

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourante, représentée par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 17 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, est mariée et mère de quatre enfants nés entre 1999 et 2012. Sans formation professionnelle, elle a exercé des activités de femme de ménage à temps partiel dès 2006 et été engagée en 2011 par la société A._____SA où elle travaillait 6h40 par jour, cinq jours par semaine.

A la suite d'un voyage dans son pays d'origine, [...], en fin d'année 2012, elle a développé une symptomatologie caractéristique d'un état de stress post-traumatique. Une incapacité totale de travail a été prononcée par son médecin généraliste traitant, la Dresse E._____, dès le 12 avril 2013.

B. En date du 4 décembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie, B._____SA, ainsi que des renseignements médicaux auprès de la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'Association C._____. Cette dernière a fait état du diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) avec des troubles de la perception, sous forme d'hallucinations auditives. L'incapacité totale de travail demeurait complète et le pronostic réservé (cf. rapport du 25 février 2014, cosigné par F._____, psychothérapeute).

Après consultation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 15 janvier 2015, l'expert a retenu un trouble état de stress post-traumatique, à la limite inférieure du seuil diagnostique, lequel avait

justifié une incapacité totale de travail pour la période restreinte s'étendant du 13 avril 2013 au 31 décembre 2014.

Une enquête économique sur le ménage a été diligentée par l'OAI. Le rapport d'enquête du 5 mai 2015 a mis en évidence que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait vraisemblablement poursuivi l'exercice d'une activité lucrative au taux de 75% et qu'elle avait rencontré des empêchements à hauteur de 18,6% dans l'accomplissement des tâches ménagères pour la période limitée correspondant à l'incapacité de travail reconnue par le Dr K._____.

C. Par projet de décision du 29 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juin 2014 et le 31 mars 2015. Cette prestation était fondée sur un degré d'invalidité de 80%, en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Suite à l'amélioration de l'état de santé observée par l'expert psychiatre dès janvier 2015, le taux d'invalidité était nul et le droit à la rente supprimé dès le 1^{er} avril 2015.

L'assurée, représentée par Asllan Karaj, a contesté ce projet, se prévalant d'un rapport établi par la Dresse D._____ et la psychothérapeute F._____ le 23 juillet 2015. Son état de santé ne s'était pas amélioré ; la symptomatologie restait sévère, alors que le pronostic était toujours réservé. Le droit à la rente entière devait donc être maintenu au-delà du 1^{er} avril 2015. Par ailleurs, en l'absence d'informations sur son état de santé global, un examen pluridisciplinaire devait être envisagé.

L'OAI, s'appuyant sur un avis du SMR du 6 août 2015, selon lequel aucun élément médical nouveau n'avait été porté à sa connaissance, a confirmé la teneur de son projet de décision par décision du 3 novembre 2015.

D. L'assurée, avec l'assistance de son mandataire, a déféré la décision du 3 novembre 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 décembre 2015. Elle a conclu à son annulation et au maintien du versement de la rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} avril 2015. Elle a derechef mis en exergue le rapport de la Dresse D._____ et de la psychothérapeute F._____ du 23 juillet 2015, tout en réitérant sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par réponse du 18 février 2016, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR _____ du 6 août 2015 pour faire valoir qu'une instruction complémentaire ne se justifiait pas et a conclu au rejet du recours.

Invitée à répliquer, l'assurée ne s'est pas déterminée plus avant, de sorte que la cause a été gardée à juger.

Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile aux termes du développement juridique ci-après.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 3 décembre 2015 contre la décision de l'intimé du 3 novembre 2015 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente depuis le 1^{er} avril 2015.

3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle

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.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 29 LAI prévoit que la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. L'art. 28a LAI précise que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en

entreprene une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

c) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA. (ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. a) En l'espèce, la décision litigieuse repose sur le rapport d'expertise du Dr K._____ du 15 janvier 2015. Ce dernier a certes rejoint les observations de la Dresse D._____ en termes diagnostiques, en retenant également un trouble état de stress post-traumatique. Il a cependant précisé que ce trouble était « à la limite inférieure du seuil diagnostique », exposant ce qui suit à cet égard :

[...] Dans le cas présent, l'intéressée dit avoir été battue, torturée et violée. Ce qu'elle dit avoir vécu est de nature à provoquer des troubles psychiques chez l'ordinaire des sujets qui y seraient exposé et un trouble état de stress post-traumatique, en particulier.

Au questionnement dirigé, l'assurée se plaint d'intrusions. Celles-ci n'ont plus de caractère récurrent. Le dernier flashback remonterait à « quatre mois » et les cauchemars ne surviendraient que quelques fois par mois, sans plus. Les pensées en rapport avec ce qu'elle dit avoir vécu à l'époque seraient plus fréquentes.

L'intéressée se plaint aussi de conduites d'évitement par rapport aux indices de ce qu'elle dit avoir vécu à l'époque : reportages ou films, certaines images. Elle dit qu'elle « ne regarde pas ». Elle rapporte cependant ce qu'elle dit avoir vécu, sans montrer les signes de détresse qui seraient attendus, même si le soussigné ne lui a pas demandé d'aller dans les détails. Il n'y a pas davantage de détachement affectif ou le numbing, qu'on voit dans certains états de stress post-traumatique graves. S'il subsiste des conduites d'évitement, elles ne sont par conséquent pas sévères.

L'intéressée rapporte des troubles du sommeil et des problèmes de concentration de peu de sévérité. Elle dit présenter des sursauts « depuis deux à trois mois ». Elle ne se montre pas en état d'alerte constamment sur ses gardes. Elle n'est pas anormalement irritable en séance. On peut tout au plus admettre des éléments d'activation neurovégétative mais pas une grave activation neurovégétative.

L'assurée rapporte enfin des hallucinations auditives. Il s'agit de voix qu'elle a eu beaucoup de difficultés à décrire. Elle donnait en fait l'impression qu'elle ne savait pas quoi répondre au questionnement serré sur la nature de ses hallucinations.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on peut admettre un trouble état de stress post-traumatique dans les suites du voyage [...] en 2012 ou 2013.

L'assurée était « très » mal quand elle a consulté à l'Association C. _____ en mai 2013. Il est probable qu'il y ait alors eu tous les critères requis en termes d'intrusion, de conduites d'évitement et d'activation neurovégétative, d'après les informations que l'expert a pu avoir à disposition.

Les troubles psychiques se sont par la suite amendés, comme c'est d'ailleurs l'évolution ordinaire dans ce type de rechute d'états de stress post-traumatique.

Ce qui est observé aujourd'hui, se situe aux limites inférieures du seuil diagnostique du trouble. Il est possible qu'il subsiste des hallucinations auditives, sans qu'il y ait de certitudes à ce sujet. [...]

En l'absence d'autres pathologies psychiatriques constatées et vu l'évolution favorable du trouble état de stress post-traumatique, l'expert a considéré que l'état de santé de l'assurée autorisait l'exercice d'une activité lucrative à plein temps dès le 1^{er} janvier 2015. Il a justifié ses conclusions en ces termes :

Dans le cas présent, l'intéressée a vraisemblablement présenté un tableau complet d'état de stress post-traumatique après son retour [...]. Le contexte du post partum du cadet a aussi pu jouer un rôle défavorable. Le trouble s'est amendé par la suite avec le temps qui a passé et le traitement mis en place. Ce qui est observé aujourd'hui se situe aux limites inférieures du seuil diagnostique.

Au départ et au vu des informations à disposition, le soussigné considère qu'il était justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique. Elle pouvait être de 100%.

Le trouble a évolué favorablement. Même s'il y a probablement des symptômes psychotiques en termes d'hallucinations auditives, l'intéressée n'a pas été malade au point de nécessiter des interventions d'urgence. Il n'y a pas eu de traitement ambulatoire lourd avec consultations très rapprochées ni de placement momentané dans une structure thérapeutique de jour ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Cette situation a pu être gérée avec les moyens ordinaires d'un traitement ambulatoire.

Votre assurée a d'ailleurs évolué favorablement. Elle n'a plus la présentation d'une personne souffrant de graves troubles. Elle dit qu'elle « va bien », en dehors des hallucinations.

Le fait qu'il subsiste des hallucinations, s'il en subsiste, n'est pas nécessairement corrélé à des limitations et à une incapacité de travail. Ce symptôme est ici isolé. L'intéressée n'a pas la présentation d'une psychotique. Les hallucinations en cause n'ont pas de caractère permanent. Elles disparaissent lorsque l'intéressée est avec des tiers. Elles ne déterminent pas des troubles du comportement. Elles ne sont pas à l'origine d'un délire.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on peut admettre une incapacité de travail psychiatrique de 100% à partir de la date du 13.04.2013 puisque c'est celle que votre dossier considère comme le début de cette incapacité. Il considère qu'on doit pour la suite admettre ce qui a été admis jusqu'ici, puisque

l'expert n'a pas les moyens de remonter le temps et de statuer après coup avec toute la fiabilité requise dans les conditions qui sont les siennes.

A partir du 01.01.2015, soit à partir du premier mois de la consultation d'expertise de 09.01.2015, le soussigné ne retient plus d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Le fait que l'intéressée ait de lourdes charges de famille n'est pas un problème médical stricto sensu et ne justifie pas une incapacité de travail en soi.

L'assurée dispose de ressources conséquentes. Elle s'est même montrée particulièrement résiliente, compte tenu de ce qu'elle dit avoir vécu. Elle a pu mener quatre grossesses à terme et n'a pas présenté de troubles psychiques dans la période sensible du post partum de ses trois premiers enfants. Elle a assumé ses responsabilités de mère de famille à côté d'une activité professionnelle à l'extérieur. Le status psychiatrique actuel est par ailleurs rassurant. L'impression globale d'un clinicien expérimenté parle contre une situation où il subsisterait des troubles psychiques graves ou incapacitants en soi. [...]

En ce moment, le traitement correspond à ce qui est proposé dans un tel cas. L'intéressée n'est cependant pas observante de la prescription médicamenteuse, quoi qu'elle ait affirmé au soussigné à ce sujet. Ce problème doit être réglé par le médecin traitant.

Sur le plan purement psychiatrique, Mme Y._____ est certainement capable de reprendre immédiatement son activité professionnelle en plein. Le soussigné n'a par conséquent pas de mesures professionnelles à proposer.

b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr K._____, étant souligné que le rapport d'expertise du 15 janvier 2015 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport d'expertise est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée du diagnostic retenu après confrontation des éléments relatés par la psychiatre traitante de la recourante. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. On ajoutera que les difficultés rencontrées par l'expert à obtenir des informations précises et fiables de la part de la recourante ne justifient pas de douter de la pertinence de ses conclusions, alors qu'il a expressément souligné avoir eu à disposition les informations suffisant à répondre aux questions de l'intimé (cf. rapport d'expertise du Dr K._____ du 15 janvier 2015, p. 3 sous rubrique « Préambule »).

c) Dans ce contexte, le rapport établi le 23 juillet 2015 par la Dresse D._____ et la psychothérapeute F._____, au demeurant extrêmement succinct, ne permet pas d'ébranler le point de vue de l'expert. Singulièrement, les observations cliniques relatées sont pour l'essentiel superposables à celles mises en exergue par le Dr K._____. Les praticiennes précitées ont en effet insisté sur les hallucinations auditives évoquées par la recourante, sans constater de « constructions délirantes » ou d'élément particulier « au niveau de la pensée ». Leurs considérations ne font état d'aucun élément inconnu ou justifiant des restrictions dans l'exercice d'une activité lucrative. On relèvera en outre que la Dresse D._____ et la psychothérapeute F._____ ne se sont pas exprimées sur la teneur de l'expertise du Dr K._____ et qu'elles n'ont communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par ce dernier. Partant, le rapport du 23 juillet 2015 sur lequel s'appuie la recourante, est manifestement insuffisant pour infirmer les conclusions du Dr K._____.

d) Eu égard à la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée par la recourante, une telle mesure d'instruction s'avère superflue en l'absence de tout indice au dossier qui permettrait d'envisager une atteinte à la santé de la sphère somatique. La recourante elle-même n'allègue d'ailleurs pas être atteinte dans sa santé physique.

e) En définitive, il s'agit de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amendé à compter du 1^{er} janvier 2015, l'incapacité totale de travail ayant pris fin à cette date aux dires d'expert. Partant, l'intimé était légitimé à supprimer la rente entière d'invalidité servie à la recourante avec effet au 1^{er} avril 2015, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

6. On observera enfin que la recourante n'a formulé aucun grief contre l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ni contre la répartition des champs d'activités prise en compte dans ce contexte, pas plus que contre les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 5 mai 2015. Ces éléments ne prêtent du

reste pas flanc à la critique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les remettre en question.

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

b) Etant donné l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- M. Asllan Karaj, à Lausanne (pour Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :