

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mai 2019

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Monod et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Karim Hichri,  
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse obtenu en 1983, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007 en tant que réceptionniste/téléphoniste pour le compte de la société coopérative V.\_\_\_\_\_ à U.\_\_\_\_\_.

Le 16 novembre 2012, l'employeur de P.\_\_\_\_\_ a adressé un formulaire de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) dans lequel il faisait notamment état d'une incapacité de travail complète à compter du 8 octobre 2012 suivie d'une reprise du travail à 50% dès le 5 novembre 2012. Le rapport initial dressé le 6 décembre 2012 ensuite d'un entretien entre P.\_\_\_\_\_ et une spécialiste en réinsertion professionnelle faisait mention des atteintes à la santé suivantes : « statut dépression (burn out) avec blocage complet, discopathies, dysplasie hanche droite, arthrose sur les facettes, jambe droite plus courte (- 1,5 cm). » La procédure de détection précoce concluait au dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, ce que P.\_\_\_\_\_ a fait en date du 15 janvier 2013.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli divers renseignements sur la situation personnelle et professionnelle de P.\_\_\_\_\_ ainsi que sur le plan médical.

Dans un rapport du 18 février 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état d'épuisement psychique dans un contexte de stress professionnel, de lombalgies chroniques dans le cadre d'un canal lombaire étroit en L4-L5 et de façon moindre en L5-S1 et de mouvements périodiques des jambes au décours du sommeil. Il a estimé que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle moyennant la poursuite du soutien psychothérapeutique tel qu'assuré par le Centre M.\_\_\_\_\_.

Le 11 avril 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, respectivement psychiatre et psychologue au Centre M.\_\_\_\_\_, ont complété un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel ils ont posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Ayant précisé être en charge du suivi de P.\_\_\_\_\_ depuis le 28 janvier 2013, ils ont estimé que sa capacité de travail était de 30% dans la profession exercée en raison d'une fatigue importante, d'une irritabilité, d'une réduction de l'énergie et d'une diminution de l'aptitude à se concentrer.

L'office AI a fait verser le dossier de D.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel contenait une expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en neurologie, et une expertise rhumatologique du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 15 octobre 2013. Il a diagnostiqué - avec répercussion sur la capacité de travail - un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) avec syndrome somatique. Il a indiqué que le trouble dépressif récurrent s'était manifesté dès 2004, tandis que l'épisode dépressif actuel remontait au début de l'été 2012 et se trouvait à l'origine de l'incapacité de travail attestée au jour de l'expertise. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, impulsifs, narcissiques et histrioniques accentués. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle au jour de l'expertise, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré qu'une reprise progressive était envisageable à 30% dès le 1<sup>er</sup> février 2014 puis à 50% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2014.

Dans son rapport du 14 novembre 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre de légers troubles statiques et de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement canalaire modéré (absence de radiculalgies et de signes déficitaires sensitivo-moteurs, pas de signes irritatifs) ainsi que d'omalgies

gauches avec vraisemblable tendinopathie du muscle scapulaire. D'un point de vue rhumatologique, il a estimé que la capacité de travail était complète dans l'activité professionnelle habituelle, précisant qu'elle avait également été de 100% durant la période comprise entre les mois d'octobre 2012 et octobre 2013, dès lors que les arrêts de travail avaient été motivés par des troubles de nature psychique. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg surtout en porte-à-faux avec le buste et possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 20 à 30 minutes. D'après le Dr R.\_\_\_\_\_, l'activité habituelle de réceptionniste/téléphoniste telle que décrite par l'assurée respectait ces limitations. Le rendement n'était pas affecté.

Le 28 mars 2014, l'office AI a informé P.\_\_\_\_\_ qu'il prenait en charge un soutien personnel à la place de travail du 31 mars au 30 septembre 2014 auprès de son employeur à raison de 2 heures par jour sur 4 jours par semaine. Une augmentation de l'horaire était possible en fonction des renseignements fournis par l'assurée en lien avec les certificats médicaux délivrés par les médecins.

D'un rapport final du 4 décembre 2014 du service de réadaptation de l'office AI, il ressort qu'une mesure de réinsertion a été mise en œuvre auprès de l'employeur de P.\_\_\_\_\_ dans son activité habituelle du 31 mars au 30 septembre 2014. La capacité de travail observée était de 60% avec un rendement correspondant.

L'office AI ayant réinterpellé le Centre M.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C.\_\_\_\_\_, psychologue, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avec syndrome somatique et de trouble anxieux (sans précision). D'après eux, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle depuis le mois d'octobre 2014 (rapport du 24 janvier 2015).

P.\_\_\_\_\_ a été licenciée pour le 28 février 2015.

Après analyse des pièces médicales au dossier, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique « afin de déterminer précisément la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. » Elle devait comporter un monitoring ainsi qu'un examen de l'aptitude à la conduite en cas de trouble bipolaire avec état maniaque (avis médical du 4 mai 2015).

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'étant récusé, l'office AI a mandaté le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à l'expertise de P.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 24 novembre 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble affectif bipolaire de type I, existant depuis 2004, date du premier épisode dépressif. Le dernier épisode de dépression sévère était en rémission. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une dysthymie ainsi que des traits de personnalité dysfonctionnels. D'après l'expert, dans un travail adapté et en-dehors des périodes de crise, la capacité de travail de l'assurée était de 50%, en raison de sa faible tolérance au stress susceptible d'entraîner de graves décompensations (maniaques et dépressives). Il n'y avait pas de diminution de rendement. Dans une activité de ménagère, la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement. L'exigibilité était fixée au 1<sup>er</sup> novembre 2015. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables afin d'améliorer la capacité de P.\_\_\_\_\_ à gérer le stress. Une période de mise en confiance était donc nécessaire. Aussi, un réentraînement au travail suivi d'un placement dans le milieu du travail à un taux de 50% paraissait constituer une mesure adaptée. Une capacité de travail de 100% lui paraissait toutefois difficilement atteignable.

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a déclaré faire siennes les conclusions de l'expert (avis médical du 16 décembre 2015).

Par projet de décision du 12 janvier 2016, l'office AI a informé P.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 sur la base d'un degré d'invalidité de 59% (incapacité de travail moyenne de 59,37% à compter du 8 octobre 2012, début du délai d'attente d'une année). Le degré d'invalidité étant de 50% à partir du 31 mars 2014, il en résultait le maintien du droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

Le 1<sup>er</sup> février 2016, P.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Se fondant sur le certificat médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2016, elle a fait valoir que son incapacité de travail était totale du 1<sup>er</sup> mars 2015 au 31 janvier 2016. Elle a indiqué qu'elle travaillait trois heures par jour trois fois par semaine en milieu protégé (Groupe Q.\_\_\_\_\_), ajoutant qu'il ne lui était plus possible de travailler dans le circuit économique normal.

Dans un courrier du 12 février 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé les dires de l'assurée.

Prenant position sur les documents produits en procédure d'audition, le Dr T.\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ (avis médical du 23 février 2016).

Par décision du 20 avril 2016, l'office AI a entériné l'octroi d'une demi-rente d'invalidité conformément à son projet du 12 janvier précédent.

**B.** Par acte du 19 mai 2016, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Contestant la capacité de travail de 50% retenue par les Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, l'assurée leur a opposé l'appréciation de son psychiatre traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_. D'après celui-ci, elle présentait un trouble affectif bipolaire

avec un épisode de dépression moyenne, pathologie excluant toute capacité de travail résiduelle. Outre que les Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ avaient ignoré les rapports du Dr W.\_\_\_\_\_, leurs constatations ne correspondaient pas aux observations cliniques de ce dernier. Alors que le Dr W.\_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation de son état de santé se traduisant par une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2015, l'assurée a fait grief aux Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ de retenir une capacité de travail de 50% alors qu'elle était en incapacité de travail totale et bénéficiait d'un traitement psychiatrique depuis plusieurs années. Selon l'assurée, ils minimisaient les symptômes présentés, notamment son inaptitude à gérer ses émotions, ses difficultés relationnelles et son intolérance au stress. Elle a souligné dans ce contexte que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait rappelé à plusieurs reprises qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité dans le milieu professionnel ordinaire. A l'appui de ses allégations, elle a produit un bordereau de pièces, dans lequel figurait notamment un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2016 faisant état d'une incapacité totale de travail dans le circuit économique ordinaire au vu de la péjoration de la symptomatologie.

Dans sa réponse du 11 juillet 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours, se référant pour le surplus à la prise de position du Dr T.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2016, qui estimait que les explication du Dr W.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de s'écarter des constatations du Dr K.\_\_\_\_\_ dont le rapport remplissait au demeurant toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En réplique du 29 août 2016, P.\_\_\_\_\_ a transmis un nouveau rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ daté du 25 août 2016, dans lequel il répétait que sa situation n'était pas compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle compte tenu de la symptomatologie présentée associant des mouvements maniformes rapidement articulés avec des effondrements dépressifs. Elle a déclaré maintenir intégralement les conclusions prises dans son recours.

Dupliquant en date du 13 septembre 2016, l'office AI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

**C.** Le 29 septembre 2017, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée, lequel a déposé son rapport en date du 15 mai 2018. Sur la base de son analyse, il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble bipolaire de type I et de trouble mixte de la personnalité (histrionique, narcissique). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une dysthymie. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de P.\_\_\_\_\_ dans l'activité habituelle, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

« Depuis 2012, l'expertisée présente une nette diminution de la capacité de travail (cf. arrêt travail dans la rubrique « anamnèse »). Nous pouvons observer une progressive augmentation des périodes où l'expertisée présente une incapacité de travail au cours de 2013-2014, et les tentatives de reprise d'une activité professionnelle à 100% sont suivies par des échecs rapidement. Depuis mars 2014, la capacité de travail globale est de 50%, l'état de santé de l'expertisée ne pouvant s'adapter à un 100% que pendant quelques jours. Depuis mars 2015, le Docteur W.\_\_\_\_\_ rapporte une incapacité de travail à 100% en raison d'une péjoration de l'instabilité de l'humeur, des difficultés relationnelles, de la gestion des émotions. A ce jour, les éléments anamnestiques et nos observations cliniques rejoignent les observations de notre collègue, attestant une incapacité de travail de 100%. Compte tenu de ce qui précède, nous estimons que la capacité de travail est à considérer comme nulle, et ceci à partir de mars 2015 au moins. »

A la question de savoir quelle était la capacité de travail de l'assurée dans une profession adaptée, l'expert a répondu ce qui suit :

« A ce jour, l'expertisée présente une incapacité de travail à 100% dans toute activité à l'exception d'activités protégées à but thérapeutique et préservées de facteurs de stress. »

Dans ses déterminations du 31 mai 2018, l'office AI a indiqué se rallier à l'avis du SMR du 29 mai 2018, dans lequel, sous la plume du Dr T.\_\_\_\_\_, il a déclaré suivre les conclusions de l'expert J.\_\_\_\_\_,

retenant ainsi une capacité de travail nulle depuis le mois de mars 2015. Se référant à l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, l'office AI a précisé que le traitement par Lithior était susceptible d'améliorer la situation, de sorte qu'il convenait de déterminer s'il pouvait être attendu de l'assurée qu'elle le suive.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2018, P.\_\_\_\_\_ a constaté, à la lecture du rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_, que celui-ci retenait une incapacité de travail totale en toute activité à compter du mois de mars 2015. Partant, elle a conclu à la réforme de la décision litigieuse, dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 juin 2015 et à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Le 25 juin 2018, P.\_\_\_\_\_ a transmis un avis médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018, dans lequel celui-ci déclarait se rallier au contenu et aux conclusions du rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_. En ce qui concerne le traitement par Lithiofor, elle a souligné que, selon l'expert, le bénéfice relatif à l'introduction d'un tel traitement (Lithium) ne permettrait pas de changements cliniques significatifs au vu des troubles présentés et de l'état clinique. De son côté, le Dr W.\_\_\_\_\_ relevait que le Lithium entraînait des effets secondaires connus, notamment une hypothyroïdie médicamenteuse, de sorte qu'il convenait d'éviter un tel traitement. Dans ces conditions, l'assurée estimait que la proposition du Dr T.\_\_\_\_\_ était dénuée de pertinence clinique, si bien qu'il ne pouvait lui être reproché un éventuel défaut de collaboration dans le suivi d'un traitement discutable et dommageable pour la santé.

Le 31 juillet 2018, l'office AI a communiqué l'avis médical du SMR du 25 juillet précédent, dans lequel le Dr T.\_\_\_\_\_ demandait que soient recueillis divers renseignements quant à l'hypothyroïdie présentée par l'assurée.

S'exprimant une ultime fois par pli du 7 septembre 2018, P.\_\_\_\_\_ a relevé qu'en tant que l'office AI ne remettait pas en cause la valeur probante du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, il convenait d'écarter la prise

de Lithium dans le cadre d'un traitement futur au vu des explications de l'expert et du Dr W.\_\_\_\_\_.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En tant que la décision attaquée reconnaît le droit de P.\_\_\_\_\_ à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 juin 2015, elle fait droit aux conclusions de la recourante telles que formulées dans son écriture du 1<sup>er</sup> juin 2018. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir. Doit ainsi être tranchée la question de savoir si, en raison d'une atteinte la santé, elle présente une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant dites conclusions, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

**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 se définit 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).

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** A titre liminaire, il convient de relever que la recourante ne soutient pas – à juste titre – qu'elle présenterait une incapacité de travail découlant d'une atteinte somatique. En effet, aucun élément au dossier ne vient contredire les constatations du Dr R. \_\_\_\_\_ selon lesquelles les diagnostics retenus de lombalgies chroniques aspécifiques et d'omalgies gauches sont sans répercussion sur la capacité de travail. La contestation porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique.

**6. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** Daté du 15 mai 2018, le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ possède une anamnèse riche (personnelle, professionnelle, médicale) et soignée. Il se fonde plus particulièrement sur les entretiens réalisés les 14 décembre 2017, 23 et 29 janvier 2018 avec l'expertisée ainsi que des conversations téléphoniques avec divers intervenants (psychiatre traitant, ergothérapeute au Centre M.\_\_\_\_\_ et responsable de l'animation aux ateliers du Groupe Q.\_\_\_\_\_). D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les médecins ayant examiné la recourante font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière.

**b)** Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 15 mai 2018, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

**aa)** En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Discussion », l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

**bb)** En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr J.\_\_\_\_\_ examine les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser les diagnostics de trouble bipolaire de type I (F 31.0) et de trouble mixte de la personnalité (histrionique et narcissique, F 61.0) :

« Il ressort du dossier médical que plusieurs diagnostics différentiels ont été évoqués depuis 2004. Ils ont été minutieusement décrits dans leur description nosographique lors de l'expertise du Docteur K.\_\_\_\_\_. Nous nous permettons de les résumer ci-dessous :

- Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec syndrome somatique F 33.21 (expertise du Docteur G.\_\_\_\_\_ - 15 octobre 2013 ; docteur W.\_\_\_\_\_ - 24 janvier 2015, 11 mai 2016).
- Trouble anxieux sans précision F 41.9 (Docteur W.\_\_\_\_\_ - 24 janvier 2015).
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte F 31.6 (Docteur W.\_\_\_\_\_ - 15 juillet 2015).
- Trouble schizo-affectif (Docteur W.\_\_\_\_\_ 15 juillet 2015).
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne F 31.3 (Docteur W.\_\_\_\_\_ 11 mai 2016).

Comme évoqué par le Docteur K.\_\_\_\_\_, ces diagnostics ne sont pas forcément contradictoires, mais reflètent l'évolution diachronique de la maladie affective de Madame P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport, notre collègue a également détaillé l'alternance d'une symptomatologie dépressive avec les épisodes maniaques qui ont caractérisé l'histoire clinique de l'expertisée depuis fin 2014. Les éléments du dossier en notre possession permettent donc de retenir le diagnostic d'un trouble bipolaire de type I selon les critères CIM-10.

Lors des expertises précédentes, il est également évoqué un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de « *personnalité avec des traits émotionnellement immatures, impulsifs, narcissiques et histrioniques accentués Z 70.0* » (Docteur G.\_\_\_\_\_, 15 octobre 2013), de « *traits de personnalité dysfonctionnels* » et de « *dysthymie* » (Docteur K.\_\_\_\_\_, 24 novembre 2015).

Si l'on revient à la définition de la personnalité, celle-ci peut effectivement être décrite comme l'ensemble des combinaisons émotionnelles, cognitives, comportementales qui caractérisent un individu. Ces combinaisons sont globalement stables et cohérentes dans l'histoire de la personne, et reflètent la façon d'interagir avec les autres, de percevoir et agir sur le monde. Dans la CIM-10, les troubles de la personnalité sont définis comme « *des perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, concernant habituellement plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnant en général de difficultés personnelles et sociales considérables. Les troubles de la personnalité apparaissent habituellement dans l'enfance ou l'adolescence et persistent dans l'âge adulte* ». En termes de trouble de la personnalité, il est important de pouvoir distinguer un seuil au-delà duquel on considère que la personnalité devient pathologique. La CIM-10, dans sa définition, souligne trois aspects : le caractère envahissant dans différents domaines de la vie, la perturbation du fonctionnement de l'individu et la rigidité de son évolution depuis la jeunesse.

Le développement de la personnalité de l'expertisée, la persistance d'une importante rigidité psychique au long de son histoire et la perturbation fonctionnelle dans sa vie professionnelle et personnelle permettent de poser un diagnostic de trouble de la personnalité mixte.

L'anamnèse de Madame P. \_\_\_\_\_ met effectivement en évidence une certaine rigidité de son fonctionnement, présente depuis son enfance. Dans son vécu des relations, l'expertisée relate une interprétation constante « *il faut être la meilleure pour être reconnue* » ainsi que « *Je suis de trop/je suis un fardeau* », souvent associée à une anxiété. Nous pouvons évoquer des comportements de compensation cohérents avec ce fonctionnement, notamment à travers le surinvestissement professionnel (« *J'ai toujours anticipé tout. J'anticipais même avant que les choses n'arrivent, afin de ne pas me trouver avec l'eau à la gorge* ») et l'évitement des relations interpersonnelles. L'isolement social persiste malgré le fait que l'expertisée se plaigne d'un sentiment de solitude. Ces comportements (dont l'investissement au travail) apparaissent ici comme des excès à coloration pathologique qui permettaient à Madame P. \_\_\_\_\_ de contrôler, jusqu'à un certain degré, ses symptômes anxieux. Ils apparaissent ainsi liés à la personnalité rigide et peu flexible aux changements que présente Madame P. \_\_\_\_\_. L'équilibre ainsi instauré restait cependant fragile et passible de la mener à un état d'épuisement physique et psychique, ce qui s'est de fait, passé. Un évènement ultérieur, notamment l'apparition du trouble bipolaire, était certainement de nature à décompenser cet équilibre précaire et épuiser les ressources présentes. »

L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique :

« L'anamnèse pharmacologique de l'expertisée montre que plusieurs traitements ont été adaptés afin de stabiliser le trouble bipolaire. L'expertisée a bénéficié de deux stabilisateurs de l'humeur par le passé (Valproate et Quetiapine) et de nombreux antidépresseurs. Un traitement couramment utilisé pour le trouble bipolaire, le Lithium, n'a pas été utilisé selon nos informations. Malgré cela, l'expertisée n'a jamais nécessité d'hospitalisation depuis 2015, et n'a plus connu de vrais épisodes maniaques. A ce jour, nous ne mettons en évidence qu'une légère symptomatologie dépressive, chronique et persistante, compatible avec une dysthymie. Nous pouvons donc considérer qu'à ce jour, le trouble bipolaire de l'expertisée est globalement bien pris en charge, malgré la fragilité persistante de l'état de santé de Madame P. \_\_\_\_\_. L'introduction pharmacologique d'un traitement de Lithium aurait selon toute vraisemblance peu de bénéfices supplémentaires.

Concernant le trouble de la personnalité, il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique. Le traitement, de nature psychothérapeutique, peut viser un changement modeste du fonctionnement de la personne. Cependant, la chronicité du trouble, l'âge de l'expertisée sont des facteurs qui limitent les perspectives à cet égard. »

Il a indiqué que le traitement psychiatrique et psychothérapeutique avait entraîné une stabilité relative, compte tenu de la persistance de la vulnérabilité au stress et de la santé psychique de la recourante. L'expert considérait toutefois que le traitement avait été bien conduit. Il a par ailleurs qualifié de « très bonne » l'adhésion thérapeutique au suivi. En ce qui concerne le traitement pharmacologique, il a relevé que, lors des précédentes expertises, des taux plasmatiques avaient mis en évidence des taux médicamenteux compatibles avec la posologie des traitements de l'époque, de sorte qu'il n'avait aucun élément faisant suspecter une mauvaise compliance de la part de l'intéressée. Quant au Lithium, il a souligné que, compte tenu de l'intrication des deux troubles (trouble bipolaire et trouble de la personnalité), de l'état clinique de la recourante ainsi que de son vécu face aux médicaments précédents, il était vraisemblable que le bénéfice relatif à l'introduction d'un tel traitement ne permettrait pas de changements cliniques significatifs.

De même, le Dr J. \_\_\_\_\_ a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité de la recourante :

« Elle est orientée aux 4 modes. L'attention est préservée au début de l'entretien, elle ne présente pas de signes francs d'intoxication ou de sevrage, mise à part l'anxiété manifeste. La thymie est légèrement abaissée, les affects bien modulables et concordants. Il n'y a pas d'anhédonie ni d'aboulie, pas d'idées de culpabilité. Absence d'idéations suicidaires. Le sommeil est perturbé avec des difficultés d'endormissement, l'appétit est conservé. Elle présente des plaintes d'allure physique multiples (douleurs musculaires, tensions, sécheresse buccale). Le cours de la pensée est dans la norme pendant une moitié de l'entretien, globalement structuré, légèrement digressif, sans coq-à-l'âne ni barrages de la pensée. Après trente minutes d'entretien, le focus attentionnel est diminué (l'expertisée demande à plusieurs reprises que l'expert répète sa question) et le cours de la pensée commence à présenter une augmentation des digressions et à se désorganiser. Le contenu de la pensée, dans un premier temps est rétréci sur la thématique d'injustice, s'élargissant progressivement, parallèlement à une diminution de l'anxiété. Les réponses sont informatives sans élément manifestement délirant ou contradictoire aux éléments déjà au dossier. L'anxiété est observée et éprouvée par l'expertisée, très intense au début de l'entretien, diminuant par la suite, sans jamais disparaître. Elle présente des ruminations anxieuses concernant l'expertise, le stress et des craintes de faire « *un ulcère ou un*

*cancer* » à cause du stress. Il n'y a pas de trouble du Moi. Nous n'observons pas d'attitude d'écoute ou visuelle, l'expertisée dit ne pas présenter d'hallucinations auditives ou visuelles. »

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence ce qui suit :

« Sur le plan relationnel, Madame P.\_\_\_\_\_ relate des relations distantes et peu présentes dans son quotidien. Les personnes dans son entourage direct sont quelques voisins, dont un avec qui elle peut partager les repas. Elle dit ne pas avoir vu sa meilleure amie depuis environ 3 mois. Madame P.\_\_\_\_\_ relate un sentiment de solitude, mais nécessiter des amis qui « *respecteraient ma solitude et ma liberté* » et de ceci, d'éviter « *de s'attacher* ». Elle dit d'avoir « *apprivoisé sa solitude* ». Sur le plan sentimental, elle décrit des relations qui ont toujours été à distance, sans avoir évoqué de projets de mariage ou avoir des enfants. »

**cc)** Concernant finalement le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a répondu en ces termes aux questions posées à ce propos :

**« 4. Cohérence**

**a. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée.**

REPONSE : Lors des expertises psychiatriques précédentes, les limitations de la capacité de travail ont été attribuées au trouble affectif en évolution depuis 2004 et se péjorant depuis 2012 (Docteur G.\_\_\_\_\_, Docteur K.\_\_\_\_\_). Lors des deux expertises, il est évoqué comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail la présence de « *traits de personnalité dysfonctionnels* ». Nous nous permettons de souligner que le Docteur K.\_\_\_\_\_ évoque, lors de son appréciation, que l'expertisée souffrirait d'un « *trouble de la personnalité* », mais pas noté dans la liste des diagnostics. Dans les deux expertises, le diagnostic de « *traits de personnalité* » est reporté avec le code Z 70.0. Ce code, dans la CIM-10, décrit ainsi « *un facteur influençant l'état de santé* ». Un trouble de la personnalité appartient, dans la CIM-10, à la rubrique des troubles mentaux, étant considéré comme un trouble à part entière et non seulement un facteur de vulnérabilité. Les difficultés cliniques observées par les experts précédents, ainsi que par son thérapeute habituel relèvent des difficultés relationnelles, de l'intolérance au stress. Le trouble de la personnalité de Madame P.\_\_\_\_\_, caractérisé par une excessive rigidité du fonctionnement, contribue largement à l'impossibilité de s'adapter au stress et est à

considérer, dans l'évaluation clinique, comme un trouble ayant une influence sur la capacité de travail. Pour résumer, il n'est pas possible de considérer seulement le trouble bipolaire chez l'expertisée sans tenir compte de l'impact de son trouble de la personnalité dans toutes les interactions relationnelles.

**b. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales).**

REPONSE : L'incapacité de travail se manifeste dans les domaines interpersonnels où l'expertisée perçoit des attentes, vécues comme excessives, notamment dans le domaine professionnel. L'activité ménagère n'est pas atteinte. Les activités dans des cadres protégés ou thérapeutiques (Groupe Q.\_\_\_\_\_, centre de jour), sont légèrement atteintes : la présence de plusieurs participants dans des groupes thérapeutiques est associée à une augmentation des symptômes anxieux. A noter que, selon les informations sur dossier, l'expertisée aurait « eu de la peine à assurer les activités occupationnelles » au Groupe Q.\_\_\_\_\_ (cf. Docteur W.\_\_\_\_\_, 11 mai 2016).

**c. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé.**

REPONSE : Nous observons une progressive diminution de la capacité de travail depuis 2012, cf. aux certificats d'arrêt de travail (rubriques anamnèse). Entre 2012-2013, l'expertisée a pu reprendre de brèves périodes de travail à 100%. Depuis mars 2014, la capacité de travail est constamment évaluée à 50%, toute tentative de reprise à des taux majeurs se concluant à des certificats d'incapacité de travail au bout d'environ une semaine. Depuis 2015, l'expertisée n'a plus effectué de tentatives de réinsertion professionnelle et a bénéficié d'activités occupationnelles et thérapeutiques (Groupe Q.\_\_\_\_\_, centre de jour). Son psychiatre traitant, le Docteur W.\_\_\_\_\_, a attesté d'une incapacité de travail à 100% depuis mars 2015. »

**c)** Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr J.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

**d)** Le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2018 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 4b ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation de l'assurée, contient une discussion claire et motivée des diagnostics retenus et débouche sur des

conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties, la recourante et l'intimé s'y ralliant expressément. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que les éclaircissements souhaités par l'intimé quant à l'introduction d'un traitement de Lithium trouvent en réalité déjà réponse dans les propos et conclusions de l'expert.

**e)** Partant, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail en toute activité depuis le mois de mars 2015. Compte tenu du fait qu'elle s'est vue reconnaître, par la décision attaquée, le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013 jusqu'à nouvel avis, elle peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015 (art. 29 al. 1 et 3 LAI et 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**8.** En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que P.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. La décision litigieuse est confirmée en tant qu'elle reconnaît le droit de P.\_\_\_\_\_ à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 juin 2015.

**9. a)** 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup>, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière

administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que P.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Elle est confirmée en tant qu'elle reconnaît le droit de P.\_\_\_\_\_ à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 juin 2015.
- III. 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.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :