

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un Bachelor en chimie délivré par l'Ecole polytechnique fédérale de [...] en 2009 et d'un Master en sciences criminelles délivré par l'Université de [...] en 2013. Elle a par la suite travaillé en tant qu'enquêtrice téléphonique entre 2013 et 2014, puis en tant que responsable de rayon chez [...] de mai 2014 à janvier 2015 et enfin assistante de direction à 80 % pour une société active dans la communication et la publicité de mai 2015 à février 2016. Depuis le mois de mars 2016, elle est incapable de travailler pour des raisons psychiques. L'assurée s'est tout de même inscrite au chômage en mars 2016 et a perçu des prestations de l'assurance perte de gain maladie de l'assurance-chômage, à tout le moins depuis le mois d'août 2016.

Le 23 janvier 2017, l'assistante sociale du Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____, à [...], a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce concernant l'assurée, évoquant une incapacité de travail à 100 % depuis le 29 juin 2016 en raison d'une dépression avec des crises de panique.

La Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé, lors d'un entretien initial de détection précoce du 16 mars 2017, qu'elle suivait l'assurée au Centre S._____ depuis deux ans et qu'un bilan psychologique avait mis en évidence un état psychotique. Elle a évoqué un état interne très décousu chez l'intéressée. Sans activité professionnelle, elle présentait beaucoup d'angoisses et peinait à mettre à profit ses capacités dans une activité professionnelle. La perspective de retrouver un emploi lui paraissait insurmontable, tout comme les démarches à entreprendre pour sa situation personnelle. Paradoxalement, lorsqu'elle avait une tâche professionnelle à réaliser, elle s'investissait à 100 %, voire plus.

Le 30 mars 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 28 avril 2017, la Dre S._____ a posé le diagnostic de troubles schizo-affectifs (F25.20) présents depuis l'enfance. Sous son apparence aimable, l'assurée souffrait de grandes angoisses qui l'empêchaient de gérer son quotidien, faire son ménage, être organisée ou téléphoner, malgré un bon niveau intellectuel. Elle recevait l'aide d'une assistante sociale. Elle était souvent dépressive avec des moments d'impuissance et un ralentissement psychomoteur. Elle était morcelée et oscillait entre des moments de mélancolie et des moments maniaques. L'assurée s'investissait trop dans son travail, ce qui générait des crises d'angoisse. Elle s'épuisait. La Dre S._____ a précisé que le fait d'avoir été licenciée de son emploi de responsable de rayon avait ravivé son sentiment dépressif et ses tendances à la procrastination. Elle a constaté une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle, exigible d'ici quelques semaines. L'assurée était restreinte dans son activité par un investissement démesuré dans son travail, ce qui engendrait du stress et d'importantes crises d'angoisse, ainsi qu'un épuisement au travail. La capacité de travail dans une activité adaptée était également de 30 %, mais exigible immédiatement.

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 4 mai 2017, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que la demande de prestations AI n'était justifiée que par l'atteinte psychiatrique de l'assurée.

En réponse au questionnaire « Détermination du statut, part active/ part ménagère », complété le 11 mai 2017, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis 2015 à 80 % dans le social, tant par intérêt personnel que par nécessité financière.

A l'occasion d'un bilan du 23 mai 2017, un psychologue de l'OAI a suggéré d'accorder une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de T._____ Sàrl (ci-

après : T._____). Cette mesure permettrait à l'assurée d'identifier des pistes professionnelles réalistes et réalisables en lien avec ses diplômes universitaires et tenant compte de ses limitations fonctionnelles. En effet, présentant un blocage pour réaliser toutes les tâches administratives dans le cadre privé et de grandes angoisses une fois ces tâches réalisées sur le plan professionnel, l'activité précédemment exercée n'était pas adaptée. L'OAI a pris en charge les frais relatifs à cette mesure du 1^{er} juin au 30 août 2017 (cf. communication du 3 juillet 2017).

Lors d'un entretien téléphonique du 26 juillet 2017, une collaboratrice de T._____ a indiqué à l'OAI que l'assurée avançait bien dans la mise en valeur de son CV afin de disposer d'un CV solide pour postuler lorsqu'elle se sentirait prête. Elle la sentait motivée à l'idée de travailler, mais également anxieuse par rapport à ses capacités de résistance physique et psychique. Elle a suggéré la mise en place d'une mesure d'endurance, afin de l'aider en ce sens et de la resocialiser.

Le 25 septembre 2017, l'assistante sociale du Centre C._____ a informé l'OAI que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail et que son inscription au chômage pourrait être réalisée prochainement, malgré le fait qu'elle ne se sentait pas capable de réaliser seule un dossier de candidature. Dans l'attente, elle poursuivait la mesure auprès de T._____. L'assurée était alors enceinte de trois mois. Dans un courriel du 11 octobre 2017, l'assistante sociale du Centre C._____ a sollicité la mise en place d'un accompagnement multimodal en faveur de l'assurée, indiquant la voir toutes les deux semaines et l'accompagner pour ses démarches administratives et sociales.

Le 1^{er} décembre 2017, une collaboratrice de T._____ a exposé à l'OAI que l'assurée était inscrite au chômage en tant que demandeuse d'emploi à 40 % et qu'elle devait accoucher à la fin du mois de mars 2018. L'aide à la recherche d'emploi était toujours en cours, mais la collaboratrice ne jugeait pas l'assurée apte à travailler, en raison de ses nombreuses phobies. L'assurée avait également interrompu son

traitement médicamenteux, en raison du risque d'effets secondaires sur le bébé.

Lors d'un entretien de bilan du 12 décembre 2017, un psychologue de l'OAI a constaté que l'assurée avait été totalement incapable de travailler de mai 2016 à août 2017, puis à 60% dès septembre 2017. Il a à nouveau relevé le blocage et les angoisses ressentis par l'assurée lors de la réalisation de tâches administratives, préconisant donc une mesure de coaching pour l'aider dans ses recherches d'emploi, soit les postulations, les rédactions du CV et des lettres de motivation. Il a indiqué qu'après sa grossesse, l'assurée avait indiqué qu'elle travaillerait à 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Le 15 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais d'un coaching individuel auprès de T. _____ du 1^{er} septembre 2017 au 19 janvier 2018.

Dans un bilan du 25 janvier 2018, une collaboratrice de T. _____ a indiqué que le travail de l'assurée n'avait pas été linéaire, mais que cette dernière avait gagné en assurance dans les recherches d'emploi. Un accompagnement serait nécessaire après le congé maternité pour passer à l'étape de présentation lors d'un entretien. Une mesure de soutien pour retrouver une endurance physique et émotionnelle était préconisée, l'assurée n'ayant pas pu stabiliser ces aspects durant la grossesse.

Dans une communication du 30 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'en raison de sa grossesse, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables pour l'instant.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 22 février 2017 [recte : 2018], la Dre S. _____ a confirmé son précédent diagnostic. Elle a précisé que l'assurée, actuellement enceinte, ne prenait plus de traitement. Elle parvenait à être « un peu plus dans son corps, mais restait

très morcelée ». Elle rencontrait toujours des difficultés à s'organiser dans la gestion de son quotidien ou de ses rendez-vous. Elle était toujours aidée par une assistante sociale. Sa thymie était fluctuante et l'assurée se plaignait de fatigue, d'angoisses et de trouble du sommeil. La Dre S._____ a confirmé que l'assurée était capable de travailler à 40 % dans toutes activités depuis le 27 septembre 2017, et qu'elle retrouverait cette capacité 4 mois après son accouchement. Elle a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : épuisement, troubles thymiques, stress, difficultés d'organisation. Elle a encore précisé les dates et les taux des arrêts de travail précédents, soit une incapacité totale de travail depuis le 23 mai 2016, puis une incapacité de travail de 60 % dès le 27 septembre 2017.

L'assurée a accouché de son premier enfant le [...] mars 2018.

Après que l'assistante sociale du Centre C._____ a interpellé l'OAI à l'échéance du congé maternité de l'assurée, en août 2018, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé d'interroger le psychiatre traitant au début de l'année suivante. Il a estimé qu'au vu de la grossesse et de l'accouchement qui étaient récents, la situation psychique de l'assurée risquait de ne pas être stabilisée et représentative.

Dans un rapport à l'OAI du 18 février 2019, la Dre S._____ a exposé que l'assurée présentait actuellement un état de morcellement ; elle était non-unifiée et pouvait avoir des moments de terreurs notamment lorsqu'elle devait téléphoner. Elle avait des difficultés de sommeil. Son état thymique s'était un peu amélioré depuis qu'elle avait eu son enfant. Ne travaillant pas, elle avait peu de facteurs de stress. En raison de l'allaitement, elle ne prenait plus de traitement médicamenteux. La Dre S._____ a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de réadaptation dans une activité à 40 %, à raison de 3 heures par jour. Elle a préconisé, dans l'idéal, la reprise du traitement médicamenteux à la fin de l'allaitement, en sus du suivi à quinzaine qui demeurait.

Dans un rapport du 23 septembre 2019, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre C._____, a indiqué que, depuis le dernier rapport de la Dre S._____, l'assurée restait « stable dans son instabilité » avec de grandes fluctuations de la thymie et des crises d'angoisse. Elle a précisé que l'assurée pourrait travailler dans une activité adaptée à 40 %. L'assurée était limitée par ses tendances perfectionnistes allant jusqu'à l'épuisement. Si quelque chose ne se déroulait pas comme prévu, elle entraînait en état de stress qui la paralysait. Elle ne prenait pas de traitement en raison de l'allaitement. Selon la Dre J._____, l'assurée cherchait une mesure de réinsertion. Elle n'avait pas trouvé de travail en raison de ses blocages lors des démarches administratives. Un accompagnement s'avérait nécessaire et un stage serait bénéfique.

L'OAI a requis un rapport du Centre C._____ de [...], auprès duquel l'assurée était suivie depuis la mi-mai 2020. Le 30 juillet 2020, le Centre a informé l'OAI qu'il procéderait à des tests neuropsychologiques de fin août à fin octobre 2020 et qu'il avait besoin d'en connaître les résultats avant de lui adresser son rapport médical.

Dans un rapport du 3 décembre 2020, la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue O._____ ont indiqué qu'un bilan neuropsychologique avait été réalisé en septembre 2020 et avait révélé un haut potentiel intellectuel, avec un QI de 141. Les investigations étaient encore en cours afin d'affiner les hypothèses diagnostics. Un bilan psychoprojectif serait réalisé lorsque l'assurée présenterait un état stable, ce dernier étant perturbé par le décès de sa mère survenu en novembre. L'assurée disait toujours qu'elle présentait une phobie administrative et du téléphone, indiquant qu'elle était incapable de répondre à un appel ou d'en passer un à une autre personne que son mari. La Dre W._____ a constaté une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée depuis le début du suivi : l'humeur était plus stable et les stratégies de gestion des émotions étaient meilleures. L'état s'était en revanche détérioré à la suite du décès de sa mère ; une réévaluation ultérieure s'avèrerait nécessaire. La Dre W._____ a rappelé

les différentes périodes d'incapacité de travail de l'assurée, soit une incapacité totale du 23 mars au 24 mai 2016, du 7 juin 2016 au 31 janvier 2017, du 1^{er} juin au 26 septembre 2017, puis à 60 % jusqu'au 31 mars 2018 et à 50 % dès le 1^{er} novembre 2020. Selon la psychiatre traitante, l'assurée était capable de travailler à 50 %, depuis le 1^{er} novembre 2020, dans toutes activités. Elle présentait toutefois les limitations fonctionnelles suivantes : phobie du téléphone, phobie administrative, humeur fluctuante à tendance dépressive avec aboulie, anhédonie, culpabilité excessive, ruminations, anticipations anxieuses et fatigue importante. Pour l'heure, l'assurée ne prenait pas de traitement médicamenteux notamment en raison d'un souhait d'une nouvelle grossesse. Elle était suivie de façon bimensuelle en psychothérapie et psychiatrie.

Suivant l'avis du SMR du 14 décembre 2020, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il en a informé l'assurée par courrier du 4 février 2021.

Le 30 mars 2021, la Dre W._____ et la psychologue O._____ ont adressé un rapport au Dr N._____, en réponse à une demande de celui-ci. Elles ont confirmé le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, précédemment posé. Évoquant la perte de la mère de l'intéressée, ayant provoqué une dégradation de son état clinique, elles ont indiqué que cette épreuve avait fait écho à la perte d'un bébé en mars 2020 à la seizième semaine de grossesse. L'assurée se disait également affectée par la situation actuelle de sa grand-mère maternelle. Elles ont encore précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir une humeur abaissée, des troubles du sommeil, une anxiété notable, une fatigue importante, une culpabilité excessive, des ruminations, une anhédonie, un état d'épuisement et d'isolement social. Ces limitations pourraient avoir une influence sur sa productivité, augmenter les risques d'accident au travail ou dégrader le fonctionnement social auprès des collègues et de la hiérarchie. Elles ont ajouté que l'assurée peinait à prendre du temps pour elle et surinvestissait son quotidien dans la réalisation des tâches ménagères, les démarches administratives ou les

soins de ses grands-parents. Ce surinvestissement ralentissait probablement le processus de deuil. En dépit de ses capacités et ressources dans la gestion du quotidien, l'état de l'assurée restait fragile et un risque de rechute dépressive était à considérer au vu des événements récents. Une mesure de réinsertion professionnelle serait envisageable à plus long terme.

Après s'être entretenu le 15 mars 2021 avec l'assurée, le Dr N. _____ a rendu son rapport le 26 avril 2021. Au terme de celui-ci, l'expert a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec instabilité de l'humeur et traits anxieux et perfectionnistes. Le Dr N. _____ a écarté le diagnostic de troubles schizo-affectifs retenus par les médecins traitants, au motif que son examen clinique, ses questions et l'anamnèse établie ne démontraient pas les éléments typiques de ce diagnostic. L'assurée n'avait en outre pas eu de décompensation et ne prenait plus de médicament depuis 2018. Elle avait au demeurant des ressources, avait réussi à terminer sa scolarité, réaliser des études, se marier et avoir un enfant. Elle était capable de s'adapter à des règles et routines, planifier et structurer ses tâches, venir en transport public à l'examen, possédait une certaine flexibilité, une capacité de changement et était capable d'initiative. Sa capacité de résistance et d'endurance durant l'entretien était intacte. Elle avait également travaillé 90 heures, de janvier à juin 2021, en tant que secrétaire communale. Le Dr N. _____ a retenu que l'assurée avait été incapable de travailler à 100 % du 23 mai 2016 au 31 août 2017. Depuis lors, elle était capable de travailler dans son activité habituelle à plein temps.

Dans un avis du 11 mai 2021, le SMR a rappelé les conclusions de l'expertise, à savoir une capacité de travail, dans toutes activités, nulle entre mai 2016 et août 2017 puis pleine depuis lors, sans limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. Le SMR a retenu que l'expertise était concluante et probante en raison de la discussion convaincante de l'expert.

Dans un projet de décision du 12 mai 2021, confirmé par décision du 22 juin 2021, l'OAI a refusé de prester en faveur de l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

B. Par acte du 19 juillet 2021, K._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, requérant de « revoir la décision de refus de rente » au vu de l'appréciation de ses médecins traitants. La recourante s'est référée à un rapport établi le 12 juillet 2021 par la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre X._____, médecin-assistante, et la psychologue O._____. De l'avis de ses médecins, elle présentait des limitations fonctionnelles fluctuantes. Depuis le mois de juin dernier des hallucinations de type cénesthésique, en lien avec des angoisses de morcellement étaient apparues. Les symptômes actuels allaient dans le sens d'une décompensation psychique anxio-dépressive avec des éléments psychotiques, amoindrissant sa capacité de travail. Des investigations diagnostiques étaient encore en cours et un changement de traitement avait été initié en juin 2021.

Par réponse du 26 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à un avis SMR du 4 octobre 2021. Le SMR avait considéré qu'il ne ressortait du rapport du 12 juillet 2021 aucun élément médical objectif nouveau, ni une nouvelle limitation fonctionnelle, qui attesterait d'une modification significative et durable de l'état de santé, pour la période déterminante courant jusqu'à la décision du 22 juin 2021.

Répliquant le 12 janvier 2022, la recourante a indiqué que l'expert N._____ avait débuté son examen avec du retard et ne lui avait pas laissé le temps de répondre de manière approfondie à ses questions. Elle a encore produit un rapport d'examen psychologique établi le 13 décembre 2021 par la psychologue [...]. Se référant à des tests projectifs réalisés entre le 25 octobre et le 1^{er} novembre 2021, la psychologue a conclu à un fonctionnement psychotique de type dissociatif avec une composante affective, étant précisé que les défenses maniformes étaient

mobilisées pour lutter contre la persécution et la mélancolie. Elle a relevé une scission de la pensée et une dissociation importante. Une désorganisation vers la schizophrénie affective n'était pas exclue.

Par duplique du 21 février 2022, l'intimé a relevé que, contrairement à ce qui avait été évoqué précédemment par le psychiatre traitant, ce dernier n'avait pas complété son rapport. L'OAI ignorait si le psychiatre traitant attendait encore le résultat d'investigations ou non. Concernant les griefs sur le début de l'examen de l'expert, celui-ci ne remettait pas en cause la valeur probante de l'expertise.

C. Par courrier du 24 novembre 2022, la juge instructrice a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire. L'OAI ne s'y est pas opposé (déterminations du 6 décembre 2022), tandis que la recourante ne s'est pas déterminée.

Le 12 janvier 2023, la juge instructrice a confié à la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser dite expertise.

La Dre F._____ a rencontré la recourante les 22 et 29 septembre, 16 octobre et 27 novembre 2023. Celle-ci était à chaque fois venue avec son bébé, né en juillet 2023. L'experte s'est entretenue avec la psychiatre traitante, la pédopsychiatre en charge du suivi de l'enfant aîné, l'infirmière en charge de la situation à domicile et l'infirmière référente de la Fondation Espace [...] qui s'occupe des soins à domicile.

Dans son rapport du 18 décembre 2023, l'experte a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de trouble bipolaire de type I (CIM-11 : 6A60) et de trouble psychotique primaire (CIM11 : 6A2Y). Elle a conclu que l'assurée était capable de travailler à 30-40 % dans une activité adaptée comme estimé par ses médecins traitants, en dehors des phases dépressives de son trouble bipolaire, puis à 10 % environ depuis la naissance de sa fille aînée en mars 2018 dans une activité adaptée, toujours en dehors des phases de dépression. Durant les

phases euthymiques, l'assurée avait l'énergie suffisante pour travailler, malgré les limitations fonctionnelles de son trouble psychotique, soit une désorganisation de la pensée, des impossibilités d'effectuer certaines tâches (téléphone) et des inadaptations relationnelles. Son intelligence lui permettait de compenser ses limitations, mais elle dépensait alors une énergie considérable et finissait par s'épuiser et retomber dans une phase dépressive. Au vu de ses limitations fonctionnelles, des petits mandats de quelques heures, comme celui effectué pour la Commune [...], étaient adaptés, permettant de les assumer dans les périodes où sa thymie était suffisamment stable. L'experte F._____ a considéré que l'important cadre de soins mis en place était adéquat et devrait être maintenu sur le long terme. Elle a préconisé la réintroduction d'un stabilisateur de l'humeur dès que possible, pour limiter les conséquences du trouble bipolaire. En raison de la psychose sous-jacente, il ne fallait toutefois pas espérer que l'assurée recouvre une capacité de travail plus élevée. Actuellement, une mesure de réadaptation n'aurait pas de sens en raison de la fragilité de son état psychique.

L'OAI s'est déterminé le 29 janvier 2014, renvoyant à une appréciation du SMR du 19 janvier 2024. Le SMR relevait que l'expertise judiciaire était probante de sorte qu'il y avait lieu de la suivre et de s'écarter des conclusions de l'expert N._____. L'expertise judiciaire laissait cependant ouverte la question de l'évolution dans le temps de la capacité de travail. Si le début de l'atteinte à la santé pouvait être placé en mars 2016, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'assistante de direction depuis lors, l'évolution de la capacité de travail dans une activité habituelle entre mars 2016 et mars 2018 ne pouvait être déterminée avec certitude selon l'expertise judiciaire.

La recourante ne s'est pas déterminée.

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 d'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 22 juin 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). 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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).

4. 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).

5. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête au domicile de l'assuré est un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'assuré rencontre en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur et l'impact de l'atteinte psychique (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

7. a) En l'espèce, l'OAI a refusé de prester en faveur de la recourante, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI et était donc pleinement capable de travailler. L'OAI s'est

fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr N. _____ le 26 avril 2021.

L'expertise du Dr N. _____ n'est toutefois pas convaincante. L'expert N. _____ est le seul à retenir le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de trouble mixte de la personnalité (F61.0), avec instabilité de l'humeur, traits anxieux et perfectionnistes. Il n'expose cependant pas de manière détaillée les motifs qui l'amènent à retenir ce diagnostic, alors même qu'il reproche aux médecins traitants de ne pas avoir étayé leurs propres diagnostics. Il ne détaille pas davantage les motifs qui justifient, selon lui, d'écarter les diagnostics de ces derniers. L'anamnèse de l'assurée qu'il a établie est lacunaire. L'expert ne s'est en outre pas fondé sur un dossier complet ; alors qu'il a relevé qu'il ne disposait pas de certains rapports, il n'a toutefois pas sollicité leur envoi. Il n'a au demeurant pas exposé de manière claire l'évolution de la capacité de travail dans le temps. Ses conclusions ont finalement été posées sans tenir compte des limitations fonctionnelles constatées par les médecins traitants et lors de la mesure, sans prendre en considération les détériorations de l'état de santé constatées par les médecins traitants, notamment après le décès de la mère de l'assurée, et en se basant sur une activité de secrétaire dont on ignore tout.

Ce rapport laissant subsister trop d'incertitudes et d'incohérences, la juge instructrice a ordonné une expertise qu'elle a confiée à la Dre F. _____. L'intimé s'est rallié aux conclusions de l'experte F. _____, considérant que son rapport était convaincant et probant, sous réserve de l'appréciation de cette dernière de la capacité de travail dans le temps.

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 du dossier de l'OAI et de celui constitué par le Centre hospitalier G. _____ et a

contacté les personnes composant son réseau de soins. Elle a établi une anamnèse fouillée. Elle a détaillé l'enfance de l'assurée, sa relation avec ses grands-parents qui ont assumé un rôle éducatif et avec sa mère qu'elle considérait plus comme une grande-sœur, ses facilités d'apprentissage et ses problèmes de comportement à l'école, son mariage à l'âge de 19 ans et l'isolement qui s'en est suivi jusqu'au point d'avoir des pensées suicidaires, de son parcours universitaire de 13 ans débuté en faculté de police scientifique puis poursuivi en faculté de chimie jusqu'à l'obtention d'un Bachelor et en sciences criminelles pour le Master, et enfin sa rencontre avec celui qui allait devenir son époux. L'experte a encore détaillé le parcours professionnel de l'assurée au cours duquel les phases dépressives et de manies s'étaient succédées. Elle a décrit l'assurée dans son rôle de mère, détaillant le déroulement de ses trois grossesses, dont deux menées à terme, les périodes post-partum marquées par une phase d'élévation de l'humeur, le sevrage de son premier enfant, la perte d'un enfant et la manière dont elle se comportait avec son deuxième enfant. Elle a encore exposé la manière dont elle s'était impliquée auprès de ses grands-parents avant de connaître un nouvel épisode dépressif menant à une hospitalisation de cinq semaines à la Maison [...] en janvier 2022. L'assurée travaillait au moment de l'expertise une centaine d'heures par année à rédiger les procès-verbaux de la commission de gestion de la Commune [...], dont elle enregistrait les séances. Cela lui permettait de travailler depuis son domicile. Lors du dernier entretien avec l'experte, l'assurée a indiqué que ce travail était alors trop fatiguant et qu'elle n'était pas parvenue à rédiger le dernier procès-verbal. Sur demande de l'experte, l'intéressée a décrit sa journée type ainsi que ses blocages. Elle a précisé comment elle se sentait lors des phases dépressives et d'élévation de l'humeur.

L'experte a encore pris connaissance du rapport établi par la Maison [...] à la suite de l'hospitalisation de l'assurée en janvier 2022. Elle s'est entretenue avec l'infirmière en psychiatrie qui est intervenue à domicile lorsque l'assurée était enceinte de son deuxième enfant, l'infirmière référente de la Fondation Espace [...] qui s'occupe des soins à domicile à mission psychiatrique et le pédopsychiatre en charge du suivi

de l'enfant aîné de l'assurée. Tous ont rapporté avoir vu l'assurée en phase dépressive, expliquant qu'il lui était alors difficile de parler, de se lever, de s'occuper de son intérieur, de ses enfants et d'elle-même, ou en phase d'élation au cours desquelles elle était joyeuse et faisait de nombreuses activités au risque de s'épuiser.

Fondée sur ces éléments, l'experte F._____ a retenu un diagnostic de trouble bipolaire compliqué d'une symptomatologie de psychose constitutive, qui conférait au trouble un critère de sévérité. Elle a exposé avec soin les raisons pour lesquelles ces diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail et fait le lien entre les éléments de l'anamnèse, ses propres constatations cliniques et celles rapportées par les intervenants, d'une part, et les diagnostics, d'autres part. Elle a ainsi retenu que c'était aux environs de ses 20 ans que l'assurée avait vécu une première décompensation dépressive. Les décompensations dépressives, décrites de manière similaire par l'assurée et son réseau de soins, étaient sévères et de l'ordre de la mélancolie. Ces phases étaient contrebalancées par des phases d'hypomanie, avec une augmentation de l'énergie et de son activité. La fréquence et l'intensité des cycles étaient difficiles à quantifier, en raison de l'imprécision du récit anamnestique, mais tous les intervenants, hormis l'expert N._____, avaient observé des manifestations typiques de ce trouble. L'experte F._____ a constaté qu'au-delà du trouble bipolaire, l'assurée présentait des particularités constitutives de sa personnalité qui l'entravaient au quotidien, lesquelles n'étaient toutefois pas constitutives d'un trouble de la personnalité ou d'une schizophrénie caractérisée. Il s'agissait d'un trouble psychotique primaire, tel que décrit par la CIM-11, qui se manifestait notamment par une désorganisation de la pensée, une aliénation frappante dans son incapacité à donner sens à ce qu'elle vivait, d'une indifférenciation exempte de sens dans laquelle elle vivait. Cette psychose se traduisait par les angoisses que l'assurée décrivait et que l'experte avait pu constater lors de l'entretien lorsque son enfant s'était mis à pleurer. Le parcours de vie de l'assurée rendait également compte de cette psychose constitutive, notamment dans sa manière de vivre morcelée depuis son enfance ou dans le contraste qui existait entre son intelligence supérieure à la

normale et son incapacité à exploiter ses ressources. Cette psychose avait été perçue par les psychiatres traitants, lesquels avaient fait état d'un état psychotique, d'un état interne décousu chez une patiente n'arrivant pas à se connecter à elle-même. Ces observations les avaient amenés à retenir le diagnostic de troubles schizo-affectifs, lequel n'était toutefois pas réalisé, de l'avis de l'experte F._____, en l'absence des critères diagnostiques tels que des hallucinations, d'écho de la pensée, d'idée délirante de contrôle.

L'experte F._____ a encore expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles l'appréciation de l'expert N._____ ne pouvait être suivie. Elle a relevé que l'expert N._____ avait constaté certains faits, sans tenir compte d'autres faits. Aussi, il parlait d'une femme universitaire qui avait travaillé jusqu'en 2016, sans s'interroger sur le fait qu'elle avait eu besoin de 13 ans pour terminer ses études ou le fait qu'elle n'avait pas réussi à exploiter ses compétences ; il relevait qu'elle n'était plus médiquée, sans mentionner qu'elle venait d'accoucher et qu'un stabilisateur de l'humeur n'était pas indiqué durant une grossesse et l'allaitement ; il infirmait le diagnostic de trouble de l'humeur posé par les psychiatres traitants, sans tenir compte de leurs observations ou des décompensations survenues avant son examen. Il retenait en outre un diagnostic de trouble de la personnalité qui aurait été « décompensé » en 2016, alors que pareille pathologie chronique ne se manifeste pas par des périodes de « décompensation » ou de « compensation ». L'experte F._____ s'est étonnée des conclusions de l'expert N._____, lequel considérait que l'assurée était capable de travailler à 100 % dans « son » activité habituelle, tout en évoquant le fait qu'elle puisse bénéficier d'une mesure de réadaptation, et suggérait un suivi plus régulier en cas de nouvelle « décompensation » - alors que le suivi était déjà hebdomadaire - avec une médication psychotrope - alors qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique pour les troubles de la personnalité. Selon l'experte, ces contradictions laissaient supposer que le Dr N._____ avait perçu une forme de gravité dans la pathologie de l'assurée, tout en la minimisant à l'image de la manière désinvolte et légère dont l'expertisée parlait de ses atteintes.

Se prononçant sur le traitement de l'assurée, l'experte F._____ a considéré qu'il serait nécessaire de réinstaurer un traitement stabilisateur de l'humeur dès que possible, pour diminuer la fréquence et la gravité des épisodes de dépression majeure et limiter les phases d'hyperactivité. Le trouble psychotique présenté était en revanche peu susceptible d'une évolution favorable sous traitement neuroleptique.

Il y a donc lieu de se fonder sur l'expertise - probante - de la Dre F._____.

c) Concernant l'évolution de la capacité de travail, le SMR, dans son avis du 19 janvier 2024, a estimé que l'expertise de la Dre F._____ n'était pas suffisamment claire.

L'experte F._____ a toutefois retenu que l'assurée présentait des périodes d'incapacité de travail depuis les premières manifestations de son trouble bipolaire, trouble venu aggraver la psychose sous-jacente présente depuis l'enfance. Si elle avait pu accéder à des diplômes universitaires, elle n'avait jamais pu travailler dans son domaine de compétences ni conserver un emploi plus d'une année, le dernier emploi d'assistante de direction ayant été occupé de mai 2015 à février 2016. La psychiatre traitante avait par la suite attesté une incapacité totale de travail puis une capacité partielle de travail. L'experte F._____ a relevé que dans les faits, l'assurée n'avait jamais pu travailler à nouveau, hormis les petits mandats pour une commune. Elle a estimé que depuis la naissance de son premier enfant, en mars 2018, la capacité de travail de l'assurée était passée « de 30-40 % comme proposé à l'époque par ses thérapeutes à environ 10 % dans une activité adaptée qu'elle peut assumer quand elle est suffisamment bien, et 0 % durant les phases de dépression de son trouble bipolaire ». Les limitations fonctionnelles de son trouble psychotique se manifestaient par une désorganisation de la pensée, des impossibilités d'effectuer certaines tâches (téléphone) et des inadaptations relationnelles.

Aussi, comme relevé par le SMR dans son avis du 19 janvier 2024, il y a lieu de retenir que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis le mois de mars 2016, de manière durable. L'experte a ensuite rejoint l'appréciation de la capacité de travail qui a été faite par les thérapeutes de l'assurée. L'experte évoque à cet égard une capacité de « 30 à 40 % ». S'il est vrai que dans un rapport du 28 avril 2017, la Dre S._____ a indiqué que l'assurée était désormais capable de travailler à 30 %, elle a toutefois précisé par la suite, alors qu'elle était interrogée sur les incapacités de travail attestées par le passé, que l'assurée avait été totalement incapable de travailler jusqu'au 27 septembre 2017 puis à 60 % depuis lors (cf. rapport du 27 février 2017 [recte : 2018]), ne confirmant ainsi pas son appréciation précédente. La capacité de travail de 40 % dès le 27 septembre 2017 correspond en outre au taux auquel l'assurée s'est inscrite au chômage. Il a par ailleurs été repris par l'OAI, dans sa proposition de mesure du 8 décembre 2017. Il y a donc lieu de se référer à cette capacité de travail, telle que cela ressort des pièces au dossier. L'experte F._____ a ensuite constaté que depuis la naissance de son premier enfant, en mars 2018, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée n'était plus que de 10 %, en dehors des phases dépressives où elle était totalement incapable de travailler. Une activité comme celle réalisée par l'intéressée pour la Commune [...] était adaptée.

Il apparaît donc que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis le mois de mars 2016, début du délai d'attente d'un an. A l'échéance du délai d'un an, en mars 2017, elle était toujours incapable de travailler dans toutes activités. Vu la demande déposée le 30 mars 2017, la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, compte tenu d'un délai d'attente de six mois depuis le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). Depuis le 27 septembre 2017 et jusqu'à la naissance de son premier enfant, l'assurée a recouvré une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. Dès le 26 mars 2018, date de la naissance de son enfant, l'assurée est capable de travailler à 10 % dans une activité adaptée.

d) Vu ce qui précède, la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il détermine le taux d'invalidité et le droit à la rente de l'assurée, au vu des considérants qui précèdent. Il appartiendra en particulier à l'OAI de réaliser une enquête économique sur le ménage compte tenu de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. formulaire complété le 11 mai 2017 et entretien de bilan du 12 décembre 2017).

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il détermine le taux d'invalidité et le droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, conformément aux considérants qui précèdent.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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.

c) Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu de l'insuffisance du rapport d'expertise du Dr N._____, compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al.1 LPGA) et ordonner une nouvelle expertise, les frais de l'expertise judiciaire, d'un montant de 10'950 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 consid. 3.2 du 4 février 2020).

d) 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
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 22 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour déterminer le taux d'invalidité et le droit à la rente dès le 1^{er} septembre 2017.

- 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. Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 10'950 fr. (dix mille neuf cent cinquante francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____,
- 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 :