

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. de Goumoëns et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

C. _____, à [...] (VD), recourante, représentée par Caroline Ledermann,
avocate, Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** C. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1969, mariée et mère de deux enfants, originaire du Portugal, est en Suisse sans interruption depuis le 12 janvier 1998. Elle travaillait depuis le 16 février 2001 comme ouvrière d'usine (conductrice de machine) à 100% pour la société Q. _____ SA à [...]. Elle exerçait en outre une activité accessoire en tant que nettoyeuse auxiliaire au Centre de psychiatrie [...], qui lui procurait des gains de l'ordre de 900 fr. par mois et qu'elle a dû arrêter pour raison de santé au 31 juillet 2002 (cf. le rapport initial du 10 février 2005). Souffrant de problèmes de dos, elle est en incapacité de travail, totale ou partielle, depuis le 30 octobre 2002. Elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, le 26 novembre 2003.

b) Dans un rapport médical du 12 décembre 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauche persistantes, de status après hémilaminectomie large L4-L5 droite le 3 mars 2003 pour cure de hernie discale paramédiane droite luxée sous ligamentaire avec sténose associée ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de tendinopathie de l'épaule gauche (insertion du sus-épineux). Il attestait d'une incapacité de travail de 100% du 30 octobre 2002 au 10 novembre 2002, de 50% du 11 novembre 2002 au 27 janvier 2003, de 100% du 28 janvier 2003 au 6 juillet 2003 et de 50% depuis le 7 juillet 2003. Il exposait qu'une intervention neurochirurgicale décompressive avait eu lieu le 3 mars 2003 sous la forme d'une hémilaminectomie large L4-L5 droite pour cure de hernie discale paramédiane droite luxée sous ligamentaire et sténose associée; les suites avaient été lentement favorables, mais compliquées par une tendinopathie de l'épaule gauche, correspondant au status et à l'IRM du 18 septembre 2003 à une atteinte de l'insertion du sus-épineux, sans autre lésion de la coiffe. La reprise de l'activité professionnelle à 50%

s'était déroulée de manière satisfaisante, à partir du 7 juillet 2003; par contre, la reprise du travail à 100% n'avait pas été possible en date du 6 octobre 2003 comme prévu, en raison de lombosciatalgies gauches. Le pronostic était réservé quant à la reprise complète de l'activité professionnelle, qui devrait pour le moins être orientée vers l'évitement de station debout prolongée ou de port de charges.

c) Dans un rapport médical du 3 mai 2004 adressé à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé le diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies persistantes sur status après cure de hernie discale L4-L5 (mars 2003). Il a relevé que suite à l'intervention de mars 2003, la composante de sciatalgies avait disparu; en revanche, perduraient des lombalgies de caractère mixte, à la fois mécaniques mais également avec des réveils nocturnes douloureux. Dans une activité qui permettait les mesures habituelles d'épargne rachidienne, la capacité de travail de l'assurée était d'en tout cas 70%, sans diminution de rendement.

Dans un rapport médical du 14 juin 2004 adressé à l'OAI, le Dr X._____ a estimé la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et à 50-75% dans une activité adaptée épargnant le dos, évitant le port de charges et la station debout.

Dans un avis SMR du 23 juillet 2004, le Dr M._____ a retenu sur la base des rapports des Drs X._____ et K._____ que l'exigibilité était de 75% au moins, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (port de charges au-delà de 5 kg; position statique assis/debout au-delà de deux heures; porte-à-faux; froid; échelles; travail en hauteur).

Le 10 février 2005, Q._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 avril 2005 en indiquant qu'il n'avait pas de poste à 50% à lui offrir à long terme.

d) L'assurée a effectué un stage d'évaluation professionnelle auprès du Centre de formation Afiro à Lausanne du 8 février au 7 mai 2006. Dans un rapport intermédiaire du 15 mai 2006, l'OAI indique ce qui suit:

"Selon les responsables d'Afiro, les problèmes de santé liés à une surcharge de travail dans un cadre non adapté pourraient prêter à la capacité de notre assurée à s'investir sur un travail à long terme. A l'issue du stage, ils estiment que sa capacité de travail est inférieure à 75%, soit plutôt de l'ordre de 60%. Nous avons toutefois bien précisé, tant aux intervenants du Centre qu'à l'assurée, que l'exigibilité de 75% avait été fixée médicalement comme un minimum envisageable (cf. avis SMR du 23.07.2004). Après discussion, ils confirment que cette exigibilité doit pouvoir être atteinte, tenant compte du fait que durant le stage Afiro, l'assurée devait encore assumer de longs trajets en transports publics.

Selon les intervenants d'Afiro, C._____ n'est pas en mesure d'envisager une activité professionnelle autre qu'en milieu industriel. L'activité devrait être exempte de port de charges et permettre l'alternance des positions (p. ex. contrôleur dans une chaîne de production)."

L'assurée a contesté l'exigibilité de 75%, estimant être capable de travailler à 50%. Le Service emploi de l'OAI a ainsi considéré dans un rapport final du 13 avril 2007 qu'une aide au placement n'était pas envisageable en raison de la mauvaise collaboration de l'assurée.

B. a) Le 27 août 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a exposé que selon les renseignements médicaux au dossier, l'assurée présentait diverses incapacités de travail de façon continue depuis le 30 octobre 2002; elle présentait une capacité de travail réduite de 50% dans l'exercice de sa profession habituelle, mais une capacité de travail de 75% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans une activité sans port de charge de plus de 5 kg, sans position statique assise/debout au-delà de deux heures, sans travail en hauteur ni en porte-à-faux du tronc. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité devait être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultaient des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé

(production et services), soit en 2002, 3'820 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires année 2002, TA niveau de qualification 4). Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2002 (41,7 heures, alors que les données ESS sont fondées sur une durée hebdomadaire de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1,40%) on obtenait un revenu annuel de 48'457 fr. 23 en 2003, année d'ouverture du droit éventuel à la rente. Compte tenu d'une activité exercée à 75% et d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalidé s'élevait en définitive à 32'708 fr. 60. La comparaison de ce revenu avec celui auquel l'assurée aurait pu prétendre en 2003 sans atteinte à la santé (39'000 fr.) aboutissait à une perte de gain de 6'291 fr. 40 et donc à un degré d'invalidité de 16,13%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

b) L'assurée, représentée par l'avocate Monique Gisel, a contesté ce projet de décision par courrier du 25 septembre 2007, en sollicitant notamment une expertise interdisciplinaire.

L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au CEMed (COMAI) de [...]. Cette expertise a été effectuée les 10 janvier et 5 mars 2008 par la Dresse S._____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, et par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; elle a donné lieu à un rapport du 9 avril 2008, dont il ressort ce qui suit:

"Plaintes actuelles

Sur le plan somatique en premier lieu l'assurée décrit les douleurs lombaires qui sont présentes en barre lombaires basses, au niveau des crêtes iliaques plutôt, non latéralisées, pas impulsives, n'irradient pas au niveau des membres inférieurs. Les douleurs sont présentes en permanence d'intensité moyenne, elles sont exacerbées par les longues stations debout au-delà d'une heure, les longues stations assises au-delà d'une heure et la marche également au-delà d'une heure. Toute activité ménagère doit être également entrecoupée en raison des douleurs lombaires, par exemple le repassage, la cuisine ou les nettoyages afin de se ménager des périodes de repos.

(...)

En quatrième lieu, l'assurée décrit des douleurs de l'épaule gauche survenues quelques mois après l'opération de mars 2003, sans facteur déclenchant, douleurs non présentes au repos, mais présentes lorsqu'elle effectue des mouvements d'abduction et d'antépuulsion avec une légère restriction de mobilité active notée par la patiente, ainsi qu'une exacerbation des douleurs au port de charge et au décubitus latéral gauche prolongé, durant la nuit par exemple. Néanmoins les douleurs restent modérées puisque la patiente n'a jamais sollicité de traitement autre que des anti-inflammatoires ces derniers temps.

(...)

VI. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale:

C. _____ est une assurée de 39 ans d'origine portugaise, sans formation professionnelle, mère de deux enfants de 18 et 8 ans, en Suisse depuis 1993. Elle a été opérée d'une hernie discale L4-L5 latéralisée à droite occasionnant une sciatgie L5 droite. Les suites opératoires ont été modérément favorables puisque les douleurs du membre inférieur droit ont disparu mais les douleurs lombaires ont subsisté jusqu'à aujourd'hui. D'autre part, l'assurée décrit d'autres douleurs à savoir des douleurs de l'épaule gauche sur tendinopathie du sus-épineux, des douleurs du coude gauche sur une arthrose débutante suite à une fracture de la tête radiale datant de 1993 ainsi que des douleurs cervicales basses plutôt latéralisées à gauches et occasionnelles.

Dans ce contexte de douleurs articulaires multiples différents essais de reprise de travail se sont soldés par un échec, la patiente ne pouvant exercer d'autres activités qu'une activité professionnelle non qualifiée donc physiquement astreignante.

Cette présente expertise est demandée afin d'obtenir des renseignements médicaux plus actuels, en effet la plupart des certificats médicaux datent d'avant 2004.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique, on peut retenir ce jour des lombalgies modérément invalidantes, survenant après de longues stations assises debout ou la marche après une heure ainsi que des douleurs de l'épaule gauche et du coude gauche survenant lors de travaux astreignant du membre supérieur gauche chez une patiente droitière. Néanmoins l'examen clinique est quasiment normal si l'on excepte une raideur du segment lombaire, la fonction de l'épaule et du coude gauches est normale.

Compte tenu de tout ce qui est survenu dans l'histoire clinique de cette assurée: fracture du coude ostéosynthésée, hernie discale opérée, tendinite de l'épaule gauche transitoire - on peut admettre que l'évolution est très favorable sur le plan global. La souffrance du nerf sciatique droit a été levée par l'opération, la fracture de la tête radiale gauche a été remarquablement bien ostéosynthésée et la tendinite de l'épaule gauche a régressé spontanément. Il ne subsiste qu'une raideur lombaire objective et des douleurs résiduelles de

l'épaule et du coude gauches avec un examen clinique strictement normal.

Dans ce contexte, la reprise d'une activité professionnelle est tout à fait envisageable ceci avec quelques limitations. Les anciennes activités d'aide en cuisine et nettoyage qui sont bimanuelles ne sont plus possibles, celle de conductrice de machine probablement non plus, mais nous ne connaissons pas la définition du poste de travail.

L'activité professionnelle adaptée ne doit pas impliquer au niveau du membre supérieur gauche de port de charges au-delà de 5 kg, ni de mouvements répétitifs, ni par ailleurs de flexions antérieures du tronc fréquentes. Avec ces limitations, l'exigibilité est de 100%, sans diminution de rendement.

Sur le plan psychique, présence d'un syndrome dépressif avec manifestations subjectives (fatigue, anhédonie partielle, tristesse) et objectives (tristesse). Le trouble atteint le degré d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10, qui peut être qualifié de léger à moyen sans syndrome somatique, car si certains symptômes du syndrome somatique sont présents, ils ne sont pas en nombre suffisant selon les critères de la CIM-10.

Le trouble dépressif peut diminuer un peu l'énergie et la motivation, mais cependant pas au point de limiter durablement le rendement ou la capacité de travail.

Conclusions:

Sur le plan somatique, la capacité de travail est de 100% avec les limitations décrites plus haut.

Sur le plan psychique, présence d'un trouble dépressif modéré, qui ne devrait pas limiter de manière significative la capacité de travail ou le rendement.

(...)

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Lombalgies résiduelles post cure de hernie discale, depuis 2003.

Ancienne fracture du coude gauche ostéosynthésée en 1993, avec discret modelé arthrosique radiologique.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Cervicalgies basses depuis 2004

Episode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.10), présent anamnestiquement depuis deux ans.

Antécédent de tendinopathie de l'épaule gauche, depuis 2004."

c) Dans un avis SMR du 24 avril 2008, le Dr M._____ indique que dans la mesure où les experts, qui retiennent une exigibilité de 100% et donc différente de celle de 75% donnée en juillet 2004, n'apportent pas la preuve d'une amélioration de l'état de santé, il convient d'en rester à une exigibilité de 75%. Dans un nouvel avis SMR du 5 août 2008, le Dr M._____ admet avoir commis une erreur de raisonnement en ne retenant pas la pleine capacité de travail dans une activité adaptée; il convient dès lors de suivre les conclusions des experts et de retenir que la capacité médicalement exigible dans une activité adaptée est bien de 100% avec un plein rendement.

d) Le 20 août 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 27 août 2007 (cf. lettre B.a supra). Dans une lettre d'accompagnement également datée du 20 août 2008, il a pris position comme suit sur les griefs que l'assurée avait soulevés dans sa contestation du 25 septembre 2007:

L'expertise pluridisciplinaire ordonnée au Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) de [...] conformément à la demande de l'assurée conclut que celle-ci dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et non de 75% comme l'avait précédemment évalué le SMR sur la base de l'avis des médecins. S'agissant du revenu sans invalidité, il y a effectivement lieu de tenir compte dans sa fixation du revenu réalisable dans l'activité accessoire de nettoyeuse au CP[...]. Compte tenu d'un salaire horaire 2003 de 16 fr. 20, de 541 heures/an (soit 25% de taux d'activité), le revenu annuel se serait élevé à 10'284 fr. après ajout du 13^e salaire et des vacances (cf. communication interne du 18 juillet 2008). S'agissant du gain réalisable comme ouvrière d'usine, il s'élève, selon le rapport employeur du 4 décembre 2003, à 39'000 fr. pour l'année 2003 (année d'ouverture hypothétique du droit à la rente). Le revenu sans invalidité s'élève donc à 49'284 fr. (39'000 fr. + 10'284 fr.).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué en tenant compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme indiqué dans le rapport d'expertise établi par le COMAI le 9 avril 2008. Vu

le revenu de 48'457 fr. 23 ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé s'élève à 43'611 fr. Il n'y a pas lieu d'effectuer une réduction supplémentaire pour un autre motif que les limitations fonctionnelles. En effet, l'assurée n'est âgée que de 39 ans. De nationalité portugaise et détentrice d'un permis B - si ce n'est C -, elle travaille en Suisse depuis 1993; enfin, si ses aptitudes ne lui permettent pas d'effectuer une formation scolarisée, une formation pratique de type mise au courant était tout à fait dans ses cordes (cf. rapport d'orientation professionnelle du 2 août 2006).

En outre, il est fort vraisemblable que l'état de santé de l'assurée ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité accessoire adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple des nettoyages légers de bureaux (téléphones, ordinateurs, plans de travail). Dans une telle activité, la rémunération horaire s'élevait à 15 fr. 20 en 2003 (source: CCT 2003 pour la branche nettoyage, personnel effectuant des travaux légers). Pour la même base horaire que l'établissement du revenu sans invalidité, soit 541 heures par an, le revenu réalisable s'élèverait ainsi à 9'649 fr.

Vu ce qui précède, un revenu d'invalidé de 43'611 fr. n'apparaît pas déraisonnable et peut ainsi être retenu comme correspondant à l'ensemble des possibilités de gain de l'assurée sur un marché du travail équilibré. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 49'284 fr. et celui d'invalidé de 43'611 fr. donne un degré d'invalidité de 12%, nettement inférieur au seuil minimum de 40% ouvrant le droit à la rente.

C. **a)** L'assurée, alors représentée par Me Monique Gisel, recourt contre cette décision par acte du 23 septembre 2008. Elle estime que le rapport du COMAI de [...] considère à tort que les douleurs cervicales sont sans importance sur la capacité de travail; elle se réfère à cet égard au rapport du Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie, consulté comme médecin spécialiste par le médecin traitant, qui souligne

l'importance de la problématique des douleurs cervicales. Si le Dr V._____ ne s'est certes pas prononcé sur la capacité de travail, puisque cela ne lui avait pas été demandé, il a cependant considéré que les douleurs cervicales étaient très importantes au moment de son examen, ce qui contredit l'avis des experts du COMAI. Il conviendrait donc, comme le suggère le Dr V._____, d'effectuer une expertise complémentaire portant en particulier sur le problème cervical. La recourante critique encore le calcul de la comparaison des revenus et l'exigibilité d'une activité adaptée. Elle relève que les experts doivent évaluer si les atteintes à la santé observées n'ont pas pour conséquence première de supprimer l'exigibilité d'une activité supplémentaire de nettoyeuse exercée le samedi ainsi que plusieurs soirs par semaine. Elle relève en outre que son dernier salaire en usine est inférieur de 16,7% au salaire moyen statistique sur lequel a été calculé le revenu d'invalidé. En prenant en compte ce fait ainsi que le fait qu'une activité accessoire n'est plus exigible, on aboutit à un taux d'invalidité bien plus élevé que celui retenu par l'OAI. A titre de mesures d'instructions, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire. Sur le fond, elle conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle soit reconnue incapable de travailler de plus de 50% et donc mise au bénéfice de prestations correspondant à son invalidité.

A l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport de consilium adressé le 1^{er} septembre 2008 au Dr X._____ par le Dr V._____, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Je te remercie de m'avoir adressé cette patiente, que j'ai vue en consilium en date du 29.8.2008.

DIAGNOSTICS

- Cervico-scapulalgies G chroniques sur tendinite chronique du sous-et du sus-épineux, et discopathie C6-C7
- Lombalgies chroniques résiduelles, sur status après cure de hernie discale
- Condensation d'une arthrose du coude G, 14 ans après une fracture de la radiale gauche

(...)

Actuellement, elle [l'assurée] se plaint avant tout de douleurs scapulaires, sans exacerbation franche par rapport à ces dernières années, et la persistance de lombalgies, avec parfois une irradiation pseudo-sciatalgique dans les 2 fesses et la racine du MIG.

(...)

APPRECIATION: Ta patiente est donc connue pour des rachialgies chroniques communes prédominant au rachis lombaire bas, ainsi que des cervicalgies basses irradiant dans l'épaule gauche, depuis de nombreuses années. Elle a développé également des scapulalgies G, en relation avec une périarthrite de l'épaule, sans évidence de lésion de la coiffe autre qu'une simple tendinite. Les lombalgies qui ont persisté après la cure de hernie discale de 2003 sont fluctuantes, essentiellement de type mécanique, sans irradiation claire dans les MI. Quant aux scapulalgies G, je ne retrouve à l'examen clinique actuel aucun argument en faveur d'une rupture de coiffe. L'US confirme l'existence d'une simple tendinite chronique. Il existe par ailleurs probablement une composante cervicale, en relation avec une discopathie C6-C7 objectivée déjà sur IRM cervicale de 2005. A ce stade, aucune investigation supplémentaire ne me paraît nécessaire."

La recourante a également produit une lettre adressée le 18 septembre 2008 à son avocate par le Dr V. _____, dont la teneur est la suivante:

"Je n'ai pas eu le temps de me pencher en détail sur le rapport d'expertise de la patiente susnommée. Je constate toutefois que l'expert estime que les cervicalgies basses présentes depuis 2004 sont des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Or, lors de mon consilium du 29.8.08, c'est cette symptomatologie qui était mise en avant et qui justifiait le présent consilium. Il y a donc éventuellement matière à réévaluer l'expertise médicale, en insistant sur l'exacerbation ces dernières semaines de ce type de symptomatologie."

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans un complément de recours du 20 novembre 2008, la recourante, désormais représentée par Procap, service juridique, produit une lettre du Dr V. _____ du 10 novembre 2008, dont la teneur est la suivante:

"Je ne peux malheureusement pas vous fournir d'éléments supplémentaires par rapport à ceux que j'écrivais dans mon rapport de consilium du 1.9.2008 et dans mon petit mot du 18.9.2008 à Maître Gisel. En effet, le seul élément susceptible de justifier un recours auprès de l'AI est une exacerbation des cervico-scapulalgies

chroniques, qui ont motivé mon consilium. Il semble, sur la base de l'expertise, que cette symptomatologie n'était pas au premier plan lorsque la patiente a été examinée et que depuis elle se soit nettement exacerbée, au point d'être actuellement la symptomatologie principale, bien avant les lombalgies chroniques. Pour le reste, je n'ai jamais examiné la patiente dans le sens d'une expertise médicale, notamment d'une évaluation de la capacité résiduelle fonctionnelle en relation avec ses cervicalgies. Il serait donc souhaitable que la patiente soit revue par un expert de l'AI pour cette problématique."

Selon la recourante, il résulterait de ce document que depuis l'expertise du CEMed des 10 janvier et 5 mars 2008, où les douleurs au niveau du rachis cervical étaient décrites comme occasionnelles, il y a eu une nette aggravation de l'état de santé, aggravation qui était déjà survenue lorsque la décision attaquée du 20 août 2008 a été rendue. Le Dr V. _____ n'étant pas en mesure de donner des indications sur la capacité de travail résiduelle en relation avec les cervicalgies, il y aurait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise pour réactualiser les données médicales.

c) Dans sa réponse du 12 janvier 2009, l'OAI indique qu'il a soumis les pièces médicales du Dr V. _____ au SMR pour appréciation et qu'il se rallie à l'avis SMR du Dr M. _____ du 8 janvier 2008, dont il ressort ce qui suit:

"1) Dans la rubrique 'rappel anamnestique', le Dr V. _____ rapporte les scapulalgies G connues depuis 2003; je le cite: 'Actuellement, elle se plaint avant tout de douleurs scapulaires, sans exacerbation franche par rapport à ces dernières années et la persistance de lombalgies...'.
2) L'examen clinique, qui est pratiquement normal, est superposable (voir meilleur) à celui réalisé lors du COMAI, que ce soit pour l'épaule G ou pour la nuque.
3) Dans son appréciation, le Dr V. _____ confirme la présence d'une simple tendinite chronique, avec probable composante cervicale, situation ne justifiant pas d'investigation complémentaire; il propose un traitement conservateur dans la lignée de ceux appliqués jusqu'alors.
4) Les cervicalgies et scapulalgies G ont été retenues par les experts du COMAI comme non incapacitantes; cependant, les limitations fonctionnelles ont tenu compte des dites affections: port de charges au-delà de 5 kg avec le MSG, mouvements répétitifs du MSG.
Remarque: les cervico-scapulalgies G sont fluctuantes depuis plusieurs années: elles ne présentent objectivement pas les critères permettant d'envisager une diminution prolongée de la CT."

d) Dans sa réplique du 9 février 2009, la recourante confirme les conclusions du recours. Elle relève, concernant l'avis SMR du 8 janvier 2009, que si les douleurs scapulaires (de l'épaule) ne se sont le cas échéant pas franchement exacerbées par rapport à ces dernières années, tel ne semble pas être le cas depuis l'expertise du COMAI. La décision attaquée ne tient donc pas compte de l'état de santé actuel de la recourante, décrit par le Dr V. _____.

e) Dans sa duplique du 2 mars 2009, l'OAI indique qu'il n'a pas de réquisition particulière à formuler et qu'il attend le jugement à intervenir.

f) Le 14 juillet 2009, la recourante produit copie d'un rapport médical rédigé le 10 juillet 2009 à son attention par Dr X. _____, dont la teneur est la suivante:

"J'ai bien reçu votre demande de renseignements concernant du 6 juillet 2009 concernant la patiente susmentionnée, et y apporte les réponses suivantes:

1)

- Cervico-brachialgies gauches persistantes
- Lombalgies chroniques
- Status après hémilaminectomie large L4-L5 D le 3 mars 2003 pour cure d'hernie discale médiane droite luxée sous-ligamentaire avec sténose associée
- décompensation douloureuse d'une arthrose du coude G, 14 ans après fracture de la tête radiale G, ce sont donc les mêmes diagnostics figurant sur la lettre du 5 juin 2009.

2)

Les problèmes de santé occasionnés par les diagnostics ci-dessus ont une influence sur la capacité de travail en ce sens que les activités répétées du membre supérieur G sont limitées en quantité et en qualité. De même, les lombalgies chroniques contre-indiquent le port de charges répété et les stations debout prolongées.

3)

A mon avis, la capacité de travail résiduelle de C. _____ est de 50% dans une activité adaptée, sans usage répété du membre supérieur G, sans port de charge répété et sans station debout prolongée.

4)

Le pronostic est actuellement réservé, également subordonné à une prise en charge antalgique spécialisée, récemment organisée à [...]."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et applicable dès son entrée en vigueur aux causes pendantes devant les autorités de justice administrative (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2).

3. En l'espèce, la recourante reproche avant tout à l'OAI d'avoir retenu qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient donc d'examiner ce grief ci-après (cf. consid. 3b infra), après avoir rappelé les principes juridiques topiques à cet égard (cf. consid. 3a infra).

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Selon 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.

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 (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 2c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

b) En l'espèce, pour pouvoir déterminer quel était l'état de santé de la recourante et dans quelles activités et le cas échéant dans quelles proportions elle était incapable de travailler, l'OAI a mandaté le CEMed à [...] pour une expertise pluridisciplinaire indépendante, qu'il a confiée au CEMed (COMAI) de [...]. Le rapport d'expertise du 9 avril 2008, qui repose sur une analyse fouillée du dossier, contient une anamnèse complète dans laquelle les plaintes de l'assurée sont dûment prises en considération, expose les données objectives de manière systématique et contient une synthèse et discussion décrivant clairement l'appréciation de la situation médicale et aboutissant à des conclusions bien motivées, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une

pleine valeur probante puisse lui être accordée. Il ne contient par ailleurs pas de contradictions et les avis médicaux des médecins consultés par la recourante, soit le Dr X._____, médecin traitant, et le Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a vu la recourante en consilium à la demande du Dr X._____ postérieurement à la décision attaquée, ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et seraient propres à en remettre en cause les conclusions.

La recourante soutient que depuis l'expertise du CEMed des 10 janvier et 5 mars 2008, il y a aurait eu une nette aggravation de son état de santé sous la forme d'une exacerbation des cervico-scapulalgies chroniques; elle invoque à cet égard les avis du Dr V._____ des 1^{er} et 18 septembre 2008 et du 10 novembre 2008 (cf. lettres C.a et C.b supra) ainsi que le rapport médical du 14 juillet 2009 du Dr X._____ (cf. lettre C.f supra). A la lecture de ces avis médicaux, il n'apparaît toutefois pas que l'OAI aurait omis de prendre en considération dans sa décision des éléments importants qui existaient déjà lorsque cette décision a été rendue. En effet, dans son rapport de consilium du 1^{er} septembre 2008, le Dr V._____ mentionne des scapulalgies gauches, en relation avec une périarthrite de l'épaule, sans évidence de lésion de la coiffe autre qu'une simple tendinite, en précisant que l'examen clinique effectué le 29 août 2008 n'a mis en évidence aucun argument en faveur d'une rupture de coiffe et que l'ultrasonographie confirme l'existence d'une simple tendinite chronique; il expose que lors de l'examen clinique du 29 août 2008, la recourante se plaignait avant tout de douleurs scapulaires, "sans exacerbation franche par rapport à ces dernières années", et de la persistance de lombalgies; il ne se prononce par ailleurs pas sur l'influence de ces cervico-scapulalgies sur la capacité de travail de la recourante, estimant seulement qu'il y a "éventuellement matière à réévaluer l'expertise médicale en insistant sur l'exacerbation ces dernières semaines de ce type de symptomatologie" (lettre du 18 septembre 2008), en précisant qu'il s'agit là selon lui du "seul élément susceptible de justifier un recours auprès de l'AI" (lettre du 10 novembre 2008). Or les douleurs de l'épaule gauche, survenues après l'opération de mars 2003, sont déjà décrites dans l'expertise du CEMed et font partie des diagnostics retenus

par les experts. Le fait qu'ils soient cités sous "diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail" n'ôte rien à la constatation qu'ils ont été dûment pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante et de ses limitations fonctionnelles. Comme le relève en effet le Dr M._____ dans son avis SMR du 8 janvier 2009 (cf. lettre C.c supra), les limitations fonctionnelles décrites par les experts (activité ne devant pas impliquer au niveau du membre supérieur gauche de port de charges au-delà de 5 kg, ni de mouvements répétitifs, ni par ailleurs de flexions antérieures du tronc fréquentes) tiennent compte des cervico-scapulalgies. Dans la mesure où les constatations objectives faites par le Dr V._____ sont superposables à celles opérées par les experts du CEMed, rien ne permet de s'écarter des conclusions de ces derniers selon lesquelles la recourante conserve une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Quant au rapport du Dr X._____, médecin traitant, du 14 juillet 2009, il ne fait lui aussi état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts du CEMed, mais constitue simplement une appréciation différente d'une situation identique, dans la mesure où il estime que les diagnostics posés, dont celui de cervico-brachialgies gauches persistantes, ont une influence sur la capacité de travail en ce sens que les activités répétées du membre supérieur gauche sont limitées en quantité et en qualité (cf. lettre C.f supra), ce dont tiennent précisément compte les limitations fonctionnelles retenues par les experts du CEMed. Au surplus, le Dr X._____ avait déjà estimé en juin 2004 la capacité de travail de la recourante à 50-75% dans une activité adaptée (cf. lettre A.c supra) et son avis ne saurait prévaloir sur les conclusions bien motivées des experts du CEMed.

c) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

4. a) Comme on l'a vu (cf. consid. 3a supra), chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide devant être 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 (art. 8 al. 1 et 16 LPGA); en règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.4). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1; 126 V 75, consid. 3b/aa, et les références; TF 8C_677/2008 du 1^{er} avril 2009, consid. 2.3; 8C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1).

b) En l'espèce, l'OAI a retenu comme revenu sans invalidité un revenu de 49'284 fr. Ce montant comprend d'une part le gain réalisable comme ouvrière d'usine, lequel, selon le rapport employeur du 4 décembre 2003, se serait élevé à 39'000 fr. pour l'année 2003 (année d'ouverture hypothétique du droit à la rente), et d'autre part le revenu que la recourante aurait pu tirer de son activité accessoire de nettoyeuse au CP[...], lequel se serait élevé à 10'284 fr. Quant au revenu d'invalide, l'OAI l'a fixé à 43'611 fr. sur la base des chiffres ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), sur lesquels il a opéré un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles (cf. lettre B.d supra).

c) La recourante ne conteste pas ces chiffres dans leur quotité, de sorte que, dans la mesure où il n'apparaît pas qu'ils procéderaient

d'une constatation inexacte des faits pertinents, il n'y a pas lieu de les revoir.

En tant que la recourante soutient qu'il faudrait évaluer si les atteintes à la santé observées n'ont pas pour conséquence première de supprimer l'exigibilité d'une activité supplémentaire de nettoyeuse exercée le samedi ainsi que plusieurs soirs par semaine (cf. lettre C.a supra), son argumentation tombe à faux. En effet, l'OAI a dûment tenu compte dans le revenu sans invalidité du revenu accessoire réalisé comme nettoyeuse; il n'en a en revanche pas tenu compte dans le revenu d'invalidé, en accord avec les conclusions des experts du CEMed qui ont clairement indiqué que l'ancienne activité accessoire de nettoyeuse n'était plus possible en raison des atteintes à la santé (cf. lettre B.b supra).

5. Il reste ainsi à examiner l'argument de la recourante selon lequel il y aurait lieu de s'écarter, dans la fixation du revenu sans invalidité, du salaire effectivement réalisé en tant qu'ouvrière d'usine (39'000 fr. par année) dès lors que celui-ci est nettement inférieur au salaire moyen statistique sur lequel a été calculé le revenu d'invalidé (cf. lettre C.a supra).

a) Selon la jurisprudence, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1, et la référence). Le fait que le revenu avant invalidité ainsi déterminé constitue le cas échéant un revenu modeste en comparaison, notamment, du salaire d'invalidé supérieur ne justifie pas à lui seul de s'écarter du revenu que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé et de prendre en compte des valeurs statistiques (TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008, consid. 4.1). Toutefois, la jurisprudence permet à certaines conditions de prendre en considération le fait qu'un assuré réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité. Ainsi, lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à

la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer; en pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique; c'est une manière de sauvegarder le principe selon lequel l'assurance-invalidité n'a pas à compenser les pertes de salaire résultant de facteurs étrangers à l'invalidité (ATF 134 V 322, consid. 4.1; cf. ATF 129 V 222, consid. 4.4). Le Tribunal fédéral a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322 lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche; il peut alors – si les autres conditions sont réalisées – justifier un parallélisme des revenus à comparer, ce parallélisme devant porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297, consid. 6.1.2 et 6.1.3).

b) En l'espèce, le salaire sans invalidité que la recourante aurait réalisé sans invalidité en 2003 en tant qu'ouvrière d'usine s'élève à 39'000 fr. et apparaît donc inférieur de 19,5% au salaire habituel de la branche, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, qui s'élèverait à 48'457 fr. Toutefois, même si l'on devait admettre que la recourante ne désirait pas se contenter délibérément d'un revenu inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité, et que l'on devait pour ce motif prendre en considération, dans le revenu sans invalidité, un revenu comme ouvrière d'usine de 46'026 fr. (39'000 fr. + 7'026 fr. [soit 14,5% de 48'457 fr.]), ce qui porterait le revenu sans invalidité total à 56'310 fr. (46'026 fr. + 10'284 fr.), le degré d'invalidité résultant de la comparaison de ce revenu avec le revenu d'invalidité (43'611 fr.) ne serait que de 22,55% et donc toujours largement inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

Enfin, dès lors que la perte de gain provient principalement du fait que la recourante n'est plus à même, en raison de ses atteintes à la

santé, d'exercer une activité accessoire de nettoyeuse à 25% en plus d'un emploi principal à plein temps, sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par des mesures professionnelles, de sorte que le droit à de telles mesures n'apparaît pas ouvert en l'espèce.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Procap, service juridique (pour C. _____),
- 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: