

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann et M. Jomini
Greffière : Mme Matile

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 8, 16 LPGa; 28, 28a LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante marocaine née en 1963, mariée et mère de deux enfants nées en 2002 et 2005, sans formation, a travaillé en qualité de nettoyeuse auprès de N._____ SA et J._____ SA. Le 20 novembre 2006, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, indiquant présenter une atrophie partielle du membre inférieur droit avec raccourcissement et boiterie, ainsi que des lombalgies secondaires, précisant qu'une prise en charge du problème orthopédique était en cours auprès de l'Hôpital orthopédique à Lausanne, parallèlement à un suivi par le Dr W._____, médecine interne FMH, médecin traitant.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a demandé au Dr W._____ de compléter un rapport médical concernant l'assurée. Dans son rapport médical à l'OAI du 22 décembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles trophiques du membre inférieur droit avec micromélie, d'hypoplasie de l'hémi-bassin droit d'origine indéterminée, de tendinopathie d'insertion de la patte d'oie gauche avec vraisemblable bursite ansérine, de gonarthrose gauche modérée microcompartementale, d'hyperlordose et de scoliose lombaire, retenant encore le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de surcharge pondérale. Le Dr W._____ relevait que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% dès le 11 mars 2006 dans son activité de nettoyeuse et que son état s'aggravait. Sous la rubrique «thérapie/pronostic» de son rapport, il observait ce qui suit:

«Patiente de 43 ans travaillant comme nettoyeuse, connue depuis l'enfance pour une atrophie partielle et progressive du membre inférieur droit (MID) responsable d'une boiterie de Duchesne (ou de Trendelenburg) présentant depuis quelques mois d'importantes lombalgies et gonalgies gauches au repos et davantage lors des efforts physiques.

Les gonalgies gauches sont mises sur le compte d'une tendinopathie d'insertion de la patte d'oie qui a répondu transitoirement à une

infiltration d'un mélange d'anesthésique local et de corticoïde, ainsi qu'à une gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire débutante.

L'anomalie du MID est à mettre sur un possible syndrome post poliomyélite mais d'autres investigations (IRM lombaire) seront effectuées prochainement à la recherche d'une compression médullaire par l'Hôpital orthopédique à Lausanne, qui devrait faire également des propositions d'ordre thérapeutique (rééducation, moyens auxiliaires, ...).»

Dans l'annexe au rapport médical du 21 décembre 2006, le Dr W. _____ estimait que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement et que l'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. Il précisait que compte tenu de l'importance et de la non réversibilité des troubles séquellaires au membre inférieur droit associés à une déformation du rachis, une activité lucrative comprenant des efforts physiques même légers était à bannir, relevant que la patiente s'exprimait par ailleurs très mal en français et n'avait aucune formation professionnelle qualifiée. Dans son rapport médical concernant les capacités professionnelles du 17 décembre 2006, le Dr W. _____ estimait que la patiente ne pouvait demeurer en position assise plus de deux heures, et en position debout plus de trois à quatre heures. Elle ne pouvait conserver la même position du corps pendant longtemps, ni alterner les positions assis/debout/marche. Elle ne pouvait en outre pas exercer d'activité en position à genoux, en inclinaison du buste, en position accroupie, ni lever, porter, déplacer des charges de plus de trois à cinq kilos. Elle ne pouvait pas se baisser, effectuer de mouvements des membres ou du dos occasionnels/répétitifs, travailler en hauteur/sur une échelle, ni se déplacer sur un sol irrégulier. Il jugeait la motivation pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel faible et le risque d'absentéisme prévisible dû à l'état de santé important.

Dans un rapport médical du 21 décembre 2006 à l'OAI, le Dr H. _____, médecin assistant auprès de l'Hôpital orthopédique, a diagnostiqué chez l'assurée une hypoplasie de l'hémi-bassin droit, une hypoplasie et atrophie musculaire du membre inférieur droit, une insuffisance au niveau des abducteurs de la hanche droite et une scoliose dextro-convexe avec discarthrose étagée. Il observait qu'une atrophie

musculaire, des troubles sensitifs au niveau du membre inférieur droit et une diminution de la force avaient motivé une consultation spécialisée de neurologie pour suspicion de séquelles d'une poliomyélite. Cet examen, qui avait eu lieu le 6 décembre 2006, concluait à un syndrome post poliomyélite, avec proposition de compléter le bilan par une IRM de la colonne dorsolombaire.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 20 février 2007 par N. _____ SA, l'assurée travaillait depuis le 28 avril 2005 auprès de cette société à raison de deux heures par jour, six jours pas semaine, au salaire horaire de 16 francs.

Interpellée par l'OAI le 8 décembre 2006, l'assurée a indiqué qu'elle percevait des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail depuis le 20 septembre 2006 et était assurée en perte de gain auprès de Q. _____.

Les 15 décembre 2006 et 9 janvier 2007, en remplissant la formule AI 531 bis, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% pour des motifs financiers et par intérêt personnel.

Dans une communication du 7 février 2007, Q. _____ a informé l'OAI que l'assurée percevait des indemnités journalières depuis le 12 octobre 2006. Un certificat médical du Dr W. _____ du 22 décembre 2006 était joint à cet envoi. Il en ressortait notamment que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 20 au 25 mai 2006 et dès le 11 septembre 2006 pour une durée indéterminée.

Par communication du 4 avril 2007, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi de prestations seraient réexaminées à l'échéance du délai d'attente, soit dès le 11 septembre 2007, dans la mesure où l'office constatait que selon les renseignements en sa possession, elle était en incapacité de travail et de gain à 100% depuis le 11 septembre 2006.

A l'occasion d'un entretien du 24 avril 2007 auprès de Q._____, l'assurée a notamment expliqué que son activité au sein de N._____ SA consistait à faire deux heures par jour de ménage, et qu'elle ne faisait désormais plus rien à la maison, restant cloîtrée chez elle.

Selon le questionnaire de l'employeur N._____ SA du 24 mai 2007, l'assurée présentait depuis le 2 décembre 2006 une incapacité de travail de 100 pour-cent et avait réalisé un gain annuel de 9'363 fr. en 2005 et de 8'340 fr. en 2006.

Dans son rapport médical du 16 novembre 2007 à l'OAI, le Dr W._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de probable syndrome post poliomyélite du membre inférieur droit, d'hypoplasie de l'hémi-bassin droit, de tendinopathie d'insertions de la patte d'oie gauche, de gonarthrose gauche, d'hyperlordose et de scoliose lombaire, retenant encore les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de surcharge pondérale et de troubles de l'humeur. Le Dr W._____ relevait que sa patiente présentait toujours une incapacité de travail de 100% dès le 11 mars 2006 dans son activité de nettoyeuse. Le pronostic était réservé compte tenu de l'absence de guérison possible et de la chronicisation des douleurs nécessitant la prise quotidienne d'antalgies et maintenait son appréciation du 21 décembre 2006 dans l'annexe au rapport médical du même jour. Etais joint au rapport médical du Dr W._____ un rapport médical qui lui avait été adressé le 14 juin 2007 par le Dr K._____, médecin interniste et rhumatologue FMH, qui posait les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes et de gonarthrose gauche, ainsi qu'un rapport médical du 9 juillet 2007 du Dr K._____, qui proposait l'abstention de toute approche chirurgicale en l'absence d'atteinte neurologique active mais suggérait un traitement de rééducation au long cours, visant dans un premier temps à rééquilibrer activement les déficiences musculo-squelettiques et à remobiliser l'ensemble des membres inférieurs.

Le Dr L._____, FMH rhumatologie et médecine interne, a effectué une expertise de l'assurée sur demande de Q._____. Selon son

rapport d'expertise du 18 novembre 2007, l'activité de femme de ménage était contre-indiquée à partir de septembre 2006 compte tenu des troubles statiques et dégénératifs, du syndrome neurologiques avec d'importants troubles de la marche, des travaux contraignants pour le dos nécessitant des ports de charges, des déplacements et des travaux en flexion-rotation du tronc. Sur le plan somatique, le Dr L._____ a relevé qu'une activité épargnant le rachis et les membres inférieurs serait envisageable, en l'absence de pathologie des membres supérieurs. Néanmoins, compte tenu de l'état psychologique de l'assurée, une incapacité de travail de 100%, quelle que soit l'activité envisagée, lui paraissait justifiée, indiquant qu'une évaluation psychiatrique serait au besoin justifiée. S'agissant du déroulement d'une journée actuelle de l'assurée, le Dr L._____ a relevé qu'elle se levait vers 8h00, accompagnait sa fille à l'école, puis prenait son petit déjeuner, préparait le repas de midi, faisait un peu de ménage, sortait parfois voir son frère ou sa sœur, et restait autrement assise dans un fauteuil ou allait s'allonger sur le canapé.

Dans un avis médical du 19 mai 2008 du Service médical régional AI (ci-après: SMR), la Dresse G._____ a indiqué qu'il conviendrait de procéder à un examen psychiatrique auprès du SMR afin d'évaluer la présence chez l'assurée d'une pathologie psychiatrique invalidante et ses répercussions sur la capacité de travail.

L'assurée a été examinée le 25 juin 2008 par la Dresse U._____, psychiatre auprès du SMR. Selon le rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 30 juin 2008 par les Dresses U._____ et T._____ du SMR, l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle à caractère incapacitant, les quelques traits dépressifs présents lorsque l'assurée était confrontée à son bilan existentiel actuel étant discrets et ne permettant pas de retenir un trouble spécifique dans ce registre. La Dresse U._____ a écarté le

diagnostic de syndrome somatoforme persistant dès lors que la douleur présentée par l'assurée était de nature organique et qu'elle souffrait d'une pathologie somatique depuis l'enfance. La Dresse U._____ a conclu que, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et que sa capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité adaptée à la problématique rachidienne et des membres inférieurs.

Dans un rapport médical du 14 juillet 2008, la Dresse G._____ du SMR a relevé que sur la base des pièces médicales et en se référant essentiellement au rapport d'expertise rhumatologique du Dr L._____ ainsi qu'au rapport d'examen psychiatrique SMR, il ressortait que l'assurée présentait des séquelles d'une très probable poliomyélite contractée dans l'enfance. Depuis 2006, l'aggravation de la symptomatologie et le développement d'une gonarthrose gauche et de troubles statiques et dégénératifs du rachis contre-indiquaient l'activité de femme de ménage. Sur le plan psychiatrique, l'examen ne montrait aucune pathologie invalidante. La Dresse G._____ concluait que la capacité de travail étant entière dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 22 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, dont la perte de gain s'élevait, après comparaison des revenus avec invalidité (47'763 fr. 80) et sans invalidité (50'277 fr. 70), à 2'513 fr. 90, ce qui représentait un degré d'invalidité de 4,99% qui, inférieur à 40%, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 1er septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Le Dr W._____, déclarant agir au nom de sa patiente E._____, a recouru le 30 septembre 2008 contre cette décision. Il a conclu à son annulation et à ce que sa patiente soit convoquée dans les meilleurs délais afin que la décision à intervenir se base sur des éléments rationnels et non pas sur la simple étude du dossier. En substance, il fait valoir qu'il est inadmissible que l'assurée n'ait pas été examinée

physiquement par un médecin et n'ait bénéficié que d'une consultation auprès d'un médecin psychiatre. Sur requête du magistrat instructeur, l'assurée a contresigné le recours déposé par son médecin traitant.

Dans sa réponse du 2 avril 2009, l'OAI propose le rejet du recours, faisant valoir que la décision se fonde sur une instruction médicale complète, à savoir une expertise rhumatologique du 18 novembre 2007 effectuée par le Dr L. _____ à la demande de l'assurance perte de gains de la recourante, ainsi que sur un examen psychiatrique réalisé au SMR le 25 juin 2008.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Dans son recours, E. _____ estime qu'il est choquant qu'une mesure de refus de rente ait été prise à son encontre alors qu'elle n'a jamais été examinée physiquement par un médecin et n'a bénéficié que d'une consultation auprès d'un médecin psychiatre. Elle sollicite

l'annulation de la décision attaquée et demande à être convoquée dans les meilleurs délais afin qu'une décision soit prise sur la base d'éléments rationnels et non pas sur la simple étude du dossier.

La cour de céans n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA) et contrôle l'application du droit fédéral. Dans le cas particulier, il s'impose avant tout de choisir la bonne méthode d'évaluation de l'invalidité et de faire en fonction de cela les constatations pertinentes. A cet égard, les "empêchements ménagers" devront aussi, le cas échéant, être appréciés d'un point de vue médical. Les griefs exposés dans le recours, même s'ils le sont de manière sommaire, doivent ainsi être interprétés comme une critique générale de l'appréciation qui a été faite de l'état de santé de la recourante et l'instruction doit porter sur tous les éléments pertinents en fonction du statut de l'intéressée, qui exerçait jusqu'en septembre 2006 une activité tant salariée que ménagère.

3. a) Aux termes 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

b) 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 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).

Enfin, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, 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 (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; cf. TF 9C_713/2007 du 8 août 2008). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3; 125 V 146). Ces principes n'ont pas été modifiés à la suite de l'entrée en vigueur de la 5e révision de la LAI, le 1er janvier 2008 (cf. art. 28a LAI).

Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins

donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

4. En l'occurrence, l'office intimé a retenu que l'assurée aurait travaillé à plein temps, et, partant, a appliqué la méthode générale de comparaison des revenus.

Or la recourante a indiqué à deux reprises à l'OAI, les 15 décembre 2006 et 9 janvier 2007, que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à temps partiel à raison de 50 pour-cent. Les questionnaires produits par l'employeur confirment au demeurant que la recourante exerçait une activité à temps partiel, qui paraît également être justifiée par le fait qu'elle est mère de deux enfants nées en 2002 et 2005.

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

En l'espèce, les déclarations de la recourante à l'OAI et les rapports de l'employeur constituent un moyen de preuve pertinent - vu l'application sur ce point du critère de la vraisemblance prépondérante - pour déduire la volonté hypothétique de l'assurée. Cet élément aurait dû être pris en compte par l'office intimé. Il n'apparaît en outre pas au vu des pièces du dossier que la situation financière de l'assurée se soit modifiée. Elle n'a au demeurant pas allégué ni cherché à établir par la suite en cours de procédure que les revenus tirés d'une activité exercée à 50% ne lui auraient pas suffi pour couvrir ses besoins.

En conséquence, l'invalidité de l'assurée aurait dû être évaluée au moyen de la méthode mixte applicable aux personnes qui exercent une activité à temps partiel (art. 28a LAI).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours est fondé et qu'il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une évaluation au moyen de la méthode mixte après enquête ménagère (cf. notamment, à cet égard, la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité [CIIAI], valable dès le 1^{er} janvier 2010, ch. 3081 ss) puis rende une nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En l'espèce, la recourante obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Dans la mesure où elle n'a pas obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 1^{er} septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :