

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et Mme Thalmann, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante, représentée par Fortuna, compagnie
d'assurance de protection juridique SA, à Adliswil,

et

U._____, à Vevey, intimé.

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. a LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 69 al. 1
LAI**

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, a travaillé en qualité d'enseignante en classe enfantine, à un taux de 85% environ depuis 2004. Elle a vécu durant de nombreuses années avec son ami, bénéficiaire de prestations de l'assurance-invalidité depuis 2003 en raison d'une dépression. Elle a un fils, né en 1998.

Dans une attestation du 28 septembre 2010, le Dr T. _____, médecin-traitant, a indiqué suivre l'assurée pour un état anxio-dépressif réactionnel et un épuisement professionnel depuis le 3 décembre 2009, justifiant dès cette date un arrêt de travail complet pour une durée indéterminée.

L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 29 septembre 2010.

Elle a repris progressivement son activité, à 30 % dès le 10 janvier 2011, puis à 50 % dès le 1^{er} mars 2011, et à son taux d'activité habituel de 85 % environ, dès le mois de juin 2011.

Dans un rapport du 30 novembre 2011, le Dr F. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que l'assurée disposait d'une capacité de travail complète dans l'activité habituelle dès le mois de juin 2011. Il a complété ses observations dans un rapport complémentaire du 17 janvier 2012, en précisant que durant la période d'incapacité de travail considérée, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail au ménage.

Le 2 février 2012, l'OAI a notifié un projet de refus de rente au motif qu'au terme du délai d'attente de six mois dès le dépôt de la demande, soit le 29 mars 2011, l'assurée présentait une perte de gain inférieure à 40 % pour la part de son temps consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, compte tenu d'une capacité de travail et de gain

résiduelle de 50 % et de l'absence d'incapacité à accomplir ses activités non lucratives habituelles. Elle ne présentait par ailleurs plus d'incapacité de travail depuis le mois de juin 2011.

Les 6 février et 2 mars 2012, l'assurée a informé l'OAI d'une péjoration de son état de santé depuis le 2 décembre 2011. Son partenaire de vie était décédé le 1^{er} décembre 2010, son fils de 14 ans était hospitalisé et son père, qui avait été convoqué pour des examens, n'était plus ressorti de l'hôpital et était en fin de vie. En outre, sa mère, en chaise roulante, était désormais dépendante de son aide pour les activités du quotidien que son père ne pouvait plus effectuer.

Les 2 et 16 mars 2012, le Dr T. _____ a exposé à l'OAI qu'il avait attesté une incapacité de travail totale dès le 2 décembre 2011, puis, après diverses tentatives de reprise à temps partiel, un nouvelle incapacité de travail totale dès le 6 février 2012. L'assurée avait présenté une aggravation progressive d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel à de multiples difficultés. Une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable à court ou moyen terme.

Dès le 3 septembre 2012, l'assurée a repris une activité d'enseignement à un taux de 50 %. Elle enseignait le français à des élèves allophones.

Dans un rapport du 20 juillet 2012, le Dr T. _____ a exposé que depuis la naissance de son fils, l'assurée avait dû vivre de front la maladie, puis la dégradation progressive et le décès de son ami en 2010, les multiples difficultés de son enfant «haut potentiel», qui présentait également des problèmes complexes de santé aggravés en 2009. De plus un traumatisme ponctuel avait déclenché l'incapacité de travail de novembre 2011. Il en résultait une «désadaptation durable». En cas de surcharge de travail, un grand effort pour s'adapter pendant le temps de travail entraînait une forte anxiété et un grand état de stress en fin de journée, qui après le travail nécessitait de «s'en remettre». Le taux d'activité exigible était de 50 % au maximum («au maximum le mi-temps

contractuel»), avec trois périodes d'affilée par jour au maximum dès la rentrée scolaire 2012-2013. Il était important de prendre également en considération que ces difficultés concernaient aussi la sphère non professionnelle et en particulier l'accompagnement du fils de l'assurée qui présentait des intolérances alimentaires sévères et un profil d'enfant «haut potentiel». Ces deux caractéristiques étaient très lourdes de contraintes multiples, telles que consultations, régimes, aménagement complexe de la scolarisation, génératrices de stress au même titre que le stress d'une surcharge de travail.

Dans un avis médical du 3 juillet 2013, le Dr F._____ a considéré que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès la rentrée de septembre 2012. Selon lui, le taux d'activité actuel de 50% n'était pas justifié par des raisons médicales, l'assurée s'occupant de son fils et de personnes âgées dont elle avait pris la charge.

Par communication du 6 février 2014, l'OAI, sur recommandation du SMR du 27 novembre 2013, a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 16 mai 2014, cet expert a retenu le diagnostic de « dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1) existant depuis probablement 2000, avec une accentuation de traits de personnalité dépendante (Z73.1), existant depuis l'âge de jeune adulte ». Il a précisé qu'en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan psychique, mental ou social, confirmant qu'une capacité de travail exigible restait entière dans toute activité au plan psychique.

Dans son rapport du 11 juin 2014, le Dr D._____ du SMR a indiqué partager l'avis du Dr P._____, estimant n'avoir aucune raison de s'écarter de l'expertise psychiatrique du 16 mai 2014.

Par décision du 16 juin 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée. Cet office a retenu que celle-ci

n'avait jamais présenté d'atteinte psychiatrique invalidante justifiant une incapacité de travail durable.

Par courrier du 6 août 2014, le Dr T. _____ s'est adressé à l'OAI pour souligner que la demande de prestation de l'assurée était fondée sur un état de fatigue chronique l'empêchant de travailler à plus de 50 %, sous peine de voir se réactiver un état d'épuisement se manifestant par une grande anxiété et un stress intense. Le Dr T. _____ se déclarait par ailleurs en accord avec « le constat psychiatrique qui ne révèle aucune pathologie psychiatrique », la fatigue chronique étant multifactorielle, comme exposé dans le rapport du 20 juillet 2012.

B. Par acte du 25 août 2014, M. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée en concluant implicitement à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Elle a notamment fait valoir que seul un travail à temps partiel lui permettait de maintenir l'équilibre dans sa vie et d'éviter une « nouvelle rupture », n'étant plus capable de faire face à des situations stressantes.

Dans sa réponse du 9 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a considéré que la fatigue chronique alléguée par la recourante devait être examinée à la lumière des critères jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux, concluant que les exigences mises à la reconnaissance du caractère invalidant du trouble n'étaient en l'occurrence pas satisfaites.

Par réplique du 21 novembre 2014, la recourante, désormais représentée par Fortuna, a confirmé ses conclusions. Elle a rappelé les difficultés rencontrées à faire face à son quotidien, particulièrement en raison de l'état de santé de son fils. Elle a par ailleurs contesté la force probante de l'expertise du 16 mai 2014, l'expert n'ayant pas tenu compte de ses observations complémentaires adressées par courriel au lendemain de leur entretien.

Dans sa duplique du 11 décembre 2014, l'intimé a observé que contrairement à ce que prétendait la recourante dans son dernier courrier, l'expert n'ignorait pas qu'elle était en arrêt de travail au moment de l'expertise, celui-ci l'ayant mentionné à plusieurs reprises dans le cadre de son rapport, ajoutant qu'il avait fondé ses conclusions sur les données concernant l'évolution de la situation sur de nombreuses années, et non seulement sur les quelques semaines précédant l'expertise.

Dans une écriture complémentaire du 20 juillet 2015, la recourante a produit un rapport médical établi le 15 juillet 2015 par la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie. Cette dernière a exposé suivre la recourante depuis décembre 2014 en raison d'importantes difficultés à faire face à sa vie privée et à tout imprévu dans sa vie professionnelle, difficultés reliées anamnestiquement à un trouble dépressif chronique avec aggravation depuis le décès de son conjoint en 2010. La Dresse K._____ a posé le diagnostic de dépression anxieuse persistante. Selon elle, une diminution de son taux d'activité à 50 % était nécessaire pour maintenir l'équilibre trouvé jusqu'à maintenant. Sur la base de ce rapport, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une seconde expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie.

Par courrier du 31 août 2015, l'intimée s'est prononcée en faveur d'un complément d'expertise à confier au Dr P._____.

Par courrier du 25 septembre 2015, la recourante a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise, laissant le soin au Tribunal de nommer l'expert.

E n d r o i t :

1. a) 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'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

Le recours, formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

3. **a)** En l'occurrence est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'intimée dans la décision attaquée suite à l'expertise établie par le Dr P. _____ le 16 mai 2014.

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 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).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, il y a lieu d'évaluer l'invalidité en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la

méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI).

d) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

e) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156

consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

5. a) Sur le plan médical, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr P. _____ du 16 mai 2014 dont les conclusions ont été reprises par le SMR dans son rapport du 11 juin 2014.

b) Ce rapport d'expertise repose sur un examen personnel de la recourante datant du 5 mai 2014 ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI. Il récapitule l'anamnèse de la recourante, singulièrement l'anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle. Il expose en outre les plaintes et données objectives de l'intéressée. Puis, l'expert fait part de son diagnostic. Les atteintes sont ensuite largement discutées par l'expert, lequel ponctue son rapport en répondant aux questions soulevées par l'OAI essentiellement au sujet de la capacité de travail de la recourante. A cet égard, l'expert précise en particulier que la recourante conserve une capacité de travail de 100% dans l'activité exercée jusqu'ici, sans diminution de rendement. Il expose de manière convaincante pour quels motifs il ne retient pas un trouble dépressif plus grave et plus incapacitant, sur la durée, qu'une dysthymie, en particulier le fait que la recourante a pu continuer à faire face aux exigences de la vie quotidienne en soutenant son ami malade, puis sa mère handicapée, ainsi que son fils souffrant de difficultés comportementales. L'anamnèse ne permettait ainsi pas de constater la persistance d'un épisode dépressif majeur chez une assurée qui continuait à poursuivre ses activités sociales et ménagères malgré l'absence d'un traitement spécialisée ou de la prescription de psychotropes par le médecin généraliste traitant, depuis 2009. Le Dr P. _____ a également pris en considération la structure de personnalité de la recourante, en exposant qu'elle avait des difficultés à mettre des limites à des personnes dont elle croyait dépendre, avec une tendance à se soumettre à leur volonté. Elle avait néanmoins fait preuve de ressources d'adaptation et avait pu travailler de manière stable dans différents contextes professionnels. Le constat de l'absence de gravité des symptômes anxieux et dépressifs présentés par la recourante est en outre corroboré par l'examen clinique auquel l'expert a procédé. Il est par ailleurs faux de prétendre que le Dr P. _____ n'a pas pris en considération le courrier

électronique que lui a adressé la recourante après son entretien avec lui. Il a expressément mentionné ce courrier électronique dans l'expertise, quand bien même il n'en a pas détaillé le contenu. Elle n'expose pas en quoi cela aurait été nécessaire.

Il apparaît ainsi que l'expertise du Dr P. _____ du 16 mai 2014 se fonde sur un examen clinique complet et détaillé de la recourante sur le plan psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes. Il contient des conclusions motivées qui donne une appréciation claire et cohérente de sa situation médicale, de sorte que le caractère probant du rapport doit être admis.

Dans ce contexte, ni les rapports du Dr T. _____, ni celui de la Dresse K. _____, ne justifient de réinterpeler l'expert ni de demander une nouvelle expertise. L'avis du Dr T. _____ était déjà connu de l'expert. La Dresse K. _____ n'expose par ailleurs rien de véritablement nouveau. Les rapports du Dr T. _____ et celui de la Dresse K. _____ sont succincts et peu motivés, et ne suffisent pas à remettre en cause l'expertise du Dr P. _____. Par ailleurs, le Dr T. _____, qui s'est dit « d'accord avec le constat psychiatrique qui ne révèle aucune pathologie psychiatrique » chez la recourante (rapport médical du 6 août 2014), fait état d'un diagnostic d'état de fatigue chronique, mais n'a fait procéder à aucun examen spécialisé en vue de le vérifier, en dépit d'une incapacité de travail persistante attestée depuis maintenant plusieurs années. Quant au rapport établi par la Dresse K. _____, on doit observer que ce médecin n'a été consulté que près de six mois après la décision litigieuse. A supposer qu'il repose sur des observations véritablement nouvelles, et non sur une simple appréciation divergente - mais insuffisamment motivée - d'un état de santé inchangé depuis l'expertise du Dr P. _____, il serait tout au plus de nature à justifier le réexamen du dossier sous l'angle d'une nouvelle demande. Il appartiendra à l'intimé d'examiner cette question, qui relève de sa compétence.

Pour ces motifs déjà, le recours doit être rejeté.

c) Indépendamment de ce qui précède, on doit observer que les Drs T._____ et K._____ n'attestent pas une incapacité de travail supérieure à 50 % dans l'exercice de sa profession par la recourante. Dans un contexte d'évaluation mixte de l'invalidité, il faudrait par conséquent, pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité minimale, que la recourante présente une incapacité supérieure à 60 % dans ses tâches non professionnelles habituelles. Une telle limitation doit être exclue au vu des constatations du Dr P._____ et des propres déclarations de la recourante, relatives au fait qu'elle a continué, dans une large mesure, à assumer ses activités non lucratives habituelles. Elle n'est d'ailleurs pas vraisemblable au regard de la capacité de travail conservée par la recourante au niveau professionnel.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**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 16 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Fortuna, Assurance de protection juridique SA (pour M._____),
- 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).

La greffière :