

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Zbinden et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

A. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 4, 7 et 16 LPGA; 4 LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après: l'assurée), née le 29 mars 1967, mariée et mère de deux enfants, nés en 1987 et 1993, a présenté à l'AI en octobre 2006 une demande de rente partielle en raison d'une aggravation de ses troubles dépressifs. L'assurée avait déjà déposé une première demande en novembre 2000, au motif d'une fibromyalgie. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) avait rejeté sa demande (décision sur opposition du 11 mai 2005), considérant que son atteinte n'était pas invalidante.

b) L'OAI a accepté d'entrer en matière, estimant que l'assurée rendait vraisemblable que son état de santé s'était aggravé depuis le rejet de la première demande. Il a ainsi demandé un rapport au médecin traitant, le Dr W. _____, et au psychiatre traitant, la Dresse K. _____.

Le Dr W. _____ a estimé, dans son rapport du 7 février 2007, que l'état de santé de l'assurée s'aggravait, mais que la prise en charge psychiatrique par la Dresse K. _____ devait pouvoir stabiliser la situation et empêcher une aggravation plus importante. A son sens, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle. En revanche, on pouvait attendre d'elle l'exercice d'une autre activité, dans la mesure où celle-ci serait adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ce cas, sa capacité de travail serait de 50%.

Dans son rapport du 28 mars 2007, la Dresse K. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1), réduisant la capacité de travail de 50% dans toute activité. Elle a en outre déclaré que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que les périodes de rémission entre deux épisodes dépressifs se raccourcissaient et étaient de moins en moins complètes. La prise en charge de l'assurée visait à améliorer sa qualité de vie, mais ne modifierait pas sa capacité de travail, compte tenu de la longue évolution du trouble dépressif récurrent présenté.

Le 10 décembre 2007, l'assurée a passé un examen psychiatrique auprès du SMR. Dans le rapport faisant suite à cet examen (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR du 23 janvier 2008), la Dresse Y._____ a retenu qu'en l'absence d'un sentiment de détresse, l'assurée ne présentait pas de trouble somatoforme douloureux et que la symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité moyenne qui justifiait, selon le psychiatre traitant, une incapacité de travail à 50% depuis le 23 janvier 2006 était en rémission complète et n'avait plus d'incidence sur la capacité de travail. Elle a conclu que le status psychiatrique était superposable à celui du 2 novembre 2004 et que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique chronique et invalidante, de sorte que sa capacité de travail était de 100% dans toute activité.

c) Dans un projet de décision du 19 mai 2008, l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante ni élément objectif indiquant une limitation de sa capacité de travail, de sorte que la demande déposée en octobre 2006 devait être rejetée.

Dans un courrier du 7 août 2008, la Dresse K._____ a déclaré que, depuis son rapport du 28 mars 2007, la situation de l'assurée était demeurée la même; l'assurée continuait de présenter un trouble dépressif récurrent réduisant sa capacité de travail à 50%.

Dans un avis médical SMR du 10 octobre 2008, le Dr P._____ a considéré que le courrier du 7 août 2008 de la Dresse K._____ n'apportait aucun élément médical nouveau et qu'il n'était dès lors pas de nature à modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 30 janvier 2008.

c) Par décision du 17 novembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI.

B. L'assurée recourt contre cette décision par acte du 31 décembre 2008, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2007. Elle fait valoir que la Dresse Y._____ n'a pas de titre FMH et ne soigne plus personne depuis des années, de sorte qu'elle n'a plus les connaissances nécessaires. De plus, selon la jurisprudence probante (TFA I 65/07 du 31 août 2007, reproduit in SVR-Rechtsprechung 2008, IV Nr. 24), ses rapports n'auraient pas la même valeur probante que celle de médecins au bénéfice des qualifications et autorisations nécessaires. En tout état de cause, même si on mettait le rapport de la Dresse Y._____ au même niveau que celui de la Dresse K._____, il faudrait lever la contradiction en mettant en oeuvre une expertise judiciaire.

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

b) Dans sa réponse du 23 février 2009, l'OAI, s'appuyant sur l'avis du 15 décembre 2000 du Dr N._____ et sur le rapport d'expertise du 12 février 2001 du Dr G._____, expose que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, d'autres médecins rejoignent l'avis du SMR. L'OAI propose le rejet du recours.

c) Une expertise psychiatrique judiciaire a été confiée au Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport d'expertise du 16 octobre 2009, il résulte notamment ce qui suit:

"VIII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

1. dysthymie (F34.1 CIM-10),
2. syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 CIM-10).

Comme mentionné il existe en parallèle des tendances anxieuses, mais qui n'ont, au stade actuel, pas l'impact nécessaire pour les faire figurer dans un diagnostic à part. Nous n'avons pas retenu non plus la notion antérieure de majoration de symptômes, car cet aspect nous semble mineur et explicable par la dynamique transférentielle mentionnée.

La comorbidité psychiatrique étant mineure, le syndrome douloureux somatoforme n'a pas d'impact pour retenir une incapacité majeure. Nous retenons en finalité et basé sur l'ensemble

des éléments discutés aucune véritable incapacité de travail. Probablement il y a une diminution de rendement légère, celle-ci liée à la constitution et à d'autres facteurs (aussi extramédicaux), mais non à un diagnostic psychiatrique.

Nous nous trouvons dans cette appréciation d'ailleurs relativement proches de ce qui a été retenu par des professionnels lors des évaluations 'in situ'.

Nous n'avons rien à ajouter à l'appréciation du médecin examinateur du SMR qui, quasi conjointement au psychiatre traitant, avait stipulé une période de 50% d'incapacité de travail transitoire entre janvier 2006 et décembre 2007."

d) Se déterminant le 6 novembre 2009 sur le rapport d'expertise du 16 octobre 2009 après l'avoir soumis au SMR pour appréciation (avis médical SMR du 27 octobre 2009), l'OAI déclare adhérer aux conclusions de l'expert judiciaire, qui explique de manière convaincante les raisons pour lesquelles il convient d'admettre que l'intéressée présente une pleine capacité de travail. Relevant que le Dr X. _____ retient dans son rapport d'expertise que l'assurée a présenté une capacité de travail de 50% entre janvier 2006 et décembre 2007, l'OAI estime qu'il y a lieu d'admettre que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2007 jusqu'au 31 mars 2008 (soit 3 mois après l'amélioration de son état de santé, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI); il propose dès lors l'admission partielle du recours dans ce sens.

e) Le 6 janvier 2010, la recourante indique s'en remettre à justice tant sur l'appréciation de la valeur probante du rapport d'expertise que sur la proposition d'admission partielle du recours faite par l'OAI.

E n d r o i t :

1. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours

doit être déposé 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 qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 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), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. 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).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante lui donnant droit à une rente d'invalidité.

3. 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 du recourant 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 le recourant 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.

Selon l'art. 28 al. 2 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.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215, consid. 6.1.1, et la référence).

S'agissant des troubles somatoformes douloureux, il ressort de la jurisprudence constante que de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1).

Toutefois, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (voir également ATF 131 V 49; 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1, et la référence).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans

toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie, etc.). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple, une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; voir ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, et 396, consid. 5.3.2).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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).

aa) 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. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales 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).

bb) Lorsqu'un juge a recours à une expertise médicale judiciaire, il ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions de cette expertise, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné; peut constituer une raison de s'en écarter le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa, et les références). En matière d'appréciation des preuves, la jurisprudence attache donc une force probante accrue aux expertises judiciaires.

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

4. a) En l'espèce, le rapport faisant suite à l'expertise judiciaire du 16 octobre 2009, réalisée par le Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, remplit les conditions jurisprudentielles relatives à la force probante. En effet, cette expertise étudie de manière circonstanciée les points litigieux importants, prend en compte les plaintes de la recourante, est établie en pleine connaissance du dossier et contient

une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires ainsi que des conclusions dûment motivées. Par ailleurs, elle ne souffre d'aucune contradiction. Dans ces circonstances, il convient, conformément à la jurisprudence, de lui reconnaître une valeur probante accrue.

S'agissant de l'opinion contradictoire des médecins traitants - lesquels contredisent non seulement l'avis de l'expert mais également celui d'autres médecins consultés (Drs N._____ et G._____) -, elle doit être admise avec réserve en raison du lien particulier qui les lie à leur patient. Par ailleurs, ces médecins ne soulèvent aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de la procédure et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Au vu de ce qui précède et en raison notamment de sa valeur probante accrue, l'expertise prime l'opinion de ces médecins traitants.

Au demeurant, les parties n'ont pas contesté le bien-fondé de l'expertise; notamment, le recourant a indiqué s'en remettre à justice s'agissant de l'appréciation de la valeur probante de l'expertise.

Dans ces circonstances, aucun élément ne permet de douter de la valeur probante accrue de l'expertise. Aucun motif impérieux ne justifie dès lors que l'on s'écarte des conclusions de l'expert. Par conséquent, il convient de retenir que la recourante ne souffre pas de trouble somatoforme invalidant au sens de la LAI, mais qu'elle a toutefois présenté une capacité de travail de 50% entre janvier 2006 et décembre 2007, comme l'admet d'ailleurs l'OAI.

b) En définitive, le recours déposé le 31 décembre 2008 doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que du 1^{er} janvier 2007 jusqu'au 31 mars 2008 - soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante (cf. art. 88a al. 1 RAI) - la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité.

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. 1bis LAI). En l'espèce, un émolument judiciaire réduit, qui doit être arrêté à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante, celle-ci succombant partiellement (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens réduits, qu'il y a lieu de fixer à 800 fr. (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 partiellement admis.
- II. La décision rendue le 17 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2007 jusqu'au 31 mars 2008; elle est confirmée pour le surplus.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante A._____.
- IV. Une indemnité de 800 fr. (huit cents francs), à verser à la recourante A._____ à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Intégration Handicap, service juridique (pour A. _____),
- 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: