

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Jevean et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Rebetez

Cause pendante entre :

D. _____, à Aubonne, recourante,

et

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

Art. 4 al. 1, 28 LAI; 7, 8 LPGA

E n f a i t :

A. Le 2 novembre 1999, D._____, née en 1951, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y indiquait qu'elle n'effectuait que quelques heures de ménage par semaine, ne pouvant en faire plus en raison d'une fibromyalgie.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a requis un rapport médical du docteur G._____, rhumatologue et médecin traitant de l'assurée, lequel a notamment indiqué que son examen clinique mettait en évidence une fibromyalgie. Sur proposition du médecin-conseil de l'AI, une expertise psychiatrique a été confiée à la doctoresse [...] W._____, du Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud. Dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2001, la psychiatre a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et d'anxiété généralisée (F41.1); en ce qui concernait la capacité de travail, elle a mentionné que l'activité de femme de ménage était exigible "*au maximum 2 heures par semaine*". Interpellée par l'Office AI, elle a déclaré que le trouble anxieux entraînait une incapacité de travail de 50 % (complément d'expertise du 27 décembre 2002).

Par une décision du 29 avril 2003, l'Office AI a octroyé à l'assurée une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 57 %. L'assurée a fait opposition à cette décision en demandant l'allocation d'une rente entière en raison d'une aggravation de son état de santé depuis l'automne 2002. L'Office AI a rejeté l'opposition dans une nouvelle décision du 17 février 2004; il a notamment considéré que les nouveaux rapports médicaux produits par l'assurée ne faisaient pas ressortir une modification objective de sa situation médicale.

Le 16 mars 2004, D._____ a recouru contre la décision sur opposition. Le Tribunal des assurances a rejeté ce recours par un jugement rendu le 28 décembre 2004 (jugement AI 27/04 - 59/2005). Il a partant confirmé la décision attaquée. Il a en particulier considéré que

"l'incapacité de travail de 50 % entraî[n]ait, sur la base de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, et non contestée par la recourante, une incapacité de gain de 57 %, ouvrant ainsi le droit à une demi-rente d'invalidité, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI" (consid. 8).

B. D._____ a formé contre ce jugement un recours de droit administratif; elle concluait à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Par un arrêt rendu le 11 mai 2006 (cause I 387/05), le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours de droit administratif *"en ce sens que le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 28 décembre 2004 ainsi que la décision sur opposition de l'Office AI pour le canton de Vaud du 17 février 2004 sont annulés, la cause étant renvoyée audit office pour qu'il procède conformément aux considérants"* (ch. 1 du dispositif). Ces considérants contiennent en particulier les passages suivants (consid. 4) :

"En l'espèce, la question de savoir si la recourante est atteinte de fibromyalgie (CIM-10 : M79.0) comme l'a diagnostiqué son ancien médecin traitant, le docteur G._____, ou d'un trouble somatoforme douloureux (CIM-10 : F45.4) peut être laissée ouverte, dès lors que l'examen du caractère invalidant de ces atteintes à la santé doit s'effectuer selon des critères similaires [...]. La juridiction cantonale, respectivement l'office intimé, étaient ainsi fondés à appliquer au cas particulier la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux. Cela étant, on ne peut les suivre dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante.

Dès lors que le docteur G._____ a mis en évidence un status consistant essentiellement en des points douloureux sans cause physiologique ou neurologique avérée (ce médecin a constaté une mobilité normale des jointures), la démarche de l'office AI de soumettre l'assurée à un examen psychiatrique était assurément nécessaire. Force est toutefois de constater que les données recueillies à ce sujet sont insuffisantes pour admettre le caractère invalidant de l'état douloureux présenté par la recourante. La docteure W._____ a en effet émis des considérations peu claires, voire contradictoires, s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de D._____. Dans son rapport d'expertise principal (du 11 décembre 2001), la psychiatre fait état «sur le plan psychique» d'un trouble anxieux (traité par

anxiolytique) tout en précisant que ce trouble n'explique pas «par lui seul» l'atteinte à la capacité de travail de l'assurée, même s'il peut avoir une influence sur la régularité de la fréquentation de celle-ci à un lieu de travail; plus loin, elle répond curieusement que l'activité exercée jusqu'ici est exigible au maximum 2 heures par semaine. Sur invitation de l'office AI à préciser notamment la nature de l'atteinte psychique et le taux de l'incapacité de travail, la psychiatre affirme ensuite que le même diagnostic entraîne une inaptitude à travailler de l'ordre de 50 % (cf. complément d'expertise du 27 décembre 2002). Il s'agit là plus que de simples précisions. Par ces propos, la doctoresse W. _____ a visiblement modifié ses conclusions sans qu'on parvienne toutefois à comprendre les motifs qui l'ont amenée à se distancer de sa précédente évaluation. A cela s'ajoute qu'elle s'est essentiellement fondée sur la manière dont l'assurée elle-même ressent et assume ses facultés de travail (voir sa réponse sous le chapitre «Influences sur la capacité de travail» dans le rapport d'expertise principal précité), alors qu'il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. Aussi n'est-il pas possible de se forger une opinion sur la vraisemblance de la souffrance vécue par l'assurée, ni de déterminer si celle-ci possède néanmoins les ressources psychiques pour surmonter ses douleurs. En l'état des mesures d'instruction, il convient d'émettre des réserves quant à l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. On ne voit pas non plus ce qui a permis aux premiers juges de retenir chez l'assurée une perte d'intégration sociale, la doctoresse W. _____ ayant au contraire mentionné que l'assurée vivait avec son ami une relation affective satisfaisante (toujours le même rapport d'expertise en page 5).

Dans ces circonstances, il s'impose de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il en complète l'instruction, notamment par une expertise médicale interdisciplinaire qui, dès lors que le premier diagnostic posé chez la recourante est celui de fibromyalgie, devra comporter un volet rhumatologique et psychiatrique [...]. Il incombera aux experts appelés à se prononcer de fournir tous les éléments permettant de déterminer avec précision l'incidence des troubles de la recourante sur sa capacité de travail à la lumière de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral des assurances. Dans cette mesure, le recours est bien fondé."

C. Après l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, D._____ a écrit à l'Office AI le 30 mai 2006, pour demander une "révision de [son] dossier pour cause d'aggravation de santé importante". De nouveaux rapports médicaux ont été produits (de la rhumatologue Dresse [...] X._____, du psychiatre Dr [...] C._____) et la Clinique romande de réadaptation, à Sion (ci-après : CRR), a été invitée à effectuer une expertise médicale. Les médecins de la CRR ont déposé leur rapport le 29 janvier 2007; il a été signé par le Dr [...] Z._____, rhumatologue, et la Dresse [...] R._____, psychiatre.

Les experts n'ont retenu que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (notamment trouble de personnalité F60.9 [séquelles de psychose infantile non exclues], obésité).

Dans le chapitre "*appréciation*", ils ont exposé notamment ce qui suit :

"Mme [...] présente exclusivement un tabagisme important auquel s'associent plusieurs autres facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, diabète, obésité) cette constellation n'exerce cependant aucune influence sur la capacité de travail, comme l'indique par exemple le Dr C._____.

Dans ce contexte, l'analyse du TFA paraît pertinente à la lecture minutieuse des différents rapports versés au dossier depuis la demande de prestation en 99, on ne peut pas se convaincre que le retrait professionnel de Mme [...] soit imputable à une atteinte à la santé physique ou psychique.

Et l'approche clinique actuelle ne fournit pas d'argument supplémentaire. Ses plaintes sont en effet les mêmes depuis plus de 20 ans, sauf à préciser une aggravation subjective au fil du temps. Elles sont vagues, non spécifiques, amenées sans recul, de façon automatique. Elles ne dirigent l'investigateur sur la piste lésionnelle ni par leur caractère, ni par leur rythme, ni par leur topographie. Elles ont défié tous les traitements si bien que, de longue date, Mme [...] n'a plus recours à aucun médicament pour les calmer, à la notable exception des corticoïdes, de façon très sporadique, dont on ne voit pas l'indication. Finalement, les douleurs ne paraissent pas submerger cette personne qui mène une existence normale, entretenant un réseau relationnel familial intergénérationnel, disposant d'un véhicule

qu'elle utilise quotidiennement, même pour de longs trajets, s'occupant de son petit-fils régulièrement.

L'examen physique n'est pas plus convaincant. On est certes face à une patiente obèse [...]. Toutefois, on n'isole pas de limitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur. L'examen est surtout caractérisé par un comportement démonstratif [...]. En bref, pas plus que les autres médecins avant nous, nous ne trouvons d'atteinte physique expliquant les doléances. [...] Les troubles dégénératifs rachidiens étaient déjà qualifiés de discrets par le Dr G. _____ il y a 7 ans. C'est en effet le cas ; force est de reconnaître qu'ils n'ont guère progressé entre 1989 et 2005 sur les radiographies lombaires à disposition. Ils ne sauraient être rendus responsables du tableau douloureux présenté par Mme [...]. [...]

L'anxiété généralisée relevée lors de l'expertise psychiatrique de 2001 et l'état dépressif avancé par les médecins traitants successifs pour labelliser l'état émotionnel et affectif ne peuvent donc pas être retenus actuellement sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il faut relever qu'à aucun moment et dans aucun des documents médicaux à disposition, ces différents diagnostics ne se sont étayés sur une clinique et une psychopathologie patente. Le seul examen clinique probant et détaillé (Dr C. _____) n'amène aucun élément pour l'un ou l'autre de ces diagnostics. Enfin le trouble somatoforme douloureux ne peut pas non plus être retenu si l'on se réfère aux critères reconnus par les ouvrages de référence : les douleurs sont présentées sans conviction et sans convaincre, comme si, à elles seules, elles donnaient un semblant de structure et de justification au recours aux soins et à l'assurance sociale.

Il n'en demeure pas moins que le parcours professionnel de Mme [...] est pauvre et discontinu. Ceci peut se comprendre de la manière suivante: l'assurée présente un trouble de personnalité dont les linéaments s'établissent précocement. [...] Ces éléments signent donc une personnalité au fonctionnement archaïque dont les ressources sont faibles et la capacité d'adaptation au réel médiocre. Ces singularités ont vraisemblablement de tout temps créé un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle un tant soit peu exigeante. On ne saurait toutefois les reconnaître comme une justification à l'absence de participation professionnelle.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts ne peuvent donc admettre une atteinte à la santé propre à diminuer la capacité de travail dans la dernière activité exercée. A l'évidence, le pronostic d'une reprise professionnelle est très sombre chez une personne qui n'a pas, depuis

plusieurs années, envisagé une telle issue, qui n'a échafaudé aucun projet d'avenir, qu'une rente invalidité a transitoirement confortée dans son rôle de malade et qui survit depuis près de 20 ans grâce au soutien économique de sa famille et des assurances sociales. On relèvera l'absence de formation professionnelle et le déconditionnement physique lié à la durée de l'inactivité. Il s'agit évidemment là de facteurs sortant du champ médical proprement dit et qui ipso facto, ne sauraient être retenus comme médicalement incapacitants."

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) s'est prononcé sur cette expertise en s'y ralliant. Ainsi, dans un avis du 1^{er} mars 2007, le Dr [...] J._____ a exposé que l'expertise prenait en compte et commentait tous les documents médicaux du dossier, en démontrant pourquoi les diagnostics psychiatriques précédemment reconnus comme invalidants ne pouvaient pas être retenus.

D. Le 30 novembre 2007, l'Office AI a adressé à D._____ un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus du droit à des prestations de l'AI.

La motivation présentée était la suivante :

"Sur la base des pièces médicales de votre dossier et de l'expertise bidisciplinaire de la Clinique romande de réadaptation, force est de constater que c'est à tort que nous vous avons octroyé une demi-rente par décision du 29 avril 2003. En effet, vous n'avez jamais présenté d'incapacité de travail de longue durée médicalement justifiée. La reprise de vos anciennes activités est totalement exigible".

Le 11 décembre 2007, D._____ a demandé à l'Office AI de réexaminer son cas, car elle ne s'estimait toujours pas en état de travailler. Le 22 avril 2008, l'Office AI a rendu une décision formelle

refusant à l'assurée le droit à des prestations de l'AI avec une argumentation correspondant à celle du préavis du 30 novembre 2007.

E. En date du 14 mai 2008, D._____ a recouru au Tribunal des assurances contre la décision de l'Office AI du 22 avril précédent. Elle se prononce dans le sens de l'octroi des prestations de l'AI, à cause de son état de santé qui, d'après elle, s'aggrave sérieusement.

L'Office AI propose le rejet du recours.

F. L'affaire a été traitée à partir du 1^{er} janvier 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Cette Cour a rendu le 3 novembre 2009 un arrêt par lequel elle a admis le recours, annulé la décision attaquée du 22 avril 2008 et renvoyé l'affaire à l'Office AI pour nouvelle décision (arrêt CASSO AI 243/08 - 349/2009). En substance, il a été considéré que l'Office AI avait l'obligation d'informer l'assurée de la possibilité de retirer son opposition dès lors que l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 387/05 du 11 mai 2006 avait replacé les parties au stade de la procédure où l'opposition était pendante, et que la nouvelle décision constituait une reformatio in pejus.

L'Office AI a recouru au Tribunal fédéral contre cet arrêt.

La II^{ème} Cour de droit social du Tribunal fédéral a admis le recours par un arrêt du 2 juillet 2010 (arrêt 9C_6/2010). Elle a par conséquent annulé l'arrêt attaqué et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales pour qu'elle procède conformément aux considérants (ch. 1 du dispositif), à savoir pour qu'elle tranche le litige sur le fond (consid. 4 *in fine*).

G. La recourante a été invitée par le juge instructeur à communiquer d'éventuelles observations complémentaires, après le

nouvel arrêt du Tribunal fédéral. Dans une lettre du 23 août 2010, elle a une nouvelle fois décrit son état physique, qui d'après elle, s'est gravement détérioré.

L'Office AI a pour sa part indiqué, le 2 septembre 2010, qu'il n'avait aucune réquisition complémentaire à formuler.

E n d r o i t :

1. Il incombe à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'entrer en matière sur le fond, après l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_6/2010 du 2 juillet 2010.

2. La recourante a motivé son recours de manière très sommaire. On comprend qu'elle conteste le refus de prestations et demande une rente d'invalidité entière, vu l'impossibilité pour elle d'exercer quelque activité que ce soit.

a) La décision attaquée, qui refuse des prestations AI, retient que la recourante n'est pas invalide. Selon le droit fédéral, 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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1] et 4 al.1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente aurait pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références citées) — cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844).

b) 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2). 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 son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c;). 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 qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2).

c) Dans le cas particulier, la recourante n'a pas produit de nouveaux rapports médicaux après le dépôt de l'expertise bi-disciplinaire. Elle ne critique pas de manière concluante les diagnostics ni l'appréciation des experts.

Cela étant, la recourante persiste à invoquer les douleurs qu'elle ressent et les limitations qui l'affectent dans ses activités quotidiennes. Or les experts n'ont pas constaté de causes organiques à ces troubles et, au surplus, ils n'ont pas posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants. Un tel diagnostic ne constituerait au reste pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50; 132 V 65 c. 4.2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 c. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou

progressive, existence d'un état psychique "*cristallisé*"), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Cependant, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65; 130 V 352; TF 81/07 du 8 janvier 2008 c. 3.2 et les références citées).

Le rapport d'expertise est complet, notamment sur le plan psychiatrique - vu ce que l'on vient d'exposer -, et il répond aux exigences de la jurisprudence (cf. supra, consid. 2b). On ne voit aucun motif de s'écarter de l'appréciation des experts, qui ne retiennent aucune atteinte à la santé propre à établir une invalidité au sens du droit fédéral. Leur appréciation médicale est claire et elle tient compte des critères de la jurisprudence, s'agissant du caractère invalidant des troubles tels que ceux invoqués par la recourante. La décision attaquée, prise le 22 avril 2008 sur la base de cette expertise, n'est donc pas critiquable.

d) Dans ses écritures au tribunal, la recourante s'est en définitive bornée à invoquer une aggravation ou une détérioration constante de son état de santé. Au cas où une telle évolution pourrait être attestée valablement par un médecin, pour la période postérieure à la décision attaquée (c'est-à-dire depuis la deuxième partie de l'année 2008), cette modification des circonstances devrait être examinée dans le cadre d'une procédure de révision, qui devrait le cas échéant être ouverte

devant l'Office AI. En revanche, il n'incombe pas à la Cour des assurances sociales, dans le présent arrêt, de se prononcer sur une évolution de l'état de santé ou de l'invalidité postérieure à la décision dont elle doit contrôler la légalité.

3. Il découle des considérations qui précèdent que le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté dans son entier, la décision querellée étant confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 250 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 91 et 99 LPA-VD, art. 61 al. 1bis LAI).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, 55 et 56 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr., sont mis à la charge de la recourante D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme D. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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: