

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mars 2014

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges     :        M.    Merz et Mme Dessaux  
Greffier     :        M.    Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Clarens, recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc,  
avocat à Château-d'Oex,

et

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

---

**Art. 6 ss, 43 et 44 LPGA; 4 et 28 LAI; 69 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1976, ressortissante du Kosovo, a été employée à temps plein en tant que lingère par l'Hôpital du [...] depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2002. Elle a déposé une demande de prestations AI le 6 août 2012, en indiquant souffrir de talalgies depuis 2006 et de douleurs au dos depuis 2011.

Au terme d'un rapport médical du 26 octobre 2006, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital du [...] a posé le diagnostic d'insertionite de l'aponévrose plantaire au calcaneum avec épine calcaneenne arriere-pied droit. Ce médecin exposait qu'à la suite d'un accident survenu le 10 février 2006 lors duquel l'assurée s'est tordu la cheville droit, des douleurs du talon ont rapidement augmenté jusqu'à handicaper la patiente, laquelle n'a toutefois jamais arrêté de travailler. Le traitement prescrit consistait en de la physiothérapie par onde de choc avec prescription d'une paire de talonnettes en sylastique type épine calcaneenne.

Selon un rapport médical du 28 février 2008 consécutif à une IRM du 27 février 2008 de l'épaule droite de l'assurée, les conclusions de la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie du Centre imagerie diagnostique [...], étaient les suivantes:

"Arthrose acromio-claviculaire avec état inflammatoire capsulaire.  
Tendinopathie antéro-distale du tendon du sus-épineux avec un discret hypersignal des fibres profondes pouvant évoquer une petite lésion sans caractère transfixiant."

Dans un rapport médical du 29 février 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, de l'Hôpital du [...] a relevé qu'en comparaison avec des clichés datant du 22 février 2006, l'éperon calcaneen inférieur droit était d'aspect inchangé (mesurant toujours 10 mm de long et jusqu'à 4 mm d'épaisseur). Si l'aponévrose paraissait cependant un peu épaissie au niveau de son insertion sur le calcaneum

depuis le dernier contrôle, cela était compatible avec l'aponévrosite plantaire, sans calcification métaplasique de cette aponévrose.

Au terme d'un rapport médical du 7 mai 2008 adressé au Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique de l'Hôpital de [...] a observé ce qui suit s'agissant des pathologies affectant l'assurée:

"Discussion:

Ta patiente présente donc une fasciite plantaire du côté droit résistant à un traitement adéquat. J'ai proposé de refaire une série de séances de physiothérapie et prescrit la confection de semelles plantaires. J'ai également instruit Mme R.\_\_\_\_\_ sur les méfaits du surpoids sur les douleurs articulaires et l'ai orientée sur une consultation diététique.

En ce qui concerne son épaule droite, j'ai proposé de poursuivre le traitement antalgique et également de suivre un programme de physiothérapie associant tonification des abaisseurs et de la coiffe des rotateurs.

Je reste à disposition pour une éventuelle infiltration acromioclaviculaire par des corticoïdes dépôt en cas de besoin."

A la suite d'un examen clinique de l'assurée en date du 24 mars 2010, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué le 25 mars 2010 au Dr O.\_\_\_\_\_ que l'assurée souffrait d'un tunnel carpien à droite ainsi que d'une irritation du cubital droit au coude. Ce spécialiste précisait que la patiente niait l'existence d'un traumatisme et que cliniquement, il n'avait mis en évidence aucun signe d'atteinte radiculaire. Le Dr U.\_\_\_\_\_ relevait également que l'altération neurographique étant discrète, l'essai d'un traitement par port nocturne d'une attelle se justifiait mais que si les plaintes devaient persister, une neurolyse du médian pourrait être envisagée.

Il ressortait ce qui suit d'un rapport du 26 mars 2010 d'imagerie de la colonne cervicale de face, de profil gauche et deux obliques réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 19 mars 2010:

"Patiente présentant un syndrome radiculaire sur le territoire de C8 à droite, éventuellement sur compression nerveuse au niveau du coude.

Les radiographies montrent la présence de troubles statiques dans le sens d'une légère scoliose sinistro-convexe et d'une rectitude de la colonne cervicale.

Très discrètes discopathies au niveau C3-C4 et C4-C5 se manifestant par un léger pincement postérieur des deux disques concernés. Pas de signe d'uncarthrose.

Les articulations postérieures sont bien conservées.

Pas de déformation des trous de conjugaison bien mis en évidence sur les clichés en oblique.

Hypertrophie bilatérale des apophyses transverses de C7 mais pas d'image de côte cervicale.

La minéralisation osseuse est normale.

Pas d'image suspecte de tumeur osseuse primaire ou secondaire."

Selon un rapport médical du 26 avril 2011 adressé à la Dresse A.F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-traitant, le Dr O.\_\_\_\_\_ a notamment résumé l'anamnèse de l'assurée sous la forme suivante:

"Juillet 2002: fausse-couche.  
Juin 03: lithiase urétérale droite avec infection ascendante.  
Février 06: entorse de la cheville droite.  
Juin 06: éperon calcanéen droit et tendinite distale d'Achille à droite.  
Status variqueux plus marqué à gauche.  
Juillet 07: scapulalgie droite.  
Février 08: récurrence de douleurs du talon droit et de l'épaule droite.  
Avril et oct. 08:eczéma des mains (contact?).  
Déc. 08: entorse métatarsotarsienne gauche.  
Juillet 09: état grippal avec angine.  
Sept. 09: scapulalgie droite sur probable tendinite de la coiffe.  
Mars 10: hyperesthésie 5<sup>e</sup> doigt droit par contusion du coude (?) ou syndrome radiculaire.  
Avis neurologique.  
Oct. 10: cervicalgies gauches sans syndrome radiculaire.  
7.12.10: douleurs abdominales aiguës avec test de grossesse positif, hospitalisée à [...], dont je n'ai pas reçu l'observation. A ma connaissance, il s'agissait d'une menace de fausse-couche, mais je ne sais pas si la grossesse s'est poursuivie.  
Elle a eu plusieurs fois des investigations par spécialistes dont tu trouves copies ci-jointes."

Au terme d'un rapport médical du 10 mai 2011 consécutif à des radiographies de la colonne lombaire (face / profil) et des pieds (profil) ainsi qu'une IRM de la colonne lombaire pratiquées le même jour, le Dr G.\_\_\_\_\_ du Centre imagerie diagnostique [...] a fait les constatations suivantes:

"CONCLUSION

Rx colonne lombaire f/p: Troubles statiques modérés et dégénératifs de la colonne lombaire à prédominance basse sur vertèbre de transition de la charnière lombosacrée.

IRM colonne lombaire: Discopathies dégénératives pluri-étagées prédominant au niveau L4/5 avec petite protrusion médio-latérale gauche en contact étroit avec la racine L5, pouvant expliquer une symptomatologie irritative.

Arthrose Interfacettaire à prédominance basse.

Pas d'anomalie dimensionnelle canalaire.

Pied droit/gauche profil: Eperon sus-calcaneén bilatéral."

Dans un rapport médical du 19 juillet 2011 adressé au médecin-traitant, la Dresse A.F.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a posé les diagnostics de talalgies sur raccourcissement des chaînes postérieures droites plus que gauches. Ce médecin proposait comme traitement, six séances de physiothérapie de stretching du triceps sural avec enseignement des exercices et poursuite des exercices à domicile à raison de deux fois par jour durant vingt minutes durant trois mois, tous les jours. Si l'évolution devait être stationnaire, il pourrait proposer dans un second temps une infiltration locale cortisonnée sous contrôle échographique.

Dans un courrier adressé le 17 janvier 2012 au médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre Médical de [...], a posé les diagnostics suivants:

"- Lombo-pygalgies chroniques dans le contexte de:

○ Discrets troubles dégénératifs.

○ Déconditionnement musculaire et psychique.

- Etat anxiodépressif."

Ce spécialiste s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé de l'assurée:

"Appréciation:

Votre patiente présente donc des lombo-pygalgies chroniques dans le contexte de discrets troubles dégénératifs.

Un déconditionnement musculaire est réellement présent.

Il n'y a pas de lésion radiologique sévère et ici je rejoins votre suggestion d'envisager un reconditionnement musculaire.

Toutefois il lui semble difficile d'entrevoir une prise en charge intensive ici à [...], qui à mon avis serait certainement la meilleure pour des raisons économiques.

Eventuellement elle pourrait envisager de faire ce traitement au printemps quand les routes seront mieux praticables.

On pourrait aussi envisager une cure thermale, mais Mme R. \_\_\_\_\_ n'a pas les moyens, car l'assurance ne lui alloue que frs. 10.-/j.

Dans ce contexte, je lui ai proposé de reprendre un traitement physiothérapeutique à Château-d'Oex, axé sur des exercices de reconditionnement musculaire. [...]"

Dans une "lettre de sortie" établie le 2 février 2012 à la suite d'une hospitalisation de l'assurée du 31 janvier 2012 au 1<sup>er</sup> février 2012, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ de la clinique de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital de [...] ont posé le diagnostic principal de grossesse extra-utérine gauche chez une patiente 8G-1P de 35 ans ainsi que comme comorbidités, un diabète de type II traité par Metformin. Il était indiqué que la patiente avait regagné son domicile le 1<sup>er</sup> février 2012, en "bon état général". Les médecins précités retenaient une incapacité de travail de l'assurée à 100 % du 31 janvier 2012 au 10 février 2012, avec une reprise du travail en plein dès le 11 février 2012.

Le 21 mars 2012, le Dr B.F. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué à la Dresse A.F. \_\_\_\_\_ la présence d'un diabète de type II chez une patiente en surpoids. Ce spécialiste précisait ne pas pouvoir retenir le diagnostic de syndrome métabolique *stricto sensu* compte tenu de l'absence d'hypertension, d'hyperuricémie, etc. Les traitements de base de cette affection consistaient en de la perte de poids et de l'exercice physique, un traitement de metformine 1000

mg/jour ayant néanmoins été introduit ceci afin d'éviter les effets de l'hyperglycémie sur le long terme.

A teneur d'un courrier médical adressé le 2 mai 2012 par la Dresse A.F. \_\_\_\_\_ au Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de la [...] (assureur perte de gain), il ressortait les indications suivantes sur l'état de santé de l'assurée:

"1:

A) Etat anxio-dépressif (voir courrier au Dr H. \_\_\_\_\_ et collaborateurs 24.04.2012).

B) GEU G en janvier 2012 (voir documents gynécologiques ad hoc).

C) Diabète de type 2 (voir rapport endocrinologique) dès 2010 environ.

D) Dorsolombalgies avec troubles statiques + dégénératifs (anomalie de transition lombo-sacrée) (voir documents Dr Z. \_\_\_\_\_ y relatifs).

E) Tendinite du tendon d'Achille D + éperon calcanéen (voir document hôpital orthopédique).

F) Fausses couches à répétition entre 2002-2010.

G) Cervicalgies G en 2010.

H) Paresthésies 5<sup>ème</sup> doigt main D en 2010.

I) Entorse avant-pied G en 2009.

J) Angine avec état grippal en 2009.

K) Scapulalgie D de 2007-2009.

L) Surcharge pondérale.

M) Constipation chronique.

N) Lithiase urétérale avec infection en 2003.

2:

A) Suivi psychothérapeutique en cours.

B) Suivi gynécologique.

C) Consultation endocrinologique + Metfin 500 mg 2 cpr./jour.

D) AINS + physiothérapie + repos.

Il est regrettable que cette patiente n'ait pas pu bénéficier du traitement à [...] proposé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui aurait pu aider cette patiente au plan antalgique.

E) Talonette d'épargne calcanéenne en silicone

De F à K) Points réglés actuellement.

L) Régime alimentaire (a perdu 10 kg).

M) Transipeg F 2 fois/jour.

3:

A) Etat dépressif sévère en cours de traitement psychiatrique. L'évolution sera à juger dans les semaines à venir. Voir aussi avec le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre et Mme N.\_\_\_\_\_, psychologue.

C) Le diabète va mieux grâce à la perte de poids et aux médicaments susnommés.

D) Persistance des lombalgies chroniques à cause, entre autres, de la position au travail (blanchisserie).

E) Ne peut pas rester debout toute une journée, malgré la talonette en silicone susnommée.

4:

Cette patiente est au bénéfice d'un arrêt de travail à 50 % dès le 19.04.2012 en relation avec l'état dépressif, les dorso-lombalgies et les talalgies.

Si nécessaire, une expertise pourrait être demandée par vos soins."

A l'occasion d'un rapport médical du 9 juillet 2012 adressé par le Dr H.\_\_\_\_\_ du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais de la [...] à [...], au médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'assurée, il a été répondu comme il suit aux questions posées:

"1. Récapitulation des diagnostics selon CIM-10

Douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41)

Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) chez une personnalité dépendante probable (F60.7).

2. Traitement entrepris

Nous avons proposé un suivi psychothérapeutique de soutien avec des entretiens mensuels, la fréquence des entretiens restant à évaluer.

3. Limitation fonctionnelle contribuant à une incapacité de travail.

La limitation est surtout en rapport avec des douleurs somatiques, du pied et du dos, qui empêchent la patiente à rester longtemps dans la même position.

4. Prière de vous déterminer quant aux critères de sévérité en cas de troubles somatoformes douloureux et de préciser l'importance de la comorbidité psychiatrique.

La patiente décrit des douleurs somatiques qui se sont intensifiées depuis quelques années, et qui restent intenses et durables, malgré divers traitements tentés pour les apaiser qui s'avèrent peu efficaces ou de trop courte durée. Quant au trouble anxio-dépressif, il existe depuis de nombreuses années et n'a jusqu'à présent pas eu de répercussion sur la capacité de travail à notre connaissance. Ce trouble s'accroît néanmoins avec les inquiétudes grandissantes quant à l'impuissance des médecins à trouver le moyen de calmer ses douleurs.

5. Comment évaluez-vous l'incapacité de travail

L'incapacité de travail est évaluée par son médecin traitant la Dr A.F.\_\_\_\_\_, en raison de la prédominance actuelle des troubles somatiques sur les troubles psychiques. Ces derniers sont directement influencés par l'aggravation des douleurs de la patiente mais ne justifient pas à eux seuls en l'état actuel l'incapacité de travail.

- a) dans une activité de lingère
- b) dans une activité adaptée"

A l'occasion d'un rapport médical du 6 août 2012, le Dr A.B.\_\_\_\_\_, chef de clinique de la Consultation du pied au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a indiqué qu'il était alors encore trop tôt pour se prononcer sur les effets consécutifs à une seconde infiltration cortisonnée dont avait bénéficié l'assurée en date du 19 juillet 2012. Il n'y avait de l'avis de ce spécialiste, aucune indication du point de vue chirurgical.

A teneur d'un courrier médical du 16 août 2012, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué à la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ s'interroger sur le bien-fondé d'une incapacité de travail de l'assurée. Relevant que les diagnostics somatiques n'étaient pas vraiment d'importance et que diverses morbidités (diabète, obésité, constipation) ne pourraient que profiter d'une activité physique régulière, le Dr A.\_\_\_\_\_ constatait ne pas pouvoir comprendre une quelconque incapacité de travail, il était d'avis qu'il fallait tenir compte d'une capacité de travail totale de l'assurée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Dans un rapport médical du 20 août 2012, la Dresse A.F. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de:

"Douleurs chroniques avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41).  
Trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité dépendante."

Ce médecin décrivait un traitement médicamenteux avec de la physiothérapie ainsi que de la psychothérapie. Elle estimait que l'activité habituelle restait exigible de la part de l'assurée à 50 % dès le 19 avril 2012 en précisant qu'en raison des talalgies chroniques, il fallait une activité adaptée dans laquelle elle n'était pas en position debout mais plutôt assise. Elle relevait qu'une activité exercée en position assise était exigible à 100 % alors qu'une activité exercée uniquement en position debout, l'était à 50 %.

Au terme d'un rapport du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 21 septembre 2012, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, n'a pas retenu de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée et considérait dès lors que celle-ci bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'appréciation de ce médecin s'articulait notamment en ces termes:

"A ma surprise, les limitations fonctionnelles qui contribuent à une incapacité de travail sont, selon le psychiatre, d'ordre somatique: «la limitation est surtout en rapport avec des douleurs somatiques du pied et du dos, qui empêchent la patiente de rester longtemps debout».

Si l'on considère que les manifestations relèvent d'un trouble somatoforme, celui-ci n'est pas invalidant au sens de l'AI. En effet, il n'existe aucun problème psychiatrique sévère associé, puisque les limitations décrites par le psychiatre sont d'ordre somatique et non psychique. Les symptômes ayant entraîné une incapacité de travail sont récents (fin 2011 selon rapport médical du 24.08.12 [recte: 20.08.12]). L'assurée est normalement intégrée dans la vie.

Sur la base des éléments médicaux, le médecin-conseil de la [...] assurance a écrit à l'assurée avec copie à son employeur que le travail devait être repris à 100 %, dès le 01.09.2012.

Comme l'arrêt de travail n'est pas de longue durée et comme l'activité précédemment exercée est toujours exigible, il n'existe aucune atteinte à la santé au sens de l'AI."

A teneur d'un document du 12 octobre 2012 intitulé "IP - Note de suivi" interne à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), il ressortait en particulier que le dernier employeur (l'Hôpital du [...]) n'était pas en mesure d'adapter le poste de travail de l'assurée, les tâches y étant effectuées principalement en position debout, la position assise n'étant pas compatible avec la fonction. Le responsable de l'hôpital indiquait au surplus ne pas pouvoir maintenir cet emploi à 50 % sur le long terme, ceci en raison de motifs d'organisation interne.

Par communication du 15 octobre 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il mettait un terme au conseil ainsi qu'au suivi pour le maintien de son poste de travail actuel dont l'intéressée avait bénéficié de la part de son service de réadaptation. L'Office AI précisait également que les prestations entrant en ligne de compte allaient prochainement être examinées.

Par projet de décision du 16 octobre 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des mesures de reclassement professionnel ainsi qu'à la rente. Il retenait en substance que dès le mois de septembre 2012, l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail et de gain, ses problèmes de santé n'étant pas considérés comme une atteinte invalidante au sens de l'AI. A l'appui de son opposition contre ce projet de décision, l'assurée, représentée par Me Jean-Louis Duc, a produit un courrier médical du 25 septembre 2012 de la Dresse A.F. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil. Ce médecin y précisait notamment qu'au vu de son état de santé actuel, sa patiente ne pouvait travailler à un taux supérieur à 50 % dans son activité de lingère au sein de l'Hôpital du [...]. Le 15 novembre 2012, l'assurée ajoutait que les conclusions du rapport médical SMR du 21 septembre 2012 s'inscrivaient en opposition avec celles de son médecin traitant, lequel exposait l'existence de problèmes physiques en suffisance pour expliquer l'atteinte à la capacité de gain.

Par décision du 10 janvier 2013, à laquelle était annexé un courrier en faisant partie intégrante, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet de décision rendu le 16 octobre 2012 et a ainsi refusé tant l'octroi de mesures professionnelles que la rente.

**B.** Par acte du 25 janvier 2013, R.\_\_\_\_\_, représentée par son avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée. Elle conclut à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision lui octroyant les "prestations entrant en ligne de compte" au sens de la lettre du 15 octobre 2012 de l'Office AI, voire une rente. La recourante requiert en outre un délai afin de produire toutes pièces médicales utiles, en particulier une prise de position de la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ ainsi que le rapport d'un spécialiste.

Par décision du 8 février 2013 du Juge instructeur, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 janvier 2013, Me Jean-Louis Duc étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 7 mars 2013, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Au terme de sa réplique du 15 avril 2013, la recourante confirme l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son acte de recours du 25 janvier 2013. Elle produit en particulier les pièces médicales suivantes:

- Un rapport médical du 21 janvier 2013 de la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ qui y indique que sa patiente n'a pas été en mesure de reprendre son travail et se trouvait ainsi en arrêt à 100 %, cela en raison de son problème orthopédique, de son état dépressif en relation directe avec une grossesse non évolutive ayant dû être interrompue. L'assurée était suivie par la

Policlinique de [...] pour l'état dépressif. Le médecin traitant y mentionnait ensuite une liste de comorbidités affectant la recourante.

- Un rapport médical du 11 avril 2013 du Dr A.B.\_\_\_\_\_, adressé à la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ et dont il ressort ce qui suit:

"Nous avons revu la patiente Mme R.\_\_\_\_\_ à notre consultation du 27.03.2013 en compagnie du Dr V.\_\_\_\_\_.

Diagnostiques - Antécédents - Interventions

- Insertionite du fascia plantaire pied droit.

Anamnèse

Patiente connue depuis 18 mois de notre service pour le diagnostic susmentionné. La patiente a fait un traitement conservateur par des supports plantaires avec talons absorbants, des ondes de choc, plusieurs infiltrations cortisonées sous contrôle sonographique et de nombreux exercices d'étirements des chaînes musculaires et du fascia plantaire. Aucun des moyens employés n'ont pu améliorer la patiente. Entre-temps elle a perdu son travail, ne peut plus rester debout et se déplace avec deux cannes. Selon les dires de la patiente une demande AI a été refusée et un recours est en cours.

J'avais investigué l'arrière-pied par une IRM en février 2013. Celle-ci démontre clairement une fasciite plantaire à l'insertion calcanéenne qui est très inflammatoire et épaissie.

Conclusions, traitement et évolution

Dans ce cas d'une fasciite plantaire qui a résisté à tous les moyens conservateurs nous ne voyons pas d'autre solution que de tenter une intervention chirurgicale. Nous proposons à la patiente une résection de l'éperon calcanéen et une section partielle de la fascia plantaire. Les tenants et aboutissants de cette intervention sont expliqués à la patiente et nous remplissons ensemble le formulaire du consentement éclairé que la patiente signe ce jour. Elle sera convoquée pour l'intervention susmentionnée selon nos meilleurs délais."

Le 24 avril 2013, la recourante a spontanément produit en cause un nouveau rapport médical du 13 avril 2013 établi par la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ en réponse aux questions que lui avait adressées le médecin-conseil de la [...] Assurances. Ce document a la teneur suivante:

"1. [Récapitulatif des diagnostics contribuant à une incapacité de travail depuis le 15.12.2012. Si de nouveaux examens ont été effectués, prière de me joindre les copies des rapports]

1a) Cette patiente est à l'AT [arrêt de travail] 100 % à nouveau depuis le 04.12.2012 et le reste actuellement, en raison des sévères talalgies D persistantes. Auparavant, elle n'a jamais pu travailler

davantage qu'à 50 % depuis juillet 2012. Elle est régulièrement suivie par l'hôpital orthopédique et va être opérée par le Dr A.B.\_\_\_\_\_.

En effet, un traitement conservateur, avec plusieurs infiltrations cortisonées et ondes de choc, n'a pas apporté d'amélioration. Le Dr A.B.\_\_\_\_\_ a demandé en mars 2013 une IRM de la cheville et du pied D (voir entre autres, rapport Dr A.B.\_\_\_\_\_ 11 avril 2013) et a proposé une intervention chirurgicale, dans un proche avenir, pour sévère fascite plantaire à l'insertion du calcaneum D.

1b) En décembre 2012, elle a dû subir un curetage pour grossesse non évolutive, après avoir eu déjà, dans le passé de très nombreuses fausses-couches, ainsi qu'une GEU en janvier 2012. Il s'en est suivi un sévère état dépressif avec tendances suicidaires ayant nécessité l'intensification du suivi psychiatrique déjà en cours auprès de la psychologue Mme [...] (Fondation de [...]).

2. [Traitement instauré]

2a) Voir ci-dessus.

2b) Actuellement va mieux au plan psychiatrique, a pu stopper le Remeron instauré en décembre 2012 ainsi que le suivi psychiatrique.

3. [Evolution clinique]

3) L'évolution clinique est mauvaise à cause des talalgies persistantes, pour le moment, la patiente est trop algique pour pouvoir travailler. Il faudrait revoir après l'intervention orthopédique selon l'avis du Dr A.B.\_\_\_\_\_. Elle doit utiliser des cannes anglaises pour se déplacer, en-sus de la talonnette en place.

4. [Limitation fonctionnelle contribuant à une quelconque incapacité de travail]

4) Voir sous 3). La capacité de travail dépendra de l'évolution des douleurs du pied après l'opération prévue.

Voici encore la liste complète des comorbidités de la patiente:

- sévères talalgies D persistantes (fasciite plantaire confirmée) dès 2006.
- curetage pour grossesse non évolutive en 2012.
- état dépressif en 2012.
- diabète non-insulino-dépendant dès 2011.
- constipation traitée.
- fausses couches à répétition.
- lithiase urétérale avec infection en 2003.
- entorse de la cheville D en 2006.
- scapulalgie D en 2007, 2008 et 2009.
- eczéma de contact en 2008.
- entorse ant-pied G en 2009.
- angine avec état grippal en 2009.
- paresthésies 5<sup>e</sup> doigt main D en 2010.
- cervicalgies G en 2010.
- dorsolombalgies en 2011.
- obésité. [...]"

Par duplique du 16 mai 2013, l'Office AI conclut à la nécessité de nouvelles mesures d'instruction. Il a produit en ce sens, un avis médical SMR du 7 mai 2013 établi par le Dr K. \_\_\_\_\_ auquel il se rallie, et dont il ressort ce qui suit:

"Alors que les talalgies étaient attribuées à un raccourcissement des chaînes postérieures droites, le Dr A.B. \_\_\_\_\_, orthopédiste, parle maintenant d'une fasciite plantaire résistante au traitement par infiltrations et ondes de choc, pour laquelle il pose une indication opératoire. (rapport du 11.4.2013).

Par ailleurs, l'assurée a subi un curetage interrupteur en décembre 2012, à l'origine d'un état dépressif pris en charge à la Policlinique de [...].

Dans ces conditions, je pense que nous devons admettre que la capacité de travail dans l'activité n'a pas excédé 50 % jusqu'au 3.12.2012. L'incapacité de travail de 100 % est justifiée depuis le 4.12.2012. Elle devra être réévaluée 3 mois au moins après l'intervention prévue. L'évolution psychiatrique devrait également être suivie."

Dans leurs déterminations ultérieures, les parties n'ont pas produit de nouveaux éléments pertinents sur le fond du litige les divisant.

### **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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI). 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 a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'Al sous forme de rente et/ou de mesures de réadaptation professionnelle, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail. Elle fait valoir que les conclusions du rapport SMR du 21 septembre 2012 ne sauraient être préférées à l'appréciation de son médecin traitant, la Dresse A.F. \_\_\_\_\_, et que c'est dès lors à tort que l'intimé a écarté ce dernier avis au profit de celui des médecins du SMR. Pour elle, il existerait déjà suffisamment de problèmes physiques dont elle souffre pour justifier l'atteinte à sa capacité de gain. Elle ne saurait se voir reprocher de ne pas tenter une reprise de son activité habituelle de lingère, étant entendu que son médecin traitant - voire qu'un spécialiste - la considère incapable de travailler à plus de 50 % dans une telle activité. Cela vaudrait d'autant que son dernier employeur n'est pas en mesure de lui proposer un autre travail adapté à son état de santé. Après avoir pris connaissance de divers rapports médicaux produits par la recourante en cours de procédure, l'intimé relève finalement la nécessité de mettre en œuvre des nouvelles mesures d'instruction sur le plan médical.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 256 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

**4. a)** En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, plus particulièrement sur le plan orthopédique, les Drs H.\_\_\_\_\_ et A.F.\_\_\_\_\_ s'accordent sur le diagnostic de douleurs chroniques avec facteurs somatiques et psychiques (ainsi le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 9 juillet 2012 et la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 août 2012). Le 17 janvier 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_ fait part d'un déconditionnement musculaire et psychique affectant l'assurée et propose dès lors, divers traitements pouvant être mis en œuvre (cf. courrier médical du 17 janvier 2012).

Il n'est pas non plus contestable que le diagnostic d'insertionite du fascia plantaire pied droit posé en mars-avril 2013 par le Dr A.B.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, a finalement conduit la recourante à donner son consentement pour une intervention chirurgicale sous la forme d'une résection de l'éperon calcanéen avec une section partielle de la fascia plantaire (cf. rapport médical du Dr A.B.\_\_\_\_\_ du 11 avril 2013). Ladite opération constitue l'ultime solution face à une fasciite plantaire très inflammatoire et épaisse à l'insertion calcanéenne droite, l'ensemble des moyens conservateurs mis en place jusqu'à présent s'étant révélés infructueux (pose de supports plantaires, plusieurs infiltrations cortisonnées, ondes de choc et exercices de musculation plantaire). En l'état on ignore si la recourante a déjà été opérée et quelles en sont les conséquences éventuelles sur son état de santé, respectivement sur sa capacité de travail résiduelle. Dans un rapport médical du 24 avril 2013, la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ précise que sa patiente se trouve alors en arrêt de travail à 100 % en raison de sévères talalgies persistantes et que depuis juillet 2012, elle n'a jamais été en mesure de travailler à plus de 50 % dans sa profession habituelle de lingère à l'hôpital. Le Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué à ce propos qu'il y avait lieu d'admettre qu'un taux d'activité de 50% au maximum semblait réaliste jusqu'au 3 décembre 2012. Ce médecin du SMR relève en outre la nécessité de réévaluer la situation trois mois au minimum après l'intervention chirurgicale programmée.

Il résulte de ce qui précède que les avis médicaux au dossier relatifs à la problématique d'ordre orthopédique paraissent concorder. Ils ne sont toutefois pas suffisants pour permettre à la Cour de statuer en toute connaissance de cause, la question de l'évaluation de l'incidence sur la capacité de travail de l'atteinte à la santé mise en évidence en mars-avril 2013 devant faire l'objet de plus amples éclaircissements, en particulier s'agissant de sa délimitation dans le temps ainsi que de son évolution à la suite du geste chirurgical prévu. Partant l'avis d'un spécialiste en orthopédie en complément de celui du Dr A.B.\_\_\_\_\_ est nécessaire en l'espèce.

**b)** Au plan psychiatrique, les médecins consultés par la recourante font mention d'affections. Ainsi le Dr Z.\_\_\_\_\_ indique la présence d'un état anxiodépressif (cf. courrier médical du 17 janvier 2012), le Dr H.\_\_\_\_\_ - suivi en ce sens par la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ au terme de son rapport médical du 20 août 2012 - pose quant à lui le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2) chez une personnalité dépendante probable (F60.7) (cf. rapport médical du 9 juillet 2012). Ce spécialiste souligne cependant une prédominance des troubles somatiques sur les troubles psychiques de l'assurée, de sorte que les seconds sont directement influencés par l'aggravation des premiers mais ne justifient pas à eux seuls, en l'état actuel, une incapacité de travail. C'est dans ce contexte que le rapport SMR du 21 septembre 2012 se limite, sans plus ample instruction sur ce point, à souligner qu'"il n'existe aucun problème psychiatrique sévère associé, puisque les limitations décrites par le psychiatre sont d'ordre somatique et non psychique". Ces conclusions sont par la suite contredites par les pièces médicales produites en cause par la recourante. Ainsi dans un rapport du 21 janvier 2013, la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ indique que sa patiente se trouve alors en arrêt de travail à 100 % d'une part en raison de son problème orthopédique et d'autre part, en raison d'un état dépressif en relation avec une grossesse non évolutive qui avait dû être interrompue, l'intéressée étant suivie pour cette affection par la Policlinique de [...]. Ces observations sont ensuite précisées dans un second rapport médical du 13 avril 2013 au terme duquel la Dresse A.F.\_\_\_\_\_ mentionne qu'en

décembre 2012, sa patiente a dû subir un curetage pour grossesse non évolutive qui a provoqué un sévère état dépressif avec tendances suicidaires ayant nécessité l'intensification du suivi psychiatrique de la recourante. Le médecin traitant relève néanmoins qu'à l'heure actuelle, l'assurée va mieux sur le plan psychiatrique et qu'elle a ainsi pu stopper la prise de Remeron associée à un suivi psychiatrique instauré en décembre 2012. Comme le relève la Dresse A.F.\_\_\_\_\_, il semblerait qu'après la mise en place d'un traitement adéquat, l'état de santé psychique de la recourante se soit amélioré dans le courant 2013. Cet épisode pourrait donc apparaître comme une aggravation temporaire de son état de santé, secondaire aux problèmes d'ordre orthopédique. Il convient toutefois d'instruire plus en détail ce point resté lacunaire en l'état du dossier et de mettre en oeuvre à cet effet, une expertise psychiatrique de l'assurée (cf. consid. 5b infra).

**5. a)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible

lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 4a et b supra), l'instruction menée par l'intimé sur les plans orthopédique et psychiatrique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique et psychiatrique (art. 44 LPGA).

**6.** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Ce montant

correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Duc.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 10 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Louis Duc (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :