l'OAI d'avoir procédé à un échange de données en violation de l'art. 68bis al. 4 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), elle-même n'ayant pas été informée de la réception du dossier de Swica.

Invité à répondre, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Dans son écriture du 18 juin 2009, il indique que le SMR s'est déterminé au sujet du premier grief, dans le sens suivant:

"Sur le plan psychiatrique, il y [a] une divergence de diagnostic entre les experts et le psychiatre traitant. Le Dr D. \_\_\_\_\_ base son diagnostic en

partie sur un test de Hamilton. Il faut savoir que, d'une part, les critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 sont exclusivement cliniques et ne font appel à aucun test, d'autre part que le test de Hamilton est une auto-évaluation, raison pour laquelle il ne constitue pas une évaluation médicale objective. Nous sommes donc face à deux appréciations différentes d'une même situation. Or, selon la jurisprudence, c'est en principe l'avis de l'expert qui l'emporte sur celui du médecin traitant, enclin à plus d'empathie.

Le Dr D. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail de la recourante et ne conteste pas formellement celle retenue par nos soins. On comprend toutefois qu'il ne l'estime pas entière lorsqu'il écrit que "la remobilisation de ses capacités adaptatives est un travail de longue haleine qui doit s'étendre sur plusieurs années". Son appréciation est basée, comme il l'atteste lui-même, sur un approche bio-psycho-sociale qui sort du champ de l'AI.

En ce qui concerne la fibromyalgie dont souffre l'intéressée, il y a lieu de préciser ce qui suit:

[...]

En l'espèce, l'expertise du CEMED est explicite, l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique importante par son acuité et sa durée. Quant aux autres critères, ils ne sont à l'évidence pas remplis puisqu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la recourante ayant de bons contacts avec sa sœur [...] et ayant encore quelques activités".

La recourante a déposé des déterminations au sujet de la réponse. Elle a confirmé ses conclusions. L'OAI a déposé des observations complémentaires.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**2.** La recourante fait valoir que la décision attaquée est insuffisamment motivée car l'argumentation - mentionnant une analyse

médicale de la situation, dont il découle qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé invalidante - serait trop concise et générale.

L'obligation de motiver les décisions administratives est énoncée à l'art. 42 let. c LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Il s'agit également d'une garantie générale de procédure, déduite de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). Dans le domaine des assurances sociales, l'art. 49 al. 3 LPGA prévoit que les décisions des assureurs qui portent sur des prestations doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Au sens de ces dispositions, la motivation doit être suffisamment développée pour que la partie puisse comprendre la portée de la décision qui la touche et recourir contre elle en connaissance de cause (cf. notamment ATF 135 III 513 consid. 3.6.5; ATF 134 I 83 consid. 4.1). En l'espèce, il est vrai que la décision attaquée est très sommairement motivée. Toutefois, sa portée pouvait être clairement perçue par la recourante - le refus de prestations AI pour des motifs liés à son état de santé, analysé à l'évidence sur la base des pièces du dossier dont elle avait eu connaissance. L'OAI n'a donc pas violé les exigences du droit fédéral et cantonal en matière de motivation des décisions. Ce premier grief est mal fondé.

**3.** Toujours sur le plan formel, la recourante se plaint d'une violation de l'art. 68bis al. 4 LAI. L'art. 68bis LAI fixe le cadre de la collaboration interinstitutionnelle entre les offices AI et les assureurs sociaux ou privés; les al. 2 et 3 de cette disposition règlent certaines modalités d'échange de données (maintien du secret, principalement), qui intervient généralement sous la forme écrite. L'art. 68bis al. 4 LAI permet exceptionnellement de procéder oralement à un échange de données; en pareil cas, "la personne concernée doit être informée subséquemment de l'échange de données et de son contenu".

On ne voit pas la pertinence de la référence à l'art. 68bis al. 4 LAI dans la présente affaire, l'échange de données avec l'assurance-maladie Swica ayant été effectué sous forme écrite. La recourante a pu

prendre connaissance du dossier complet avant la fin de l'instruction par l'OAI, notamment dans le délai fixé pour présenter des objections, après la communication du préavis. Elle a donc pu lire toutes les pièces transmises par Swica. Cela étant, la seule pièce pertinente de ce dossier est le rapport CEMED, qui avait déjà été remis à l'OAI par le médecin traitant de la recourante, lequel avait été autorisé à le faire par cette dernière. On peine à comprendre le sens du grief de la recourante, lequel est, quoi qu'il en soit, manifestement mal fondé.

**4.** La recourante se plaint, sur le fond, d'une violation des règles sur l'appréciation des preuves médicales, s'agissant de son état psychique. Elle reproche en substance à l'OAI de n'avoir pas pris en compte l'avis de son psychiatre, le Dr D.\_\_\_\_\_, avis qui n'a pas été soumis au SMR avant le refus de prestations. Elle conteste en outre la valeur probante de l'expertise du CEMED, qui ne poserait pas un diagnostic conforme aux critères de classification internationale DSM-IV, contiendrait des contradictions et se bornerait à énoncer "série de constats subjectifs et objectifs non discutés".

**a)** La contestation porte sur l'octroi de prestations dues aux assurés reconnus invalides à un certain degré. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_92/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**b)** Vu les atteintes invoquées d'emblée par la recourante et les diagnostics de fibromyalgie et d'épisodes dépressifs retenus par tous les médecins concernés, une évaluation sérieuse de l'état de santé, sur le plan psychiatrique, s'impose. Il ressort de la décision attaquée et du dossier que l'OAI n'a pas demandé de rapport médical au psychiatre traitant. Lorsqu'il a reçu un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 février 2009), après avoir communiqué son préavis et invité la recourante à présenter ses objections, l'OAI ne l'a pas soumis au SMR. Or ce rapport, rédigé par un médecin après un traitement de plusieurs mois, fait état de

troubles dépressifs graves, d'un processus maladif chronique, d'une évolution clinique peu satisfaisante, d'un "rétrécissement" de l'intégration sociale, éléments qui sont tous en soi pertinents. L'OAI affirme avoir soumis ce rapport au SMR après le dépôt du recours au Tribunal cantonal; il a résumé ou reproduit les déterminations du SMR à ce sujet, dans sa réponse du 18 juin 2009. On ignore cependant si cet avis a été donné par un spécialiste en psychiatrie du SMR.

Auparavant, le SMR s'est borné à rédiger un bref rapport en date du 17 décembre 2008, dont l'auteur ne semble pas non plus être un spécialiste en psychiatrie. Ce rapport fait la synthèse des avis médicaux du dossier (à ce stade-là, l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ n'avait pas encore été produit). Aucun examen médical de la recourante n'a été ordonné par le SMR.

L'évaluation médicale du CEMED du 6 novembre 2008 (document que ses auteurs n'ont pas dénommé "expertise") est assez brève sur le plan psychiatrique. Le diagnostic est énoncé sans référence aux méthodes de classification usuelles. La rubrique anamnèse est courte et elle ne contient pas beaucoup d'indications sur le "passé familial très lourd" considéré comme pertinent par le médecin traitant. Les auteurs de cette évaluation n'ont pas, semble-t-il, pris contact avec le Dr D. \_\_\_\_\_. En outre, ce rapport - destiné il est vrai à un autre assureur - ne traite pas tous les points pertinents pour l'évaluation de l'invalidité selon les critères de l'AI.

En somme, la décision de refus de prestations a été rendue sur la base d'une appréciation incomplète de la situation de la recourante, essentiellement parce qu'elle s'est fondée sur un rapport trop sommaire du CEMED - au regard des questions à traiter dans la procédure AI -, parce que le SMR n'a pas effectué lui-même d'examen complémentaire et parce que l'avis du médecin traitant n'a pas été sérieusement analysé ni pris en considération. Il s'ensuit que l'OAI a violé les règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves, telles qu'elles ont été résumées ci-dessus. Les

griefs de la recourante à ce propos sont donc fondés et les conclusions principales du recours doivent être admises.

La décision attaquée doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. C'est en effet à cet office qu'il incombe de recueillir des avis médicaux supplémentaires, de la part du médecin traitant, d'un médecin spécialiste du SMR, voire d'un expert au sens de l'art. 44 LPGa.

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

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'une assurance de protection juridique, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGa et 55 al. 1 LPA-VD; ATF 135 V 473). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 800 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 26 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** Une indemnité de 800 fr. (huit cents francs), à payer à la recourante X.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise 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 :

- DAS Protection juridique SA (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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 :