

VD_GERICHTE ZD09.010284 vom 26. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.010284

FR: VD_GERICHTE ZD09.010284 du 26 avril 2012

IT: VD_GERICHTE ZD09.010284 del 26 aprile 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 396/10 ap.TF - 147/2012 ZD09.010284 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 26 avril 2012 _____ Présidence de M. NEU Juges : Mmes
Thalmann et Pasche Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : X._____, à
Malapalud, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 6 ss et 16 LPG; 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de bureau,
X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1976, a interrompu son activité le
11 avril 2003 en raison d'une première grossesse. Initialement active à plein temps, elle
aurait dû réintégrer son poste à 60 % au terme de son congé maternité, le 14 avril 2004. Elle
ne l'a toutefois pas fait. Arguant souffrir des séquelles d'un spina bifida et d'une dysplasie de
la hanche gauche avec maladie de Perthes, elle s'est annoncée à l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après: l'OAI ou l'intimé) le 6 mai suivant.
Entre autres mesures d'instruction, l'administration a recueilli l'avis des médecins traitants.
Le Dr N._____, généraliste, a diagnostiqué une coxarthrose et des lombo-sciatalgies
gauches engendrant une incapacité maximale de travail de 50% dans une activité adaptée de
bureau, les malformations congénitales citées en plus (dysplasie de la hanche, maladie de
Perthes et dysraphisme lombaire) n'exerçant pas d'influence directe (rapport du 19 mai
2004). La Dresse H._____, médecin associé à l'Hôpital orthopédique de la Suisse
romande, a estimé que les affections observées (lombalgies chroniques persistantes sur
spina bifida des vertèbres lombaires avec moelle basse fixée, troubles statiques sévères,
discopathie L2/3 et nodules de Schmorl dans le plateau supérieur et inférieur de D10;
inguinalgies gauches et limitations fonctionnelles de la hanche sur dysplasie opérée à trois
reprises dans l'enfance; fibromyalgie secondaire) autorisaient la reprise à 50 % d'une
activité sédentaire offrant la possibilité de changer régulièrement de postures (rapport du 14
juin 2004). Evoquant des diagnostics similaires, le Dr F._____, médecin chef de
l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail
(rapport du 16 septembre 2004). L'OAI a également mis en œuvre une enquête économique
sur le ménage – dont il ressort notamment que l'assurée présentait un empêchement de 44 %
dans l'accomplissement de ses tâches ménagères

- 3 - et qu'elle aurait baissé son taux d'occupation à 60 % en mai 2004 afin de s'occuper de
son enfant, puis qu'elle l'aurait augmenté à 70 % à la rentrée scolaire 2008 afin d'assumer un
poste à responsabilité (rapport du 3 août 2004) – et a confié la réalisation d'un examen
clinique bidisciplinaire à son service médical (SMR). Sur la base de diagnostics identiques à
ceux posés par leurs confrères, les Drs K._____, rhumatologue, et D._____,
psychiatre, ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % présente depuis la fin du

congé maternité dans une activité adaptée. Dans leur rapport du 4 juillet 2005, ces médecins ont notamment retenu ce qui suit: "Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail: • rachialgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après opération pour spina bifida des vertèbres lombaires et avec moelle basse fixée. • inguinalgies gauches avec limitation fonctionnelle de la hanche gauche dans le cadre d'une coxarthrose débutante et d'un status après 3 opérations pour dysplasie de hanche avec maladie de Perthes. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: • status après un épisode dépressif dans les années 1997-1998, rémission complète.

Appréciation consensuelle du cas: L'assurée se plaint actuellement essentiellement de lombalgies avec, accessoirement, des douleurs cervicales et dorsales. Elle présente également des inguinalgies gauches irradiant au genou. Au status, on note une scoliose dorsale droite et lombaire gauche, un diastasis de la ligne médiane au niveau lombaire, une mobilité lombaire diminuée ainsi qu'une limitation de la mobilité de la hanche gauche qui s'accompagne d'inguinalgies gauches à la mobilisation. L'assurée présente également une atrophie du MIG [membre inférieur gauche, réd.]. Les examens radiologiques complémentaires confirment les troubles statiques et la présence de spina bifida pluri-étagées lombo-sacrées. Ces examens radiologiques, montrent également une déformation de la tête fémorale gauche sous forme de coxa magna avec début d'ostéophytose polaire inférieure. Au vu des diagnostics ostéo-articulaires sus-mentionnés, nous estimons que la capacité de travail est nulle dans son activité d'employée de bureau ne pouvant pas se lever régulièrement. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles sous-mentionnées la capacité est de 50%. Une activité de bureau pourrait ainsi être envisagée, si elle permet d'alterner les positions assises et debout. Il faut relever qu'il serait préférable qu'une telle activité soit effectuée à domicile comme le

- 4 - suggère l'assurée, ce qui lui permettrait de s'allonger par moment pour diminuer les rachialgies. Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 29 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1985. Mariée et mère d'une fille de 2 ans, elle est enceinte avec un terme prévu pour janvier 2006. Au bénéfice d'un CFC d'employée de bureau, elle a travaillé dans cette profession jusqu'au 1er mai 2003, date à laquelle ses douleurs lombaires liées à sa spina bifida et ses difficultés de mobilisation de la hanche gauche en relation avec une maladie de Perthes cumulées à l'apparition de sa grossesse ont motivé une interruption de son activité professionnelle. L'examen psychiatrique a mis en évidence un épisode dépressif qui a eu lieu dans les années 1997-98, dans un contexte de conflit professionnel. Cet épisode a motivé un arrêt de travail de deux mois, l'assurée s'en est rétablie sans séquelle. Outre cet épisode ponctuel, l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique qui pourrait porter atteinte à sa capacité de travail. L'appréciation de cette dernière est uniquement tributaire de l'examen somatique. Les limitations fonctionnelles Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. MIG: pas de travail imposant de franchir des escabeaux, échelles, escaliers. Pas de marche supérieure à 1/4 d'heure. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 1.5.2003. L'assurée a effectivement interrompu son activité professionnelle au 01.05.2003, elle est alors enceinte. La Dresse H. _____ atteste une incapacité de travail de 100% à partir du 15.04.2004, date de la fin de son congé maternité. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Stationnaire. Concernant la capacité de travail exigible, Sur la base des observations bidisciplinaires qui ont été effectuées lors de

l'examen SMR Léman du 24.06.2005, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans son activité habituelle d'employée de bureau, l'assurée ne pouvant pas se lever régulièrement. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sus-mentionnées, la capacité de travail est de 50 %. Il faut relever qu'une activité d'employée de bureau pouvant alterner les positions assise et debout serait ainsi envisageable, mais qu'il serait préférable qu'une telle activité soit effectuée à domicile, ce qui permettrait à l'assurée de s'allonger entre les périodes de travail."

- 5 - Le Dr L. _____, médecin du SMR (avis du 19 février 2008), ayant jugé valables les griefs soulevés par l'intéressée (opposition du 12 juin 2006) – qui contestait son statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 % ainsi que l'évaluation de sa capacité de travail (50 %) et produisant un rapport non daté de la Dresse H. _____, attestant une incapacité de travail de 50 %, avec rentabilité diminuée à 30 % – contre le rejet de sa demande de prestations (décision du 18 mai 2006), l'administration a repris l'instruction de la cause. Elle a d'abord interrogé la Dresse H. _____, pour qui l'état dépressif observé en plus des diagnostics déjà évoqués permettait d'exercer à mi-temps une activité adaptée telle que décrite par le SMR (rapport du 7 avril 2008). Elle a aussi diligenté une seconde enquête économique sur le ménage qui faisait état d'un empêchement de 55 % dans l'accomplissement des tâches ménagères ainsi que d'un statut d'active à 80 % depuis le 1er mai 2004 et à 100 % depuis le 1er août 2010 (rapport du 11 juin 2008). Elle a enfin requis l'opinion de la Dresse T. _____, généraliste, qui concluait succinctement à une incapacité totale de travail sur la base des diagnostics connus (rapport du 7 juillet 2008) et celle du Dr Q. _____, chirurgien orthopédique, pour qui le même substrat médical autorisait la pratique de l'activité usuelle, légèrement adaptée pour correspondre aux limitations fonctionnelles, à 40 % (rapport du 24 septembre 2008). Les nouveaux éléments médicaux et économiques récoltés pendant la procédure d'opposition n'ont pas infléchi la première intention de l'OAI qui a entièrement confirmé la décision du 18 mai 2006 (décision sur opposition du 13 février 2009). B. X. _____ a porté la décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Contestant pour l'essentiel le taux d'incapacité de travail, qui omettait selon elle de prendre en compte une baisse de rendement, et le statut d'active, qu'elle affirmait être de 80 % depuis mai 2004 et de 100 % depuis août 2010, elle concluait à la reconnaissance de son droit à trois quarts de rente jusqu'au 31 juillet 2010 et à une rente entière par la suite ou au renvoi du dossier à l'administration pour complément d'instruction au sens des considérants

- 6 - et nouvelle décision. Elle produisait un avis actualisé du Dr Q. _____, qui attestait une capacité de travail de 40 % avec rendement effectif de 30 % (rapport du 28 mai 2009). Par arrêt du 6 janvier 2010 (CASSO AI 137/09 – 18/2010), la Cour des assurances sociales a admis le recours pour les raisons invoquées par l'assurée et a réformé la décision sur opposition en ouvrant le droit à trois-quarts de rente dès le 1er mai 2004, compte tenu d'un degré d'invalidité de 62,5% dans la part active de 80% et de 55,3% sur la part ménagère de 20%, soit un degré d'invalidité global de 61,1% (50% pour la part active et 11,1% pour la part dévolue aux tâches ménagères). Se bornant à observer le passage à un statut d'active à 100 % à compter du mois d'août 2010, la Cour ne s'est toutefois pas prononcée sur la période postérieure au 31 juillet 2010 sortant du champ de la décision attaquée. C. Suite au recours interjeté par l'OAI contre cet arrêt, dont il requérait l'annulation pour conclure à la confirmation de la décision litigieuse ou au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a, par

arrêt du 29 octobre 2010 (TF 9C_139/2010), admis le pourvoi et renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire et nouveau jugement. La Haute Cour a en substance considéré qu'il n'était pas arbitraire de retenir un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, confirmant le degré d'invalidité de 11,1% sur cette dernière part.

Concernant la part active, l'autorité fédérale a toutefois considéré qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin d'établir la capacité de travail résiduelle de l'assurée, compte tenu de rapports médicaux contradictoires, respectivement incomplets, ceci pour la période allant de 2004 à 2009. D. Le 6 janvier 2011, déférant à cet arrêt de renvoi, la Cour de céans a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: HUG). Au terme d'examens cliniques pratiqués le 10 février 2011, les Drs S._____, spécialiste en médecine

- 7 - physique et réadaptation orthopédique, M._____, médecin interniste, J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation orthopédique et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, se sont prononcés comme il suit dans leur rapport du 22 juin 2011: "4. Diagnostics: 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail - Spina bifida aperta (maladie congénitale), opérée au 6ème jour de vie. - Coxarthrose gauche (depuis l'âge de 18 ans) sur dysplasie de hanche (maladie congénitale) et notion de maladie de Legg-Calvé-Perthes, opérée à 3 reprises, à l'âge de 3 ans, 4 ans et 4 ans et demi au Portugal. - Lombalgies (depuis l'enfance). - Atteinte neurogène périphérique séquellaire modérée dans les myotomes L4 et éventuellement L5 gauches (mise en évidence en 2009). - Probable fibromyalgie (date de début inconnue). - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Trouble présent depuis 1997. 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail - Traumatisme crânien simple sur chute de sa hauteur le 31.12.2010. - Ovaies polykystiques (maladie congénitale). - Astigmatisme. - Notion de diabète non traité. - Probables troubles vésico-sphinctériens 5. Appréciation et discussion du cas. Il s'agit d'une patiente de 34 ans, connue pour une atteinte congénitale (spina bifida) opérée au 6ème jour de vie, une dysplasie de hanche gauche et une maladie de Legg-Calvé-Perthes de la hanche gauche, opérée à 3 reprises dans l'enfance, qui développe dès l'adolescence des lombalgies et des douleurs de hanche gauche progressives. L'évolution se fait vers une coxarthrose de la hanche gauche et une péjoration rapide de la symptomatologie douloureuse lombaire durant les 2 grossesses de l'expertisée, avec actuellement des douleurs permanentes, irradiant dans le membre inférieur gauche; ces deux pathologies ont un retentissement majeur dans les activités de la vie quotidienne. A relever également la présence de probables troubles vésico-sphinctériens encore non investigués, ainsi que la mise en évidence en 2009 d'une atteinte neurogène périphérique séquellaire modérée dans les myotomes L4 et éventuellement L5 gauches, dont l'origine est difficilement identifiable. Par ailleurs, une fibromyalgie a été diagnostiquée dans l'évolution. Le pronostic des lésions (spina bifida et coxarthrose) n'est pas favorable, et il faut s'attendre à une aggravation progressive de la symptomatologie. Une poursuite de la prise en charge globale de

- 8 - l'expertisée, avec évaluation régulière et prise en charge spécifique des problèmes rencontrés (troubles vésico-sphinctériens, troubles de la marche, déconditionnement physique et musculaire) est recommandée, de même que le maintien d'une activité physique la plus régulière possible, selon la tolérance de Mme X._____. Dans les possibilités thérapeutiques, notons que la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche devra probablement tôt ou tard être réalisée, dans le but de diminuer les douleurs de hanche, favoriser les actes de la vie quotidiennes et la marche. Une telle intervention ne permettra

toutefois pas d'améliorer l'intégralité des symptômes douloureux et donc la problématique globale, ainsi ne devrait pas permettre une amélioration notoire des capacités fonctionnelles. Du point de vue psychiatrique, l'anamnèse et le status actuel font apparaître que l'expertisée souffre d'un trouble dépressif depuis 1997. Ce trouble apparaît comme réactionnel aux symptômes douloureux, ainsi qu'aux limitations professionnelles et familiales et aux différentes complications administratives que l'expertisée doit affronter. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit cependant être écarté car les troubles dépressifs durent depuis plus de 2 ans. D'autre part, l'anamnèse fait clairement apparaître un premier épisode avec traitement médicamenteux en 1997-1998. Après une période de rémission plus ou moins totale, l'expertisée a présenté en 2008 une rechute nette avec nécessité d'un nouveau traitement antidépresseur et prise en charge psychiatrique. Cette évolution correspond donc bien au diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'expertisée présente une symptomatologie regroupant trois symptômes principaux de la dépression, à savoir une tristesse pathologique, une fatigue chronique et une diminution de l'intérêt et du plaisir. De plus, elle présente une altération de la concentration, une diminution de l'estime de soi, des idées de mort, une perturbation du sommeil et une diminution de l'appétit. Ces symptômes sont d'intensité modérée. Le tableau global correspond à un épisode dépressif moyen. Les limitations principales dont souffre l'expertisée sont de nature rhumatologique. Cependant, en raison de la symptomatologie de fatigue chronique, d'altération de l'élan vital, de perte de motivation et d'intérêt, les troubles psychiques qu'elle présente amplifient les limitations physiques et réduisent la capacité de l'expertisée à supporter ses douleurs. Les troubles psychiques diminuent donc ses capacités de travail.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations physiques

Au terme de l'évaluation, nous retenons des limitations à caractère de port de charges, même légères, de travail au-dessus du niveau des épaules et en porte-à-faux, et de travail en position debout ou assise prolongée. Par ailleurs, il convient que Mme X. _____ puisse

- 9 - effectuer des changements de position fréquents, ainsi que des pauses régulières durant lesquelles elle doit pouvoir s'allonger.

Limitations psychiques

En raison de ses troubles dépressifs récurrents l'expertisée est limitée dans les tâches nécessitant une concentration prolongée, une exposition au stress psychique, un effort intellectuel particulier, un rendement soutenu, de la rapidité, des initiatives ou des responsabilités à moyen terme.

Limitations sociales

En raison de ses troubles physiques et psychiques, l'expertisée n'est pas en mesure d'assumer des relations soutenues et prolongées dans des activités de groupe, telles des réunions, des colloques ou des rapports de convivialité.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Les différents troubles physiques et psychiques empêchent l'expertisée de rester en position statique ou dynamique durant une période prolongée, d'effectuer la manutention lors de la réception et du rangement de matériel, de rester concentrée de manière prolongée et de s'adapter à l'environnement habituel d'une employée de bureau, tant du point de vue relationnel que de celui des exigences professionnelles.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Selon notre évaluation, fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'examen préprofessionnel et psychiatrique, seule une capacité de travail résiduelle actuelle d'au maximum 20% (repartie sur au moins 3 jours, et avec des pauses fréquentes où l'expertisée devrait pouvoir s'allonger), avec un rendement réduit de 25 %, nous semble exigible, pour autant que les limitations susmentionnées soient respectées.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure? Oui, selon les

limitations et la capacité résiduelle actuelle susmentionnées. L'exercice à domicile de cette activité nous semble toutefois plus adapté. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? Oui, de 25%. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? D'un point de vue médical, une incapacité de travail d'au moins 20% date de mai 2004. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Au vu du caractère évolutif des atteintes, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable a posteriori.

- 10 - On peut par contre raisonnablement admettre, selon les rapports médicaux établis, qu'une incapacité d'au moins 50% perdure depuis cette date. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel? En raison de ses troubles psychiques, l'expertisée n'est pas en mesure de s'adapter à l'environnement habituel d'une employée de bureau, tant du point de vue relationnel que de celui des exigences professionnelles. C. Influence sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Au vu des atteintes évolutives et de l'importance des répercussions fonctionnelles, de telles mesures ne sont pas envisageables. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non. Tout au plus, le rendement peut-il être en partie amélioré par des moyens auxiliaires (ergorest, casque téléphonique...). 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? 3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Une activité de secrétariat à domicile pourrait être une alternative, en respectant les différentes limitations et dans les limites de la capacité de travail résiduelle. Ceci permettrait à l'expertisée de gérer son horaire de travail et les pauses nécessaires, selon la symptomatologie fluctuante du jour. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Avec la même capacité de travail résiduelle que mentionnée au point 2.2 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Oui, de 25%. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Ne s'applique pas." Dans un avis médical du Service Médical Régional de l'AI (ci- après: SMR) du 25 juillet 2011, les Drs R._____ et U._____ ont admis que le rapport d'expertise précité remplissait les critères de qualité usuels.

- 11 - Ils ont convenu de faire remonter le début de la longue maladie au mois de mai 2003, période correspondant à la décompensation des lombalgies et coxalgies gauches dans le cadre de la grossesse. Ils ont également admis que l'assurée souffrait de pathologies somatiques indiscutables, évolutives vers l'aggravation, avec des conséquences douloureuses importantes invalidantes dans tous les domaines de la vie, et qu'elle présentait des séquelles neurologiques aggravées en 2009 en raison d'un trouble psychique récurrent. Concernant les périodes d'aggravation, les médecins du SMR ont admis une péjoration intervenue au début 2008 par la récurrence d'un épisode dépressif ayant nécessité la prise d'antidépresseurs, convenant depuis lors d'une exigibilité médicale de 20% avec une baisse de rendement de 25%, soit d'une capacité de travail de 15%, la fibromyalgie étant invalidante car accompagnée d'une co- morbidité psychiatrique elle-même invalidante. Dans ses déterminations du 30 août 2011, la recourante a procédé à un récapitulatif des variations de son taux d'invalidité comme il suit: "1) Période courant du 1er mai 2004 (au plus tard) à mars 2008 (on tient compte d'une période de latence de trois mois) Sur cette période, Mme X._____ a présenté une capacité résiduelle de travail de 25% (expertise [judiciaire pluridisciplinaire du 22 juin 2011], p. 27, qui fait état d'une incapacité de travail d'au moins 50% à laquelle il y a lieu d'ajouter une diminution de rendement de 25%). Le

revenu sans invalidité retenu de Mme X. _____ est de frs. 52'829.40 (80% de frs. 66'036.75). Son revenu d'invalidité se monte ainsi à frs. 16'509.20 (25%/80% x frs. 52'829.40). La perte de gain s'élève donc pour cette période à frs. 36'320.20, ce qui aboutit à un taux d'invalidité de 68.75%. On obtient le même résultat en appliquant la formule du TF: taux d'activité en bonne santé – CT résiduelle / taux d'activité en bonne santé (cf. notamment arrêt du 23 juin 2005 I 437/04). Pondéré par le taux de part active de 80%, nous obtenons un degré d'invalidité de 55%, auquel il y aura lieu d'ajouter la part ménagère, également pondérée, de 11.1%, soit un taux global d'invalidité pour la période considérée se montant à 66.1%, taux qui donne à Mme X. _____ droit à un trois-quart de rente d'invalidité au moins.

- 12 - 2) Période courant de mars 2008 au 31 juillet 2010 Jusqu'au 31 juillet 2010 puisque dès le 1er août 2010, la recourante a un statut d'active à 100%. Durant cette période, la capacité de travail exigible maximum de Mme X. _____ est de 15% (cf. rapport SMR du 25 juillet 2011). Son revenu d'invalidité se monte ainsi à frs. 9'905.51 (15%/80% x frs. 52'829.40). La perte de gain s'élève donc à frs. 42'923.90, ce qui aboutit à un taux d'invalidité de 81%. On obtient le même résultat en appliquant la formule du TF: taux d'activité en bonne santé – CT résiduelle / taux d'activité en bonne santé (cf. notamment arrêt du 23 juin 2005 I 437/04). Pondéré par le taux de part active de 80%, nous obtenons un degré d'invalidité de 65%. Là encore, il y a lieu d'ajouter l'invalidité ménagère pondérée de 11.1%, ce qui fait un total d'invalidité de 76.1%, taux donnant droit à Mme X. _____ à une rente d'invalidité entière pour la période considérée. 3) Période courant depuis le 1er août 2010 Mme X. _____ ayant un statut d'active à 100% depuis le 1er août 2010 (arrêt du 6 janvier 2010, p. 24), cette dernière a droit dans tous les cas de figure à une rente d'invalidité entière à compter de cette date." Forte de ces considérations, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'une rente d'invalidité de trois-quarts au moins devait lui être servie au plus tard dès le 1er mai 2004, ce jusqu'au mois de mars 2008, le droit à une rente entière devant lui être reconnu à compter du mois de mars 2008. Dans ses déterminations du 22 septembre 2011, l'office intimé s'est opposé à l'argumentation et aux conclusions nouvelles de la recourante, lui opposant le fait que, sur la base du rapport d'expertise du 22 juin 2011, sa capacité de travail avait été de 50% dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement jusqu'au 31 décembre 2007. Ce n'est que depuis le début 2008 qu'une diminution de rendement de 25% devait être admise, pour une capacité de travail résiduelle de 20%. L'OAI a renvoyé la Cour de céans à interpellier les experts des HUG afin d'obtenir

- 13 - des précisions sur ce dernier point. Il a par ailleurs invité la Cour à reconsidérer le statut économique de la recourante, selon lui de 60%. Dans un rapport complémentaire du 16 novembre 2011, les experts judiciaires des HUG ont apporté les précisions suivantes: "Les Drs M. _____, S. _____ et J. _____ considèrent que, les problématiques somatiques de Mme X. _____ étant évolutives dans le temps, il ne leur est pas possible de préciser rétrospectivement si une éventuelle réduction de rendement de 25% doit encore être déduite de l'incapacité de travail de 50% pour la période de mai 2004 à décembre 2007. Sur le plan psychiatrique, il apparaît que le syndrome douloureux dont souffre l'expertisée date de son enfance et qu'il était notoirement présent durant cette période de mai 2004 à décembre 2007. De ce fait, l'expertisée s'est trouvée dans l'incapacité durant cette période d'exercer sa profession comme elle l'aurait souhaité et de s'occuper de ses enfants de façon aussi satisfaisante qu'elle le désirait. Aussi bien les douleurs elles-mêmes que leurs

conséquences dans sa vie sociale et affective, ont entraîné des troubles anxio-dépressifs, évoluant de façon fluctuante et qui nécessiteront la prise d'un traitement antidépresseur à partir de 2008. Par conséquent, même dans une activité à 50%, l'expertisée voyait son rendement entravé par des douleurs chroniques et un état anxio-dépressif d'intensité variable. Cette diminution de rendement peut globalement être considérée de 25%." Le 29 novembre 2011, la recourante a fait siennes les constatations ressortant du rapport d'expertise complémentaire précité en relevant que, de mai 2004 à décembre 2007, même dans une activité exercée à 50%, son rendement s'était trouvé entravé par des douleurs chroniques et un état anxio-dépressif d'intensité variable. Elle en déduisait ainsi que pour la période en question, sa capacité de travail exigible avait été tout au plus de 25%. A l'appui de ses déterminations du 24 janvier 2012, l'office intimé s'est rallié au contenu d'un avis médical SMR du 12 décembre 2011 des Drs R. _____ et B. _____, médecin-chef ad intérim, dont on extrait ce qui suit: "En date du 16.11.2011 les experts ont répondu qu'au plan somatique ils ne pouvaient préciser rétrospectivement de date d'aggravation. Le Dr C. _____, psychiatre, estime lui, qu'entre 2003

- 14 - et 2007 l'exercice d'une activité à 50% était tributaire d'une diminution de rendement de 25%, à cause des douleurs elles-mêmes et de leurs conséquences dans la vie sociale et affective, qui ont entraîné des troubles anxio-dépressifs évoluant de façon fluctuante et qui nécessiteront la prise d'un traitement antidépresseur à partir de 2008. Discussion: nous nous étonnons de cette appréciation, lorsqu'on lit au 3ème paragraphe de la page 25 du rapport d'expertise de juin 2011: « D'autre part, l'anamnèse fait clairement apparaître un premier épisode avec traitement médicamenteux en 1997-1998. Après une période de rémission plus ou moins totale, l'expertisée a présenté en 2008 une rechute nette avec nécessité d'un nouveau traitement antidépresseur et prise en charge psychiatrique.» En plus en 2005 l'assurée a été examinée au SMR par la Dresse D. _____, psychiatre FMH, qui a précisé la rémission complète de l'épisode dépressif de 1997. On peut ainsi admettre que pendant 10 années l'assurée n'a pas présenté de troubles de l'humeur d'intensité suffisante pour justifier une diminution de rendement et/ou de travail. En conclusion, nous estimons que la réponse du Dr C. _____ s'inscrit en contradiction avec la teneur du rapport d'expertise de juin 2011 et avec les observations de la Dresse D. _____ en 2005. Nous maintenons que, sur la base des divers documents au dossier, la CT en toute activité adaptée était de 50% jusqu'à fin 2007, puis de 15% (activité à 20% avec rendement de 75%) dès début 2008." E n d r o i t : 1. Par arrêt du 29 octobre 2010, le Tribunal fédéral a confirmé le statut économique de la recourante tel qu'arrêté par la Cour de céans le 6 janvier 2010. La Haute Cour a en effet considéré qu'il n'était pas arbitraire de retenir un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% du 1er mai 2004 jusqu'en août 2010, date du passage à un statut d'active à 100%. Le taux d'incapacité de travail de 11,1% retenu pour la part ménagère a par ailleurs été confirmé. Reste dès lors seule ouverte la question de l'évaluation du degré d'invalidité afférent à la part active durant cette même période. Dans leur rapport du 22 juin 2011, les experts judiciaires des HUG ont retenu que d'un point de vue médical, une incapacité de travail

- 15 - d'au moins 20% était présente depuis mai 2004. Ils ont précisé qu'au vu du caractère évolutif des atteintes, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'était pas réalisable a posteriori, mais considéré que l'on pouvait raisonnablement admettre qu'une incapacité d'au moins 50% perdurait depuis lors. Dans une activité réputée adaptée, la recourante présentait ainsi, de l'avis des experts, une diminution du rendement estimée à

25%. Cela étant, les parties s'accordent d'une part sur le début de la longue maladie en mai 2003 et d'autre part, sur une exigibilité médicale de 20% avec une diminution de rendement de 25%, soit une capacité de travail résiduelle de 15% dès le début 2008. Leurs avis divergent par contre quant à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de mai 2004 jusqu'à fin 2007; la recourante soutient qu'elle n'aurait présenté qu'une capacité résiduelle de 25% (l'expertise judiciaire faisant selon elle état d'une incapacité de travail de 50% minimum à laquelle s'ajoute une diminution de rendement de 25%); l'OAI retient quant à lui une capacité de travail de 50% sans diminution de rendement jusqu'au 31 décembre 2007.

Le litige est ainsi circonscrit à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante pour la période de mai 2004 à décembre 2007. 2. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

- 16 - - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGa), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa) (RO 1987 p. 449). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008 [5e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss] qui correspond à l'échelonnement prévu à l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). b) L'art. 8 LPGa définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGa). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1er janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGa, le 1er janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGa, entré en vigueur le 1er janvier 2008, n'a

- 17 - pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette

activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (cf. art. 28a al. 3 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008, correspondant à l'ancien art. 28 al. 2ter LAI applicable jusqu'au 31 décembre 2007). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4 et les références; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales, en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une

- 18 - autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 et 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2).

- 19 - 3. a) Sur le plan somatique, les experts judiciaires ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spina bifida aperta, de coxarthrose gauche sur dysplasie de hanche et notion de maladie de Legg-Calvé-Pertes, de lombalgies et d'atteinte neurogène périphérique séquellaire modérée et de probable fibromyalgie. Ils ont considéré

que les limitations principales affectant la recourante étaient de nature rhumatologique, rejoins sur ce point par les médecins du SMR dans leur avis du 25 juillet 2011, admettant que la recourante souffrait de "pathologies somatiques indiscutables, évolutives vers l'aggravation, avec des conséquences douloureuses importantes invalidantes dans tous les domaines de la vie". Au terme de leur complément d'expertise du 16 novembre 2011, les Drs M._____, S._____ et J._____ ont indiqué être dans l'impossibilité de préciser rétrospectivement si une réduction de rendement de 25% devait encore être portée à l'incapacité de travail de 50% pour la période de mai 2004 à décembre 2007. b) Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), présent depuis 1997. Dans la discussion du cas, le Dr C._____ a déduit de l'anamnèse un premier épisode avec traitement médicamenteux en 1997-1998 et considéré qu'après une période de rémission plus ou moins totale, la recourante avait présenté, en 2008, une rechute nette ayant nécessité la mise en œuvre d'un nouveau traitement antidépresseur et une prise en charge psychiatrique. Si les limitations principales sont de nature rhumatologique, les troubles psychiques (fatigue chronique, altération de l'élan vital, perte de motivation et d'intérêt) ont amplifié les limitations physiques et réduit la capacité de l'expertisée à supporter ses douleurs, atteignant ainsi sa capacité de travail (limitations dans les tâches nécessitant une concentration prolongée, une exposition au stress psychique, un effort intellectuel particulier, un rendement soutenu, de la rapidité, des initiatives ou des responsabilités à moyen terme). Ainsi, en raison de ses troubles psychiques, la recourante n'était pas à même de s'adapter à

- 20 - l'environnement habituel d'une employée de bureau, tant du point de vue relationnel que de celui des exigences professionnelles. Dans le complément d'expertise du 16 novembre 2011, le Dr C._____ a encore précisé que le syndrome douloureux avait affecté la recourante depuis son enfance et qu'il était notoirement présent durant la période de mai 2004 à décembre 2007. Ainsi, tant les douleurs éprouvées que leurs conséquences sur la vie sociale et affective de la recourante ont entraîné des troubles anxio-dépressifs fluctants ayant conduit à la mise en œuvre d'un nouveau traitement en 2008. Par conséquent, même dans une activité exercée à 50%, l'expert psychiatre estime que la recourante présentait un rendement globalement diminué de 25%. A cette dernière appréciation, l'intimé oppose une contradiction: alors que l'anamnèse figurant dans le rapport d'expertise judiciaire de juin 2011 fait mention d'une "période de rémission plus ou moins totale" à la suite d'un premier épisode avec traitement médicamenteux en 1997-1998 et avant une rechute nette survenue en 2008, la Dresse D._____, psychiatre elle aussi, avait rendu compte en 2005 déjà d'une rémission complète de l'épisode dépressif de 1997. Privilégiant ce dernier avis, l'intimé en déduit que sur une période de dix ans la recourante n'a pas présenté de troubles de l'humeur d'intensité suffisante susceptible de justifier une diminution de rendement et/ou de travail. A cet argument, il convient d'abord d'objecter que l'affirmation de la Dresse D._____ d'une rémission complète, abrupte et durant dix ans des syndromes dépressifs et douloureux ne repose sur aucune observation clinique ou constatation médicale objective. A cela s'ajoute que, contrairement à cet avis péremptoire, celui du Dr C._____, qui se borne à qualifier la rémission de "plus ou moins totale", se fonde sur une approche nuancée du cas au regard de l'anamnèse, motivée par le fait que l'affection psychique était présente depuis l'enfance, ce qui n'est pas contesté, et permet dès lors de considérer que le syndrome douloureux restait "notoirement présent" durant la période en question. En ce sens,

- 21 - dans la mesure où il est établi que les troubles psychiques ont connu une évolution fluctuante ayant finalement conduit à une rechute sévère nécessitant une nouvelle prise en charge thérapeutique en 2008, l'avis du Dr C. _____ s'avère fondé sur une motivation médicale plus plausible que celle consistant à postuler une disparition abrupte et une absence totale de tout impact d'un trouble toujours présent sur le comportement et le rendement de l'intéressée. En d'autres termes, dès lors qu'il est établi que la problématique psychique est présente depuis l'enfance, avec traitement médical, il est vraisemblable (cf. consid. 2e supra), en présence d'affections somatiques évolutives et dès lors que les facteurs anxio-dépressifs sont liés à celles-ci, que la rémission n'ait pas été complète, mais uniquement "plus ou moins totale", et donc que, nonobstant l'interruption d'un suivi médical et d'un traitement médicamenteux sur ce plan à la fin 1997, l'état de santé psychique soit resté empreint de ces troubles, à tout le moins que ceux-ci aient eu une incidence sur le rendement au travail, comme retenu par le Dr C. _____. La Cour de céans est ainsi d'avis que les conclusions ressortant du rapport complémentaire des experts judiciaires sont convaincantes et considère en définitive que de mai 2004 à décembre 2007, la recourante bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 25% (activité exercée à 50% avec une diminution de rendement de 25%) dans sa part d'active. c) Cela étant, il y a matière à distinguer les périodes suivantes en fonction des divers taux d'invalidité présentés par la recourante; aa) Pour la période du 1er mai 2004 au 31 mars 2008: Au terme du délai d'attente d'une année courant depuis le début de la longue maladie en mai 2003 (soit en mai 2004) jusqu'à la fin mars 2008 (délai de trois mois après l'aggravation survenue à fin 2007 pour l'accroissement du droit aux prestations, cf. art. 88a al. 2 RAI [Règlement

- 22 - sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]), le degré d'invalidité global s'établit comme il suit: Activité Part Empêchement Degré partielle d'invalidité Active 80% 75% 60% Ménagère 20% 11,1% 2,22% Degré 62,22% d'invalidité Au final, le degré d'invalidité de 62,22% ouvre le droit à trois quarts de rente du 1er mai 2004 au 31 mars 2008. bb) Pour la période du 1er avril 2008 au 31 juillet 2010: A compter du 1er août 2010, la recourante dispose d'un statut d'active à 100%. Durant cette période, en raison de l'aggravation de son état de santé, sa capacité de travail résiduelle n'est plus que de 15% (exigibilité médicale de 20% avec une diminution de rendement de 25%). Pour la période considérée, le degré d'invalidité global s'établit comme il suit: Activité Part Empêchement Degré partielle d'invalidité Active 80% 85% 68% Ménagère 20% 11,1% 2,22% Degré 70,22% d'invalidité Au final, le degré d'invalidité de 70,22% ouvre le droit à une rente entière du 1er avril 2008 au 31 juillet 2010. cc) Pour la période depuis le 1er août 2010: Celle-ci excède le champ de la décision attaquée rendue le 13 février 2009 de sorte qu'il n'y a pas lieu pour la Cour à statuer sur cette question dans le cadre du présent recours, déposé le 16 mars 2009. Il revient par conséquent à l'intimé de statuer sur le sort des prestations à servir à la recourante.

- 23 - 4. En définitive, il y a lieu de faire droit aux dernières conclusions de la recourante, la décision sur opposition rendue le 13 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud étant réformée en ce sens que X. _____ a droit à trois quarts de rente du 1er mai 2004 au 31 mars 2008, puis à une rente entière à compter du 1er avril 2008. 5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36), des frais de

procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, tels les offices AI. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD) qu'il y a lieu de fixer à 3'500 fr. à la charge de l'OAI débouté. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 24 - I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 13 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X. _____ a droit à trois quarts de rente du 1er mai 2004 au 31 mars 2008, puis à une rente entière à compter du 1er avril 2008. III. X. _____ a droit à une indemnité de dépens de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. Le président : Le greffier :
Du

- 25 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.