

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er février 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et Mme Lanz Pleines
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à Apples, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 15 et 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assuré) né en 1951, titulaire d'un CFC de graphiste, a exercé la profession de graphiste décorateur jusqu'en 2003. Par la suite, il a reçu des indemnités de l'assurance-chômage. Sa période de chômage a été entrecoupée d'un cours d'aide soignant auprès de P._____ de mars à juin 2004 et d'une activité de livreur pour V._____ de 2004 à 2005. Il est actuellement en fin de droit aux indemnités du chômage.

En raison de problèmes d'alcool, l'assuré a effectué des séjours à l'Hôpital psychiatrique de Prangins du 22 au 27 octobre 2003, le 12 avril 2004, du 10 au 21 octobre 2005 et le 19 juillet 2006. Il ressort des rapports d'hospitalisation que l'assuré a présenté les diagnostics d'intoxication aiguë à l'alcool, d'autres difficultés liées à l'environnement social, de dépendance à l'alcool, d'alcoolisation aiguë avec agitation psychomotrice, de sevrage d'alcool dans le cadre d'un syndrome de dépendance à l'alcool et de difficultés liées à l'emploi et au chômage.

Suite à un séjour de l'assuré à la clinique genevoise de Montana du 28 juillet au 10 août 2006, dans un rapport du 29 août 2006, les Drs D._____ et G._____, respectivement médecin adjoint et médecin interne à ladite clinique, ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation anxio-dépressif F43.22 et retenu en tant que comorbidités une dépendance OH, abstinent en milieu protégé F10.21, un tabagisme chronique F17.24, une surcharge pondérale et une mycose cutanée du dos B35.

Le 29 août 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente d'invalidité.

L'OAI a requis l'avis du Dr H._____, médecine générale FMH à Versoix et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 2 novembre 2006, ce médecin a relevé une personnalité dépressivo-anxieuse, des abus par moment de médicaments et d'alcool, de nombreuses hospitalisations et des douleurs et raideur de la colonne lombaire. Il a évalué la capacité de travail de l'intéressé à 50 % dans sa profession habituelle en raison d'un affaiblissement intellectuel, indiquant que celui-ci pouvait exercer à plein temps tout travail n'impliquant pas de travaux lourds.

A la suite de ces rapports, l'OAI a soumis le cas au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 26 juillet 2007, le Dr B._____, du SMR, n'a retenu aucune atteinte principale à la santé et a relevé que la maladie alcoolique était clairement d'allure primaire, aucune comorbidité psychiatrique significative n'ayant été retenue dans les diagnostics posés durant les 4 séjours en milieu psychiatrique spécialisé entre 2002 et 2006. Selon ce praticien, le trouble de l'adaptation retenu à la Clinique de Montana ne saurait justifier une incapacité de travail durable.

L'OAI s'est adressé à l'Hôpital psychiatrique de Prangins. Il ressort d'un rapport du 23 octobre 2007 des Drs S._____, chef de clinique, et J._____, médecin assistante, dudit hôpital, que l'assuré a effectué dans cet établissement un nouveau séjour du 4 au 25 septembre 2007, à la suite duquel ont été retenus les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool F10.2, de difficultés liées à l'emploi et au chômage Z56 ainsi que de solitude Z60.2. Ces praticiens ont décrit ainsi le status clinique psychiatrique de l'assuré, à son entrée:

"Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans, faisant son âge, à l'hygiène et à la tenue correctes. On note l'absence de foetor alcoolique, le patient exprimant le fait de ne pas avoir consommé d'alcool depuis environ 48 heures. Il est calme, collaborant, orienté aux quatre modes. La thymie est sur le versant dépressif. Il se dit anxieux quant à son avenir et évoque un sentiment de solitude. On note l'absence de troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi que l'absence d'idées noires et d'idées suicidaires. Relevons par ailleurs l'absence de signes florides de la lignée psychotique".

Dans un rapport du 29 novembre 2007, les Drs S. _____ et J. _____ ont relevé que la dépendance à l'alcool dont souffrait l'assuré entraînait d'importantes répercussions tant sur le plan socio-familial que professionnel, ajoutant qu'une reprise d'activité semblait actuellement compromise au vu de la sévérité du trouble psychique et précisant qu'on ne pouvait exiger de la part de l'assuré d'exercer une autre activité. Ils ont également relevé ce qui suit:

"Le syndrome de dépendance à l'alcool dont souffre M. K. _____ présente une répercussion majeure sur son activité professionnelle. Nous avons effectivement en cours de séjour hospitalier objectivé d'importants troubles de la concentration ainsi que des difficultés mnésiques interférant de façon notable sur ses performances. A cela s'ajoute une importante fatigabilité associée à des difficultés d'organisation et de planification de son quotidien. Au vu de l'ensemble de la symptomatologie mentionnée ci dessus, une reprise d'activité professionnelle semble fortement compromise".

Dans un avis médical SMR du 20 février 2008, le Dr B. _____ a relevé que ces éléments confirmaient le caractère primaire de la pratique alcoolique, indiquant que les conclusions du rapport SMR du 26 juin 2007 étaient inchangées.

Dans un projet de décision du 22 février 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI, se référant à l'avis du SMR. Par son mandataire, l'intéressé a contesté cette approche, invoquant une détérioration de son état de santé.

L'assuré a entre-temps effectué une hospitalisation volontaire du 8 février au 14 mars 2008 à l'Hôpital psychiatrique de Prangins en raison d'un sevrage d'alcool, à la suite duquel les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool F10.2, de difficultés liées à l'emploi et au chômage Z56 ainsi que de solitude Z60.2 ont été retenus. Un rapport d'examen neuropsychologique a été établi le 1^{er} mars 2008, mettant notamment en évidence des troubles légers (défaillances d'attention, chronologie des événements anciens, mémoire immédiate) et une nosognosie. Il a été relevé que ce tableau était compatible avec une phase de sevrage chez un patient souffrant d'éthylisme chronique et que les troubles étaient discrets.

Dans un rapport du 28 mars 2008 adressé au mandataire de l'assuré, les Drs S. _____ et J. _____, ainsi que la Dresse R. _____, chef de clinique adjoint au secteur psychiatrique ouest de l'Hôpital de Prangins, ont retenu ce qui suit:

“Le patient susnommé présente une problématique de dépendance à l'alcool depuis plusieurs années. Suivi auprès de son médecin de famille, la Dresse C. _____ à Apples. M. K. _____ a par ailleurs été hospitalisé à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique de Prangins afin de bénéficier de sevrages. Lors de sa dernière hospitalisation en date du 8 février 2008, nous avons constaté une nette péjoration de la santé tant physique que mentale de M. K. _____. En effet, sur le plan somatique, le patient présente à son admission une perturbation électrolytique sur carence alimentaire, ainsi qu'une thrombocytopénie sévère d'origine toxique. Relevons par ailleurs que M. K. _____ a fait plusieurs épisodes de crises épileptiques, dont la dernière au cours de son dernier séjour hospitalier à l'Hôpital psychiatrique de Prangins. Au cours de cet épisode, le patient a perdu connaissance et s'est fracturé le nez.

Parallèlement à l'atteinte à la santé physique décrite ci-dessus, nous objectivons au cours du dernier séjour hospitalier une péjoration des fonctions cognitives. Un test neuropsychologique a été effectué. Ce dernier a mis en évidence des troubles exécutifs, ainsi que des perturbations mnésiques dans le cadre d'un examen allégé, en raison d'une fluctuation importante de l'attention et des capacités de concentration.

Au vu de l'ensemble des éléments mentionnés ci-dessus, M. K. _____ présente une atteinte à la santé physique et mentale réduisant de façon considérable sa capacité de gain. De ce fait, une reprise d'activité professionnelle ne nous semble pas envisageable”.

Dans un rapport du 2 juin 2008, la Dresse C. _____, médecine générale FMH à Apples et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool F10.2, de dépression, de solitude et de troubles cognitifs non précisés, indiquant une incapacité de travail de 100 % depuis le 12 mars 2007.

Dans un avis médical SMR du 28 juillet 2008, le Dr B. _____ a relevé l'absence de fait nouveau par rapport à son avis du 26 juin 2007, relevant ce qui suit:

"Dans le courrier 28/03/2008, le Dr R. _____ et sa collaboratrice nous informent que l'assuré a bénéficié en février 2008 d'une hospitalisation pour sevrage. Il était noté:

1. Une perturbation électrolytique sur carence alimentaire qui ne saurait justifier des empêchements durables à l'intégration au monde de l'économie, celle-ci étant rapidement réversible par une alimentation saine et équilibrée.
2. Une thrombocytopénie qualifiée de sévère d'origine toxique qui n'est pas inhabituelle lors de pratique alcoolique intense et assidue. Ce problème hématologique se résout spontanément après quelques semaines d'abstinence d'alcool.
3. Plusieurs crises d'épilepsie dont la dernière au cours de son dernier séjour hospitalier. De tels événements ne sont pas rares dans les premiers jours d'un sevrage d'alcool. Cela ne saurait constituer un empêchement durable pour la réintégration au monde de l'économie, tout au plus une annonce auprès du service des automobiles a dû être faite. C'est ce que confirme le traitement de sortie de Prangins en mars 2008, celui-ci ne comportant pas à juste raison de médication antiépileptique.
4. La fracture du nez et la chute ne sont pas source d'empêchements dans l'activité antérieure.
5. Le bilan neuropsychologique 29/02/2008 s'effectue 20 jours après sevrage d'alcool et après une crise d'épilepsie généralisée dans le contexte d'un sevrage d'alcool. Les troubles exécutifs sont qualifiés de léger de même que les troubles qui semblent affecter la mémoire immédiate des récits et la chronologie des faits anciens.

Les diagnostics retenus en mars 2008 sont:

- Syndrome de dépendance à l'alcool F10.2
- Difficultés liées à l'emploi et au chômage Z56
- Solitude Z60.2"

Par décision du 30 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. Se référant à l'examen par le SMR des pièces médicales au dossier, l'OAI a indiqué que l'incapacité de gain de l'assuré était due avant tout à sa dépendance à l'alcool et qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité au sens de la loi.

B. Par acte du 14 septembre 2008 (contresigné par l'assuré), la sœur de l'assuré défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement à une rente d'invalidité. Elle soutient que la dépendance à l'alcool n'est pas la cause de son incapacité à travailler mais la conséquence d'une situation psychologique qui l'a progressivement amenée à cette dépendance, son frère ayant vécu une vie difficile, de sorte que se retrouvant seul et n'étant plus à même de travailler, sa santé psychique s'est dégradée.

Dans sa réponse du 20 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, reprenant et développant ses précédents arguments.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

En l'espèce, la décision du 30 juillet 2008 a été notifiée le 5 août 2008, de sorte que le recours a été déposé en temps utile le 14 septembre 2008. Pour le surplus déposé selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Ces prestations lui ont été refusées par la décision attaquée de l'OAI, ce qui est précisément contesté par le recourant.

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 s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF I 169/06 du

8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (Thonney/Gammeter, *Alcool; problèmes psychiatriques courants*. « La boîte à outils du praticien », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, *Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool*, *Forum Med Suisse*, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, *Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges*, *Alcohol Research & Health*, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, *Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance*, *Praxis* 1999; 88: p. 1720; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de

caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue, de l'assurance- invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, il ressort de manière concordante des différentes pièces médicales au dossier que la principale affection dont souffre le recourant est un syndrome de dépendance à l'alcool, lequel doit être considéré, à la lecture des différents rapports d'hospitalisation de l'hôpital psychiatrique de Prangins, comme primaire - ce qui a été relevé par le Dr B._____ (rapports SMR des 26.07.2007 et 20.02.2008). Il n'existe pas de comorbidité psychiatrique ou d'autres atteintes de nature psychiatrique, ainsi que l'a précisé ce praticien (rapports précités). Si un trouble de l'adaptation a été retenu par les Drs D._____ et G._____ (rapport du 29.08.2006), le Dr B._____ a relevé qu'une telle atteinte ne pouvait justifier une incapacité de travail (rapport SMR du 26.07.2007). En outre, un trouble de l'adaptation n'est de manière générale pas invalidant selon la jurisprudence. Par ailleurs, il ne présente pas un degré de gravité et d'acuité suffisant pour avoir une incidence sur la capacité de gain de l'intéressé; il s'agit tout au plus d'une anomalie de caractère qui ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). Les autres diagnostics retenus, à savoir des difficultés liées à l'emploi et au chômage ainsi qu'une solitude, ne sont pas propres à justifier une incapacité de travail.

Au surplus, les troubles mentionnés dans le rapport du 28 mars 2008 des Drs S._____, J._____ et R._____ - soit une perturbation électrolytique sur carence alimentaire, une thrombocytopenie sévère d'origine toxique, des épisodes de crises épileptiques et une péjoration des fonctions cognitives (troubles exécutifs et perturbations mnésiques, en raison d'une fluctuation importante de l'attention et des

capacités de concentration) - n'ont pas une influence à long terme sur la capacité de travail du recourant et devront s'amender avec un sevrage réussi suivi d'une abstinence, comme l'a relevé notamment le Dr B._____ (rapport SMR du 20.02.2008). Par ailleurs, les troubles exécutifs et de la mémoire - qui ont été mis en évidence suite à un examen neuropsychologique (rapport du 01.03.2008) - ont été qualifiés de légers après 20 jours de sevrage. Au vu de la jurisprudence précitée en matière de dépendance, on ne saurait suivre les conclusions, peu étayées et motivées, des Drs H._____ (rapport du 02.11.2006) et C._____ (rapport du 02.06.2008) quant à la capacité de travail, ce d'autant plus qu'en tant que médecins traitants de l'assuré, l'avis de ces praticiens doit être apprécié avec les réserves d'usage. Enfin, les arguments invoqués par l'assuré à l'appui de son recours n'apportent pas d'éléments nouveaux du point de vue médical et ne sont pas de nature à modifier ce qui précède.

b) Il s'ensuit que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 4 LAI, de sorte qu'il n'a pas droit à l'octroi de prestations AI, tant sous la forme de rente que sous la forme de mesures professionnelles.

5. 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe, en compensation avec son avance. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision du 30 juillet 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 250 francs (deux-cent cinquante francs) sont mis à la charge de K._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- K._____
- 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 :