

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de quatre enfants nés en 2007, 2010, 2018 et 2022, est femme au foyer, sans formation certifiée.

b) En novembre 1997, les parents de l'assurée ont déposé une demande de prestations pour enfant mineur auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans ce cadre, l'OAI a pris en charge les frais d'un traitement logopédique en raison des difficultés en français et en raisonnement de l'intéressée.

 En août 2005, l'assurée a débuté un apprentissage de pâtissier-confiseur, qu'elle a cessé en janvier 2006. Elle entrepris un apprentissage de carrossier-peintre en août 2006 auquel elle a mis fin en décembre de la même année. En 2007, l'assurée s'est mariée et a eu son premier enfant. En mars 2010, elle a travaillé à plein temps dans une station-service, laquelle a fermé. La même année, elle a donné naissance à son second enfant.

B. Le 14 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une fibromyalgie depuis 2010.

 Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 26 juillet 2011, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de suspicion de fibromyalgie, de lombalgies chroniques depuis mars 2011, de céphalées chroniques et de chondropathie rotulienne gauche. Il a constaté que l'assurée était capable de travailler à 100 % dans sa précédente activité de vendeuse dans une station-service, à condition d'éviter le port de charges et la station debout prolongée.

 Dans un rapport du 17 octobre 2011, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic de céphalée

probablement d'origine mixte et de perte de connaissance d'origine indéterminée. L'assurée souffrait de céphalées depuis l'adolescence qui étaient devenues quotidiennes depuis environ 5 ans. Le 18 juin 2011, elle avait brusquement perdu connaissance. L'examen réalisé à la suite de cet événement n'avait rien révélé de particulier. Sur le plan neurologique, les atteintes à la santé n'entraînaient pas d'incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 23 février 2012, l'OAI a refusé de prester au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Ses limitations fonctionnelles n'entravaient en effet pas l'exercice de ses anciennes activités professionnelles ni la tenue de son ménage.

C. Le 6 novembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, précisant ce qui suit quant au genre de l'atteinte : « douleurs articulaires importantes dos, genou, cheville, poignet, problèmes psychologiques ».

Dans un rapport du 19 novembre 2012, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité à trait mixte, borderline et trait de dépendance (F61) et de fonctionnement intellectuel limite. L'état de l'assurée s'était aggravé en septembre 2012, dans un contexte de vie difficile avec des difficultés familiales et socio-professionnelles, justifiant une incapacité de travail à 100 % depuis le 27 septembre 2012. La Dre B._____ a précisé que l'assurée ne pouvait pas récupérer une pleine capacité de travail en raison de ses faibles capacités intellectuelles, ce qui limitait les bénéfices d'une psychothérapie. Dans quelques mois et en cas d'amélioration ou de stabilisation de l'état psychique, des mesures professionnelles à 50 % pourraient être envisagées. La Dre B._____ a joint à son envoi un rapport établi le 13 octobre 2012 par la psychologue [...] mettant en évidence un QI de 78 et une immaturité affective globale.

Invitée à compléter son rapport, la Dre B._____ a confirmé le 12 septembre 2013 les diagnostics précédemment posés. Elle a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés à tolérer les contraintes et les frustrations ou à fonctionner sans guidance, limitations intellectuelles. Depuis novembre 2012, elle avait constaté une bonne stabilisation des troubles, ce qui permettait la mise en place de mesures professionnelles à 50 %, taux qui pourrait augmenter progressivement.

Le 14 mai 2014, la Dre B._____ a adressé un rapport détaillé à l'OAI. Elle a notamment précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée comme suit : capacités intellectuelles à la limite du retard mental, labilité d'humeur, angoisses, difficultés à gérer les crises de colère, peur de l'échec et de l'isolement, fort besoin d'aide et d'accompagnement, besoin d'être rassurée, peur du contact fréquent avec autrui (et foules), lenteur. Cela se manifestait par des lenteurs, des difficultés à se concentrer sur une tâche et une anticipation d'un échec avec isolement ou des problèmes relationnels. Pour ces raisons, le rendement était nul. L'activité habituelle n'était plus exigible. Une activité adaptée, à savoir une formation dans le cadre de l'assurance-invalidité, était possible dès le 1^{er} juin 2014 à 100 %, mais de préférence à 80 %.

En réponse à un questionnaire, complété le 6 juin 2014, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % pour subvenir aux besoins de sa famille.

Dans un avis du 19 juin 2014, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une efficacité intellectuelle limitée, une instabilité émotionnelle avec une intolérance aux contraintes et aux frustrations et une vulnérabilité au stress.

Le 25 septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions du droit à l'orientation professionnelle. Lors d'un entretien initial de réadaptation du 18 novembre 2014, l'assurée a indiqué

qu'elle désirait retrouver une vie sociale et professionnelle, tout en étant consciente qu'elle avait besoin d'être soutenue, guidée et motivée. Elle souhaitait faire une formation dans le commerce, dans le domaine socio-éducatif avec les enfants ou travailler avec les animaux. L'OAI a proposé à l'assurée d'effectuer une orientation d'un mois à l'Orif. La mise en place de cette mesure a été retardée notamment en raison d'une intervention chirurgicale des ligaments de la cheville droite, survenue en décembre 2014, et des difficultés engendrées par la séparation d'avec son mari, ayant conduit au divorce du couple en août 2015.

A partir du 15 février 2016, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle dans la section bureau/commerce de l'Orif [...] (communication du 24 février 2016). La mesure, initialement prévue à plein temps, a été réduite à 80 %. Au 18 mai 2016, la présence effective de l'assurée s'élevait à 73 %. Il ressort du rapport de synthèse du 3 juin 2016 que l'assurée avait démontré qu'elle était prête à débiter une formation en vue d'obtenir une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) d'employée de bureau-commerce. Un stage sous forme de préformation du 23 mai au 8 juillet 2016 a été pris en charge par l'OAI (communication du 30 mai 2016), avant la formation qui a débuté le 1^{er} août 2016. L'OAI a pris en charge ces frais à titre de formation professionnelle initiale (communication du 13 juin 2016). En parallèle, à partir du mois de juin 2017, l'assurée a débuté un stage professionnel au sein d'un établissement scolaire, à [...], à raison de deux jours par semaine. Elle a été totalement incapable de travailler du 29 septembre au 23 octobre 2017 et du 7 au 11 décembre 2017, puis incapable de travailler à 50 % du 12 au 31 décembre 2017, à 40 % dès le 1^{er} janvier 2018, à 30 % dès le 1^{er} février 2018 et à 50 % dès le 1^{er} mars 2018 (certificats médicaux de la Dre B. _____). En avril 2018, la Dre B. _____ a attesté une incapacité de travail à 40 %, puis à 30 % depuis le mois de mai 2018. L'assurée a effectué son dernier jour de formation le 24 juin 2018 et a obtenu son AFP d'employée de commerce.

Dans un rapport du 29 mars 2018 visant à déterminer l'aptitude au placement de l'assurée, le directeur et le formateur de l'Orif

ont estimé que le rendement de l'assurée était de 40 %. Ses compétences ont été jugées insuffisantes lors de son stage dans l'établissement scolaire, à [...]. Son intégration auprès d'une entreprise du premier marché du travail était toutefois jugée possible, mais rendue complexe au vu de son état de santé émotionnel et physique, ses compétences, son rendement et ses absences répétées. L'assurée était en outre enceinte de son troisième enfant, ce qui rendait la recherche d'un stage plus compliquée.

Dans leur rapport final du 26 juin 2018, le directeur et le formateur de l'Orif ont rapporté qu'en raison d'absences répétées, le taux effectif de présence de l'assurée s'élevait à 53 %. L'assurée s'était montrée investie mais aucune amélioration n'avait été constatée lors des stages professionnels.

Dans un rapport du 16 janvier 2019, la Dre B._____ a complété les diagnostics retenus avec celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique fluctuant. Elle a fait état d'une péjoration progressive de l'état de santé de l'assurée depuis une année, dans un contexte de vie difficile. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 21 août 2018, de manière durable. Il s'agissait d'une évolution dans la chronicité avec au premier plan une forte dépendance à l'entourage et une perte d'autonomie. Toute stimulation supplémentaire dans un projet de réinsertion professionnelle pourrait entraîner une décompensation psychique, même les activités quotidiennes étant réalisées de justesse.

Invitée à compléter son précédent rapport, la Dre B._____ a modifié les diagnostics retenus en ce sens que l'épisode dépressif était désormais sévère, sans symptômes psychotiques. Elle a confirmé les autres diagnostics pour le surplus. L'incapacité de travail était toujours en cours.

Le 27 février 2019, le Dr W._____ a indiqué que sur le plan somatique il n'avait pas de nouvelle pathologie à signaler.

L'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Après deux entretiens avec l'assurée les 11 et 25 septembre 2019, le Dr V._____ a rendu son rapport le 14 octobre 2019. Il a posé les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents légers depuis 2011 au présent (F33.0) et de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F61). Il a retenu des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives, dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussion sur le quotidien, d'une intolérance au stress, de difficultés subjectives de concentration, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, avec isolement social partiel mais pas total. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie. Il a relevé des discordances entre la capacité de travail nulle retenue par la psychiatre traitante et la journée type de l'assurée qui gérait seule son quotidien sans aide extérieure selon l'anamnèse, qui conduisait sur des courtes distances, qui lisait et s'occupait adéquatement de ses enfants, ainsi qu'entre les plaintes subjectives et les constats objectifs. Les plaintes étaient toutefois jugées plausibles, sans exagération consciente. La cohérence entre les plaintes subjectives et le constat objectif était faible, le décalage s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité avec des bénéfices primaires et secondaires. La capacité de travail était totale, depuis 2011, dans toutes activités sans niveau de stress élevé, sans hiérarchie complexe et sans relations stressantes avec des clients, avec des exigences intellectuelles modestes.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, mais de 90 % dans une activité adaptée aux limitations dues au trouble de la personnalité présent depuis le début de l'âge adulte, à savoir une efficacité intellectuelle limitée, une instabilité émotionnelle avec une intolérance aux contraintes et aux

frustrations, une vulnérabilité au stress (rapport SMR du 20 novembre 2019).

Le 12 juin 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une aide au placement. L'octroi de cette mesure signifiait que, du point de vue de l'AI, la capacité de travail retenue était exploitable sur le premier marché de l'emploi. Il n'y avait donc pas de droit à une rente.

Le même jour, l'OAI a adressé à l'assurée une communication de réussite de mesures professionnelles, au terme de laquelle il constatait que sa réadaptation professionnelle était achevée et que, de ce fait, elle pouvait réaliser un revenu qui excluait le droit à une rente.

Le 1^{er} juillet 2020, l'assurée a sollicité de l'OAI qu'il procède à un nouvel examen de sa situation, notamment en interpellant son nouveau psychiatre traitant. Elle a fait savoir qu'elle ne se voyait pas recommencer un travail à plein temps en raison de son état de santé.

Sollicitée pour avis, la permanence juridique de l'OAI a estimé que la communication du 12 juin 2020 devait être considérée comme un projet de décision et le courrier du 1^{er} juillet 2020 de l'assurée comme une contestation de celui-ci.

Dans un rapport du 29 décembre 2020, le Dr L._____, psychiatre traitant depuis le décès de la Dre B._____ en juillet 2019, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité borderline depuis 2011, de trouble dépressif récurrent depuis 2011, épisode actuel moyen depuis décembre 2020, et de fonctionnement intellectuel limite. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} juillet 2019. Elle présentait des limitations fonctionnelles sur le plan cognitif (attention, mémoire, niveau intellectuel), émotionnel (instabilité thymique, impulsivité, irritabilité, agressivité) et psychique (basse estime de soi, basse tolérance à la frustration). Ces limitations engendraient une énorme difficulté à maintenir des relations saines avec les collègues de travail et avec le travail lui-même comme un objet de représentation

psychique positive. Selon le psychiatre, le pronostic était sombre, mais il serait possible d'essayer un travail dans un milieu protégé en commençant avec un taux réduit de 20 % avec une augmentation graduelle. Le Dr L._____ s'est également prononcé sur les conclusions de l'expertise du Dr V._____, considérant que ce dernier avait sous-estimé la pathologie présentée par l'assurée.

Dans un avis du 10 février 2021, le SMR a estimé que le psychiatre traitant ne retenait pas de nouveau diagnostic ni de nouvelles limitations fonctionnelles. Il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait. Il n'y avait donc pas lieu de s'écarter de ses précédentes conclusions.

Par décision du 18 février 2021, l'OAI a refusé d'accorder une rente à l'assurée. Il s'est référé aux communications du 12 juin 2020 ainsi qu'à l'avis SMR du 10 février 2021. Il a ajouté qu'au terme de la dernière mesure, l'assurée pouvait prétendre à un revenu annuel de 59'885 fr. 37 à 100 %, exploitable sur le premier marché de l'emploi à 90 %, il en résultait un préjudice de 10 %. L'OAI a précisé que lorsqu'un assuré n'était pas actif à plein temps, il convenait de réaliser une enquête ménagère à domicile afin de chiffrer les empêchements dans la tenue de son ménage. Or, dans le cas présent, cette enquête n'était pas obligatoire. L'assurée étant considérée en qualité de personne active à 80 %, il convenait de ramener ses empêchements dans la part active de 10 % (10 x 80 %), ce qui donnait un degré d'invalidité de 8 % ne donnant pas droit à une rente.

D. **a)** Par acte du 12 mars 2021, X._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant en substance à son annulation. Elle a indiqué qu'elle ne se sentait pas apte à travailler, relevant qu'elle avait été régulièrement en arrêt durant les deux ans de sa formation. Elle a joint à son recours un courrier du 12 octobre 2018 de l'Office régional de placement annulant son inscription au chômage en raison d'une incapacité totale de travail de longue durée, un certificat du 5 mars 2021 du Dr L._____ attestant une aggravation graduelle de son état de santé et

d'une incapacité actuelle totale de travail, ainsi qu'un rapport établi le 2 mars 2021 par l'infirmière en psychiatrie du Centre médico-social [...] selon lequel elle imaginait mal la recourante reprendre une activité professionnelle, au vu de sa grande fragilité psychique.

Par décision du 24 mars 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 12 mars 2021 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 28 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que les pièces produites en procédure n'apportaient aucun élément objectif nouveau qui pourrait remettre en cause la décision entreprise.

b) Par courrier du 5 novembre 2021, le juge instructeur a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire et que celle-ci serait confiée à la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'OAI ne s'y est pas opposé (déterminations du 17 novembre 2021), tandis que la recourante ne s'est pas déterminée.

La Dre F._____ a rencontré l'assurée à quatre reprises et s'est entretenue au téléphone avec ses médecins, avant de rendre son rapport le 15 août 2022. Elle a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3), de trouble dépressif récurrent (F33) et d'intelligence limite. L'experte s'est prononcée sur les conclusions de l'expert V._____, relevant que si les diagnostics étaient globalement les mêmes, l'analyse des limitations fonctionnelles engendrées par les pathologies était différente. L'experte a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle sur le premier marché de l'emploi, dans toutes activités, depuis à tout le moins juin 2011, même si l'intéressée était parvenue par la suite à obtenir une AFP dans un milieu favorable et encadré. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : une instabilité qui amenait à une incapacité à maintenir un effort sur la durée, avec des épuisements cycliques qui nécessitaient des arrêts de travail

récurrents, des débordements émotionnels qui rendaient les interactions à autrui problématique, des carences intellectuelles qui se manifestaient par des erreurs répétées, une inadaptabilité aux changements, à la surcharge, au stress et aux imprévus, une expression des débordements émotionnels au niveau somatique avec des douleurs et un épuisement physique qui participaient à l'incapacité de travailler. L'assurée serait tout au plus apte, lorsque sa situation familiale le permettrait, à travailler dans un milieu protégé à un pourcentage à définir selon la nature de l'activité.

La recourante s'est déterminée le 29 août 2022 sur le rapport d'expertise de la Dre F._____.

Dans des déterminations du 13 octobre 2022, l'intimé a adhéré aux conclusions de l'experte en tant qu'elles confirmaient l'existence de limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes psychiques. Il a toutefois relevé que l'expertise ne pouvait être suivie s'agissant du début de l'incapacité de travail et a renvoyé à un avis SMR du 26 septembre 2022 à cet égard. Le SMR relevait que jusqu'à la première décision de refus de prestations du 23 février 2012, l'OAI n'avait pas connaissance d'une atteinte psychique. Au demeurant, dans son rapport du 19 novembre 2012, la Dre B._____ avait exposé que l'état de l'assurée s'était aggravé en septembre 2012 et avait attesté une incapacité totale de travail durable dès le 27 septembre 2012. Le SMR préconisait donc de fixer le début de l'incapacité durable de travail au 27 septembre 2012. L'OAI a proposé par ailleurs de faire naître le droit à la rente à la fin du versement des indemnités journalières.

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 art. 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière (art. 29 al. 2 LAI). Les art. 22 al. 5bis et 6, 47 LAI et 20ter RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; dans leur version en vigueur au 31 décembre 2021) traitent de la coordination des indemnités journalières et de la rente.

c)

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu 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 avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels

(méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V

215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 143 V 105 consid. 2.1 ; 138 V 324 consid. 3 ; 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 129 V 110).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les

faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

7. a) L'intimé a refusé d'accorder une rente à la recourante, considérant qu'elle était capable de travailler à l'issue des mesures professionnelles accordées, ayant mené à l'obtention d'une AFP d'employée de bureau. L'OAI a retenu que l'assurée était capable de travailler à 90 %, se fondant sur les avis du SMR ainsi que les conclusions de l'expert V._____.

Or, bien que le SMR et l'expert V._____ aient retenu les mêmes diagnostics que ceux posés par les psychiatres traitants, leurs avis diffèrent quant à l'effet des limitations fonctionnelles engendrées par ces pathologies et à la capacité de travail de l'assurée. Compte tenu de ces circonstances, le juge instructeur a ordonné une expertise qu'il a confiée à la Dre F._____, de manière à lever les doutes relatifs à l'état de santé de la recourante. L'intimé s'est rallié aux conclusions de l'experte F._____, considérant que son rapport était convaincant et probant, hormis en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail.

b) Le rapport d'expertise de la Dre F. _____ peut en effet se voir conférer une pleine valeur probante.

Afin d'établir son rapport, la Dre F. _____ a pris soin de rencontrer l'assurée à quatre reprises. Elle a pris connaissance des dossiers constitués par le Service de protection de la jeunesse (le SPJ), le Centre hospitalier T. _____ et l'intimé. Elle a établi une anamnèse fouillée. Elle a évoqué l'enfance de la recourante, et plus particulièrement les raisons qui ont amené à son placement jusqu'à l'âge de 7 ans, ses difficultés scolaires relevées à l'âge de 9 ans après son retour auprès de sa mère ainsi que son parcours scolaire. L'experte s'est fondée sur les éléments contenus dans le dossier de l'OAI et celui du SPJ ainsi que sur les propos rapportés par l'assurée. L'experte a également fait état des problèmes rencontrés par l'intéressée à l'adolescence avec la nourriture et l'alcool, les difficultés survenues lors des deux apprentissages débutés mais jamais terminés, ainsi que ses nombreux déménagements. Elle a détaillé le parcours professionnel de l'assurée, notamment l'emploi de vendeuse dans une station-service qu'elle a occupé quelques semaines et dont les horaires avaient été adaptés pour qu'elle soit en contact avec moins de clients ou encore son parcours à l'Orif. Elle a décrit l'assurée dans son rôle de mère, détaillant la manière dont se déroule la garde partagée de ses deux premiers enfants, d'une part, et la relation fusionnelle entretenue avec ses deux plus jeunes enfants, d'autre part. Enfin, sur demande de l'experte, l'assurée a décrit sa journée type et précisé la fréquence de ses entretiens avec son psychiatre, son infirmier en psychiatrie, l'infirmière de la petite enfance et l'aide au ménage qui la secondent.

L'experte F. _____ s'est également entretenue avec le psychiatre traitant, le médecin traitant et l'infirmier en psychiatrie qui se rend toutes les semaines chez l'assurée. Ceux-ci ont rapporté les angoisses de séparation de l'intéressée vis-à-vis de ses enfants, son besoin d'être rassurée sur ses compétences maternelles, sa peur de mal faire et le fait qu'elle ne peut pour l'heure assumer que son rôle de mère qui est son seul moteur dans la vie. L'experte F. _____ a elle-même

constaté ces éléments au cours de ses entretiens. La tenue du ménage est décrite par l'infirmier comme variable, passant de la perfection à un entretien moyen, sans pour autant parler d'insalubrité. L'infirmier a également signalé des phases cycliques chez l'assurée passant d'un épuisement avec aboulie et anhédonie à un état d'agitation avec activités intenses.

Fondée sur ses éléments, l'experte F. _____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3), de trouble dépressif récurrent (F33) et d'intelligence limite. Elle a également exposé en détails les raisons pour lesquelles ces diagnostics ont une influence sur la capacité de travail. Elle a ainsi pris soin de faire le lien entre les éléments de l'anamnèse et ses propres constatations cliniques, d'une part, et les diagnostics posés ainsi que son appréciation relative aux limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail de l'assurée, d'autre part.

L'experte a ainsi retenu que l'enfance de l'assurée était marquée par les carences et l'instabilité, associée à une intelligence à la limite de la norme. Une nouvelle évaluation réalisée dans le cadre de l'expertise avait permis de mettre en évidence un QI de 77 et un indice de compréhension verbale au niveau du retard mental. Cette composante, sensible aux apprentissages scolaires, apportait un éclairage cohérent sur le parcours scolaire chaotique de l'assurée. Cela révélait aussi une déficience dans les capacités d'abstraction de l'assurée et pouvait donner sens à sa tendance à faire des généralités dépourvues de sens. Cette intelligence limite s'était manifestée tout au long du parcours scolaire et professionnel de l'assurée, l'Orif ayant par exemple fait état du faible niveau de compétences et de désorganisation dont elle faisait preuve lorsqu'elle était face à un travail trop intensif. L'experte a relevé que si l'assurée avait certes pu décrocher une AFP, elle l'avait obtenu dans une structure très soutenante et plus souple qu'une structure professionnelle ordinaire, avec un absentéisme de près de 50 % pour des raisons de maladie. Les intervenants de l'OAI avaient alors retenu que l'assurée pourrait théoriquement travailler dans un cadre tolérant son état de santé

émotionnel, ses faibles compétences intellectuelles, ses absences, son état de santé physique et son faible rendement. Selon l'experte, ces limitations étaient en soi peu compatibles avec le premier marché de l'emploi, ce qui paraît exact au vu de leur ampleur.

S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, l'experte F. _____ a détaillé les critères diagnostiques de cette pathologie et expliqué les raisons pour lesquelles l'assurée les remplissait. Elle a retenu que l'origine du trouble était multifactorielle, précisant que l'instabilité des parents avait certainement joué un rôle important dans le développement disharmonieux de sa personnalité. Aujourd'hui, le trouble de l'attachement majeur s'exprimait de manière caricaturale dans sa relation à ses enfants. L'assurée s'investissait de manière fusionnelle avec ses deux plus jeunes enfants, elle supportait ainsi mal leur éloignement auprès de la maman de jour et anticipait avec 4 ans d'avance la scolarité de son benjamin. Ces difficultés étaient corroborées par le réseau de soins qui travaillait avec l'assurée à une meilleure distanciation d'avec ses enfants, notamment l'infirmier en psychiatrie et l'infirmière de la petite enfance.

S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'experte F. _____ a expliqué qu'il était parfois difficile de différencier une labilité émotionnelle propre aux sujets borderline d'un trouble dépressif récurrent dans lequel on retrouve des sujets vivant des épisodes dépressifs indépendamment de leur contexte, souvent de durée supérieure aux effondrements dépressifs de sujets borderline. Il arrive, comme chez l'assurée, d'observer des sujets qui présentent à la fois une labilité émotionnellement liée à l'environnement et des phases de dépression avec une baisse de l'humeur et des capacités fonctionnellement de plus longue durée et plus stable dans le temps. Les intervenants décrivaient en effet chez l'intéressée des périodes dépressives sans interaction avec l'environnement. Durant les entretiens, l'experte a au demeurant constaté une baisse de la thymie, de la motivation, un isolement, des troubles du sommeil, une fatigue et une augmentation des conduites hyperphagiques, soit des symptômes

assimilables à un épisode léger à moyen. Ces périodes dépressives pouvaient être expliquées par les efforts démesurés de l'assurée pour se maintenir à flots, s'épuisant à la tâche et sombrant lorsqu'elle n'y arrivait plus.

L'experte a ainsi conclu que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité aggravé par de l'immatunité et des carences intellectuelles et compliqué par des périodes de dépression caractérisée. Tout n'était qu'instabilité chez l'assurée depuis son enfance, dans tous les domaines de la vie (famille, relation, effort d'insertion, investissement, relation thérapeutique). Ce tableau clinique mettait en évidence une pathologie sévère, bien que le trouble de la personnalité ne se soit jamais exprimé bruyamment par des tentamens ou des hospitalisations. L'assurée était très démunie face aux débordements émotionnels qui l'angoissaient et la déstabilisaient énormément, le fait de se remplir par des grignotages constants étant probablement une manière de s'apaiser. Une partie de ses débordements émotionnels s'exprimait par les douleurs physiques qui revêtaient les caractéristiques d'une fibromyalgie, de l'avis du médecin traitant.

Evoquant les diagnostics retenus par l'expert V._____, l'experte F._____ a expliqué qu'ils étaient globalement les mêmes que ceux retenus par les psychiatres traitants. Elle a exposé que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif faisait partie de la même catégorie que la variante borderline, mais mettait plus en exergue les aspects d'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions. Selon l'experte, l'assurée présentait à la fois cette instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions, mais aussi les critères propres aux borderline, à savoir la perturbation de l'image de soi, le sentiment permanent de vide à combler, la peur de l'abandon. Alors que le Dr V._____ retenait une personnalité dépendante, qui rendait compte d'un besoin d'étayage chez l'assurée, la Dre F._____ mettait ce besoin sur le compte de son immatunité et de ses carences intellectuelles. L'experte a exposé qu'en présence d'un trouble dépressif récurrent il n'était pas contradictoire d'observer des phases de dépression sévère et

des phrases sans symptômes dépressifs hormis la labilité émotionnelle, contrairement à ce qu'avait retenu l'expert V._____. Aussi, la capacité de l'assurée à gérer son quotidien variait en fonction de son état psychique, comme l'avait bien expliqué l'infirmier en psychiatrie assurant son suivi.

L'experte F._____ a finalement observé que si les diagnostics retenus par l'expert V._____ étaient similaires aux siens, leur appréciation des limitations fonctionnelles différait. Le Dr V._____ avait bien relevé des difficultés subjectives, telles que de la tristesse fluctuante ou une intolérance au stress, mais il n'avait pas tenu compte des commentaires des intervenants de l'Orif qui attestaient objectivement de ces difficultés. Le Dr V._____ avait également retenu que l'assurée voulait tirer profit des avantages asséculoologiques. Or, il apparaissait au contraire que ce n'était pas par choix délibéré que l'assurée préférait s'occuper de ses enfants que de chercher un emploi, mais qu'elle était bien incapable de faire autrement en raison de son trouble de l'attachement qu'elle projetait sur ses enfants. L'experte a dès lors retenu que l'assurée était limitée par son instabilité, qui amenait à une incapacité à maintenir un effort sur la durée avec des épuisements cycliques nécessitant des arrêts de travail récurrents, par des débordements émotionnels qui rendaient les interactions à autrui problématiques, par des carences intellectuelles se manifestant par des erreurs répétées, une inadaptabilité aux changements, à la surcharge, au stress et aux imprévus, par l'expression des débordements émotionnels au niveau somatique avec des douleurs et un épuisement qui participaient à l'incapacité de travail totale.

Comme le psychiatre traitant avant elle, l'experte F._____ a expliqué qu'aucun traitement n'était susceptible de faire progresser l'assurée au point d'espérer une reprise évolutive, le trouble de la personnalité et les limitations fonctionnelles étant une entrave au processus thérapeutique. Tout au plus, le traitement antidépresseur dont elle bénéficiait déjà permettait de pallier les rechutes dépressives.

c) Fondé sur l'expertise - probante - de la Dre F._____, il y a donc lieu de constater que l'assurée est totalement incapable de travailler.

d) Concernant le début de l'incapacité de travail, l'experte F._____ a attesté une incapacité de travail depuis 2011 au moins. L'experte ne saurait toutefois être suivie sur ce point. S'il est possible que les atteintes à la santé constatées aujourd'hui entraînaient déjà une incapacité de travail à l'époque, cela n'apparaît pas comme l'hypothèse la plus vraisemblable dès lors qu'aucun des médecins traitants de l'assurée n'avait constaté d'atteinte psychiatrique ni ne l'avait adressée à un spécialiste. L'experte F._____ ne suffit pas à établir, 11 ans après les faits, un motif de révision procédurale d'une décision entrée en force (cf. consid. 6 ci-dessus).

Il n'en demeure pas moins que l'assurée a été adressée à un psychiatre dès le mois de septembre 2012, en raison d'une péjoration de son état de santé psychique dans un contexte de difficultés familiales et socio-professionnelles, dont la Dre B._____ a notamment fait état dans ses rapports des 19 novembre 2012 et 14 mai 2014. On peut admettre que cette péjoration a entraîné, depuis lors, une incapacité de travail durable dans toutes activités, comme constatée par l'experte F._____. Tel est d'ailleurs également le constat du SMR, dans son avis du 26 septembre 2022. Au demeurant, depuis le mois de septembre 2012, la Dre B._____ puis le Dr L._____ n'ont jamais attesté une réelle capacité de travail sur le marché ordinaire de l'emploi. La Dre B._____ a en revanche pris position en faveur de mesures de formation professionnelle dans un cadre protégé, sous l'égide de l'assurance-invalidité.

Vu ce qui précède, l'assurée est durablement incapable de travailler, dans toutes activités, depuis le mois de septembre 2012, début du délai d'attente d'un an (art. 28 LAI). A l'échéance du délai d'attente, soit le 1^{er} septembre 2013, l'assurée était toujours totalement incapable de travailler dans toutes activités, ce qui ouvre le droit à une rente.

L'assurée a indiqué, dans le formulaire complété le 6 juin 2014, qu'elle exercerait une activité lucrative à 80 %. Au vu des limitations fonctionnelles constatées et de l'incapacité totale de travail, le taux d'invalidité est de 80 % au moins, ce qui fonde le droit à une rente entière d'invalidité.

e) L'OAI soutient que le droit à une rente d'invalidité ne peut prendre naissance qu'à la fin du droit aux indemnités journalières, se référant à un arrêt du Tribunal fédéral 9C_380/2021 du 31 janvier 2022.

En l'occurrence, les mesures d'ordre professionnel et les indemnités journalières qui leur sont liées n'ont été allouées à l'assurée qu'à partir du 15 février 2016, soit bien après l'échéance du délai d'attente d'un an. L'art. 29 al. 2 LAI n'est donc pas applicable en l'espèce.

Par ailleurs, contrairement à ce qui prévalait dans l'arrêt TF 9C_380/2021 précité, la recourante n'a en réalité jamais été, depuis septembre 2012 au moins, en mesure d'exercer une activité lucrative sur le marché du travail, comme l'a révélé l'expertise de la Dre F._____, quand bien même l'intimé a tenté un reclassement.

La recourante a donc droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013, étant précisé qu'il appartiendra à l'intimé de fixer le montant de la rente et de l'arriéré à lui verser, après coordination avec les indemnités journalières déjà versées.

8. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il alloue à la recourante une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2013 et fixe le montant de l'arriéré de prestations après coordination avec les indemnités journalières déjà versées.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr.

et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 18 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à X._____ une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2013 et qu'il fixe le montant de l'arriéré de prestations après coordination avec les indemnités journalières versées.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- 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 :

- X. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :