

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

A. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Caroline Ledermann, avocate, Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 18 janvier 2007, A._____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1962, mariée et mère de cinq enfants, originaire d'ex-Yougoslavie, entrée en Suisse le [...] 1997, a déposé une demande de prestations AI.

a) Dans un rapport médical du 19 février 2007, le Dr W._____, médecin traitant, médecine générale FMH, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants: "Cervicalgies, dorso-lombalgies, syndrome de fibromyalgie, douleurs derrières les omoplates, troubles statiques et dégénératifs du rachis. Etat anxieux et dépressif. Gastrite".

Ce médecin a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et qu'aucune mesure n'était en mesure d'améliorer sa capacité de travail.

Dans un rapport médical du 19 février 2007, le Dr C._____, spécialiste FMH en rhumatologie, auquel l'assurée a été adressée par son médecin traitant (Dr W._____), a retenu que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- lombosciatalgies gauches;
- probable syndrome fibromyalgique.

Selon lui, les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée consistaient en une restriction dans le port de charge et les mouvements penchés en avant. Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles – ce qui était le cas de l'activité habituelle –, la capacité de travail de l'assurée était entière. Le Dr C._____ a considéré que l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 8 janvier 2008, le Dr C._____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire et a, pour le

surplus, renvoyé à son rapport médical du 19 février 2007 ainsi qu'au médecin traitant.

b) Le 30 juin 2008, le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi une expertise, qui comprend notamment: une anamnèse, les plaintes de l'assurée, des observations objectives, le résultat de tests psychologiques, des diagnostics, une appréciation et des conclusions. On extrait ce qui suit de ce rapport:

"Diagnostic

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de Trouble dépressif majeur (état actuel moyen) (F32.1) selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence.

Appréciation finale

[...]

Appréciation diagnostique

- Trouble dépressif

[...]

Si on s'en tient à la stricte clinique, le tableau est actuellement dominé par une symptomatologie dépressive. Elle est essentiellement faite de la perte d'intérêt et du plaisir la plupart du temps tous les jours et pendant maintenant des mois. Ce point constitue l'un des deux critères cardinaux du DSM-IV-TR requis pour l'épisode dépressif. La tristesse est moins marquée chez une assurée qui se montre constamment fataliste et résignée. On note encore les troubles intellectuels (difficultés à penser et à se concentrer) qui sont traduits en termes de perte de mémoire. On trouve la fatigue et la fatigabilité. On trouve les idées de mort. On constate un ralentissement psychomoteur. L'estime de soi pourrait être diminuée, sans qu'on puisse en dire plus. La capacité de l'assurée de se mettre en opposition parle toutefois contre une autodévalorisation massive.

La symptomatologie est suffisamment importante pour qu'on doive admettre l'état actuel comme moyen, même si le tableau est marqué d'un certain théâtralisme. L'échelle de dépression de Hamilton donne d'ailleurs un score de 24 ce qui confirme cette appréciation.

D'après les informations à disposition, il n'y a pas notion de rémission et de rechutes successives. On devrait par conséquent écarter la récurrence. Il n'y a pas non plus notion de phases maniaques ou hypomaniaques. Le trouble bipolaire devrait par conséquent être exclu. Il est dès lors justifié de retenir un trouble dépressif majeur (état actuel moyen).

- Exclusion du trouble somatoforme

Le rhumatologue parle d'une fibromyalgie possible, sans plus. Cette entité diagnostique n'est par conséquent pas retenue formellement.

Le soussigné constate de son côté que les plaintes somatiques (ou somatoformes) ne sont pas au premier plan. L'assurée rapporte spontanément des symptômes de mal-être et des symptômes intellectuels qui entrent dans le registre dépressif. Lors de la présente observation, les douleurs ne sont venues qu'au questionnement dirigé. Ces caractéristiques cliniques permettent dès lors de raisonnablement exclure une entité du chapitre des troubles somatoformes.

[...]

- Personnalité

Enfin, l'assurée se présente manifestement comme quelqu'un de dépendant. On verrait mal comment elle pourrait vivre de façon autonome. On retrouve indiscutablement un besoin général et excessif d'être prise en charge et un comportement soumis et collant. L'expertisée semble ne plus assumer aucune responsabilité personnelle. Elle se soumet sans critique à ce qu'on lui demande de faire (demande AI, consultations pour expertise, suivi psychiatrique). Elle ne fait plus aucun projet. Elle manifeste dramatiquement sa souffrance afin d'obtenir le soutien et l'appui d'autrui. Elle est paniquée à l'idée qu'elle pourrait être laissée à se débrouiller seule.

Même si tous ses comportements peuvent relever de l'état dépressif, il se pose la question d'un trouble de personnalité sous-jacent. Comme on n'a pas notion de dysfonctionnements ou de manifestations psychopathologiques avant 1997, il paraît raisonnable d'écarter un trouble de personnalité stricto sensu, si on observe les réquisits des ouvrages diagnostiques de référence. L'assurée présente néanmoins des traits de personnalité pathologiques qui valent pour une certaine rigidité et peuvent sous-tendre la chronicité actuelle.

Appréciation asséculoologique

Sur le plan asséculoologique, les choses sont également difficiles pour le même motif du décalage culturel. S'il y a indiscutablement ici une véritable pathologie psychiatrique, il y a aussi des facteurs défavorables qui expliquent l'adoption d'un statut d'invalidé. Certains d'entre eux sortent de ce que couvre l'Assurance-invalidité. Il s'agit d'une immigration échouée. Il s'agit d'une scolarisation minimale. Il s'agit de carences adaptatives d'une assurée et de proches qui vivent partiellement en autarcie et n'ont apparemment jamais su intégrer les valeurs du pays d'accueil.

En l'état, on doit néanmoins admettre une pathologie psychiatrique qui relève de ce que décrit l'épisode dépressif moyen. Ce trouble vaut pour une certaine incapacité en raison de caractéristiques particulières. Celles-ci sont faites de troubles Intellectuels subjectifs importants (capacités attentionnelles, mémoire, difficultés à penser et à se concentrer). Eues sont faites du ralentissement, de la fatigue, de la fatigabilité et de la perte d'énergie prééminentes chez cette assurée. Elles sont faites de la perte d'intérêt qui est particulièrement marquée ici. Elles sont faites d'un comportement de dépendance, l'assurée ayant apparemment perdu une partie de son autonomie.

Au vu de ce qui précède, il paraît justifié de retenir une incapacité de travail significative. Compte tenu de facteurs étrangers à l'invalidité,

le soussigné la chiffre à 40% et pas plus. Elle pourrait remonter à quelques années, sans qu'il soit possible d'être plus précis. En reprenant ce que rapporte le médecin traitant on pourrait admettre que les troubles sont présents depuis le début des années 2000 et qu'ils n'ont guère varié d'intensité depuis là.

La situation est très vraisemblablement fixée pour une longue durée. Le traitement paraît optimal tant en qualité qu'en quantité. Des mesures professionnelles sont ici parfaitement Illusoires, déjà au vu de l'absence de motivation de l'assurée.

Au vu de l'importance du contexte, les choses devraient être réévaluées d'ici deux ans au moins.

Conclusions

[...]

L'évaluation actuelle parle pour une pathologie essentiellement psychiatrique, faite d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen), les troubles purement somatiques étant moins significatifs, selon dossier.

Les plaintes somatoformes ne sont pas au premier plan. L'assurée rapporte spontanément des symptômes de mal-être et des symptômes intellectuels qui entrent dans le registre dépressif et les douleurs ne viennent qu'au questionnement dirigé, dans un deuxième temps. Pour ces motifs, il paraît juste de ne pas cumuler une entité diagnostique du chapitre des troubles somatoformes.

En l'état, le trouble dépressif vaut pour une incapacité de travail, même si l'adoption d'un statut d'invalidé semble aussi relever de facteurs étrangers à l'invalidité (mauvaise acculturation, scolarisation rudimentaire, mauvaises capacités d'adaptation, accident de l'époux).

Pour des motifs strictement médicaux, le soussigné retient une incapacité de travail de 40% et pas plus. Il la fait remonter au début des années 2000, sans avoir la possibilité d'être plus précis dans un contexte d'un dossier mince et d'une collaboration minimale de l'assurée. Elle est vraisemblablement continue depuis là et pourrait être fixée pour une longue durée. Au vu de l'importance du contexte, les choses devraient toutefois être réévaluées d'ici deux ans au moins.

Actuellement, les mesures médicales paraissent optimales tant en qualité qu'en quantité, compte tenu de la situation. Des mesures professionnelles n'ont pas de sens."

Dans un rapport du 25 juillet 2008, le SMR a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail durable de 40% dans toute activité depuis 2000 et a retenu comme limitations fonctionnelles: "alternance des positions, pas de porte-à-faux du tronc, pas de déplacement sur sol irrégulier. Pas de port de charges lourdes". Il a par ailleurs considéré que compte tenu du contexte socio-culturel, des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec.

Suite à une enquête économique sur le ménage du 19 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a retenu, dans une note interne du 22 avril 2009, que l'assurée présentait une invalidité de 60% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR.

c) Dans un avis médical du 29 avril 2009, le SMR a estimé que les empêchements retenus dans l'enquête économique du 19 novembre 2008 ont été surévalués. A son sens, une telle surévaluation résulte du fait qu'en cas d'atteinte psychiatrique, l'enquêteur peut uniquement se fonder sur les déclarations de l'assuré. Dans ces circonstances, le SMR est d'avis que seul l'expertise du Dr R. _____ fait foi, de sorte que l'empêchement ménager de l'assurée n'est pas supérieur à 40%.

En date du 21 juillet 2009, l'OAI a retenu un taux d'incapacité de travail de 40%, un revenu d'invalidé, en 2006, de 30'166 fr. et un revenu sans invalidité, en 2006, de 50'277 fr. (revenu pour une activité non qualifiée selon l'ESS).

d) Dans un projet de décision du 4 août 2009, l'OAI a proposé de rejeter la demande, au motif que l'assurée présentait, compte tenu des indications de son rapport du 21 juillet 2009, un degré d'invalidité de 31%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (40% minimum).

Par acte du 24 août 2009, l'assurée a fait opposition au projet de décision, estimant être en très mauvaise santé physique et psychique. Elle souhaitait que son dossier soit réexaminé et, si nécessaire, qu'une expertise multidisciplinaire soit mise en oeuvre.

Dans un rapport du 23 septembre 2009, reçu par l'OAI le 29 septembre 2009, la Dresse G. _____, psychiatre chez Appartenances, a estimé que l'assurée présentait les diagnostics suivants ayant des répercussions suivants sur la capacité de travail:

- épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques avec sentiment de déréalisation et dépersonnalisation (depuis 2009; F32.2);
- trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4).

Ce médecin a précisé que l'assurée a présenté depuis 1997 un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle a considéré que la situation était très difficile, l'assurée semblant incapable de faire quoi que ce soit, et souhaitait qu'elle soit hospitalisée au plus vite. Elle a en outre relevé que le traitement, qui consistait en des entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires et un suivi psychiatrique avec une prise en charge médicamenteuse, a débuté le [...] 2008. A son sens, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité.

e) Par décision du 30 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 4 août 2009 et a rejeté la demande de prestations AI déposée par l'assurée.

B. a) Par acte du 29 octobre 2009, A. _____ a recouru contre la décision du 30 septembre 2009. Elle conclut, à titre principal, à l'annulation de cette dernière ainsi qu'à la reconnaissance d'un droit en sa faveur d'une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2002 et d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2008.

En ce qui concerne la période précédant l'accident de son mari, la recourante soutient en substance que le taux d'incapacité de 40% retenu par l'OAI est inadéquat. En effet, ce taux tient uniquement compte des atteintes psychiques, sans prendre en considération les atteintes physiques. A son sens, il convient de retenir le taux d'incapacité de 58% fixé suite à l'enquête économique. Elle soutient également ne pas avoir connu les faits donnant droit à une prestation dès leur naissance et avoir déposé la demande de prestation dans les douze mois suivants leur connaissance, de sorte que, conformément à l'art. 48 aLAI et 24 al. 1 LPGA, son droit à la rente est ouvert depuis le 1^{er} janvier 2002.

S'agissant de la période postérieure à l'accident de son mari, elle ne comprend pas comment l'OAI, en se basant sur une incapacité de travail de 40%, arrive à un degré d'invalidité de 31% uniquement. Elle estime par ailleurs que c'est à tort que l'OAI n'a pas retenu d'abattement lors du calcul du degré d'invalidité, basé sur une comparaison des revenus. A son sens, compte tenu des circonstances personnelles, un taux de 25% devrait pouvoir entrer en considération, de sorte qu'un degré d'invalidité de 52% doit lui être reconnu.

Pour le surplus, elle soutient présenter un taux d'invalidité de 100% à partir du 1^{er} avril 2008 en raison d'une aggravation de son état de santé consistant en l'apparition de symptômes psychotiques - absents des constatations du Dr R._____ faites en juin 2008. A ce sujet, elle s'étonne que l'OAI n'ait pas tenu compte du rapport de la Dresse G._____.

b) Dans sa réponse du 18 janvier 2010, l'OAI déclare ne pas avoir tenu compte du rapport de la Dresse G._____, au motif qu'il n'avait reçu ce dernier que deux jours avant d'avoir rendu la décision entreprise. Il a soumis ce rapport au SMR, qui s'est prononcé comme suit, le 12 janvier 2010:

"Le rapport de la Dresse G._____ fait état d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Le tableau clinique est à ce point préoccupant qu'une hospitalisation d'urgence est prévue. L'incapacité de travail est totale, mais le Dresse G._____ n'indique pas à partir de quand.

A première vue, il s'agirait d'une aggravation de l'état de santé postérieure à juin 2006 [recte: 2008] (expertise du Dr R._____), que nous devons investiguer. Si elle devait s'avérer, nous serions amenés à reconsidérer la capacité de travail.

En tout état de cause, nous ne pouvons pas prendre position en l'état du dossier. Il est impératif de connaître l'évolution de l'assurée depuis le rapport de la Dresse G._____. A-t-elle été hospitalisée? Si oui, avec quels résultats? Si non, pourquoi?"

L'OAI a estimé qu'un complément d'instruction serait opportun.

c) Dans sa réplique du 9 février 2010, la recourante considère qu'un complément d'expertise pourrait être demandé au Dr R._____.

L'OAI s'est rallié à la proposition de la recourante (duplique du 8 mars 2010).

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. 58 LPGA).

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), 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).

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 recevable en la forme.

2. 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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

Selon l'art. 28 al. 1 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.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 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; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

b) De manière générale, l'assureur et l'instance de recours sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 2bis LAI).

3. En l'espèce, l'OAI ne s'est basé que sur l'expertise du Dr R._____ pour rendre la décision entreprise. De son aveu même, il a omis de prendre en considération le rapport médical du 23 septembre 2009 de la Dresse G._____, reçu un jour avant la date de la décision entreprise. Or, il ressort de ce rapport médical que l'état de santé de la recourante était préoccupant et que la Dresse G._____ souhaitait hospitaliser la recourante.

Dans son avis du 12 janvier 2010, le SMR a considéré qu'un examen complémentaire de l'état de santé de la recourante était nécessaire, afin de déterminer si celui-ci s'était aggravé. Le cas échéant, il conviendra de reconsidérer la capacité de travail de la recourante. Il souligne en outre qu'il est impératif de connaître l'évolution de l'état de

santé de cette dernière depuis le 23 septembre 2009, notamment si une hospitalisation a eu lieu.

L'OAI s'est rallié à la proposition de la recourante de requérir un examen complémentaire au Dr R._____.

Au vu de ce qui précède, il est incontesté que l'état de santé de la recourante ne peut être tenu pour clairement établi à la date de la décision entreprise. Tant la recourante que l'intimé estiment un examen complémentaire nécessaire. Compte tenu du fait que l'on ne peut, en l'état actuel du dossier, statuer à satisfaction de droit sur la capacité de travail, alors qu'il se justifie d'examiner ce point en détail, des investigations complémentaires doivent être menées à ce sujet.

L'OAI ayant constitué le présent dossier, en particulier sa partie médicale, il s'avère plus efficient de lui renvoyer la cause et de lui confier le soin de mettre en œuvre toute mesure d'instruction complémentaire utile à la détermination de la capacité de travail de la recourante, d'autant plus qu'il dispose des moyens utiles à cette fin et est d'ores et déjà en contact avec plusieurs intervenants médicaux (médecins du SMR, Dr R._____, etc.). Il lui appartiendra ensuite de déterminer le degré d'invalidité de la recourante ainsi que, le cas échéant, le droit à la rente et la période pour laquelle un tel droit est ouvert.

4. a) Il en résulte que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants (cf. consid. 3 supra).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et

de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à la recourante A. _____ à titre de dépens, 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:

- Procap, 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: