

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 janvier 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Pittet et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Intégration Handicap,  
Service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 al. 1 LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), ressortissante portugaise née en 1959, a déposé une demande de rente le 31 mars 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Elle indiquait que, sans formation professionnelle, elle avait exercé l'activité d'employée d'entretien auprès d' [...] du 26 mars 2001 au 30 avril 2006.

Aux termes du rapport établi le 20 juin 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux avec des lombalgies chroniques - évoluant depuis 2002 -, un canal lombaire étroit et des protrusions discales L3-L4, L4-L5, L5-S1 ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante. Il a conclu que les dorsalgies invalidantes étaient telles que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'aucune activité n'était actuellement envisageable; il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 9 juin 2005.

Le 1<sup>er</sup> mai 2007, un examen rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) par le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin physique et rééducation, et la Dresse Y.\_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. L'examen a mis en évidence des atteintes à la santé somatiques sous la forme de troubles statiques et dégénératifs du rachis, induisant des limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique, comme celle de femme de ménage. Cependant, la globalité des plaintes ne pouvait être expliquée par la mise en évidence des atteintes objectives à la santé. Sur le plan psychiatrique, il a été retenu que l'assurée avait présenté un épisode dépressif d'origine réactionnelle mais considéré actuellement en rémission complète et, de ce fait, non invalidant. Au terme de l'examen SMR, il a été retenu ce qui suit:

"Sur la base de notre examen clinique, l'étude du dossier radiologique fourni et du dossier médical mis à notre disposition, nous n'avons pas retenu d'atteinte à la santé à caractère invalidant

motivant une incapacité de travail de longue durée à 100%. Au vu des atteintes à la santé objectives de l'assurée, sa capacité de travail dans son activité habituelle de femme de ménage est réduite à 50%. Une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sans diminution du rendement. La composante non-organique (majoration des plaintes) n'a pas été retenue pour l'évaluation de cette capacité de travail sur le plan somatique.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse, et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées. L'assurée peut théoriquement mettre en œuvre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de juin 2005.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée ne présentant aucune pathologie psychiatrique invalidante, sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité."

**B.** Le 13 décembre 2007, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de décision dans lequel le droit à une rente d'invalidité lui était dénié, au motif qu'elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que, compte tenu du revenu qu'elle pourrait réaliser dans une telle activité, elle ne présentait pas un taux ouvrant droit à la rente ni à des mesures professionnelles. Le degré d'invalidité a ainsi été évalué à 12%, par comparaison des revenus sans invalidité (50'250 fr.) et avec invalidité (44'163.45), conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas en l'espèce - repris d'activité professionnelle. Le degré d'invalidité était ainsi inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente d'invalidité et à celui de 20% ouvrant le droit aux mesures professionnelles.

L'assurée, par l'intermédiaire du CHUV, a déclaré recourir contre le projet de décision et a fait valoir, par acte du 23 janvier 2008, que l'OAI n'avait pas tenu compte des troubles psychiques dans l'évaluation de l'invalidité. Elle a requis que son médecin psychiatre soit sollicité à ce sujet.

Interpellé par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la policlinique du département de psychiatrie du CHUV, a retenu, le 9 avril 2008, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

(vertiges) depuis juin 2005 et de trouble somatisation depuis octobre 2006. Il a estimé qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008, la capacité de travail de l'assuré serait de 10 à 20% dans la profession de femme de ménage et de 40 à 50% dans une activité de bureau.

Dans un avis médical du 23 avril 2008, le SMR, par le Dr T.\_\_\_\_\_, a constaté que le trouble dépressif épisode moyen était attesté depuis le 19 juin 2005 et qu'une symptomatologie dépressive aurait eu lieu il y a un an et demi alors que l'examen du 1<sup>er</sup> mai 2007 retenait un épisode dépressif en rémission complète. Par ailleurs, il a relevé que le status psychiatrique décrit les 1<sup>er</sup> mai 2007 et 9 avril 2008 ne mentionnait aucun élément pathologique objectif, de sorte que le diagnostic avancé ne reposait que sur des éléments anamnestiques, purement subjectifs et retenus sans analyse critique. Il a souligné que les limitations fonctionnelles mentionnées par les psychiatres de la policlinique relevaient exclusivement du domaine somatique et qu'il n'y avait donc aucune limitation fonctionnelle en lien avec le trouble dépressif allégué qui, par conséquent, ne saurait justifier une incapacité de travail. Il a finalement argué que les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ n'étaient qu'une estimation différente d'une situation inchangée et qu'il n'existait aucun fait nouveau sur le plan psychiatrique.

Le 11 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 13 décembre 2007. Une lettre explicative, adressée le même jour, retenait en particulier ce qui suit:

"Pour répondre à votre contestation, nous avons demandé un rapport médical complet au Dr P.\_\_\_\_\_ de la Consultation de Chauderon. Ce dernier nous relève exclusivement des limitations fonctionnelles du domaine somatique. Le status psychiatrique décrit dans le rapport du 9 avril 2008 ne mentionne aucun élément pathologique objectif, tout comme le status psychiatrique constaté lors de l'examen du 1<sup>er</sup> mai 2007. Le diagnostic avancé ne repose dès lors que sur des éléments anamnestiques purement subjectifs et retenus sans analyse critique.

Ce rapport fait état d'une situation médicale objective superposable à celle constatée lors de l'examen du 1<sup>er</sup> mai 2007.

Les conclusions de ce rapport sont une estimation différente d'une situation inchangée et ne s'appuient sur aucune justification objective.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. Cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée ; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

L'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ ne contient par ailleurs aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR.

Il y a dès lors lieu de retenir les conclusions du SMR."

**C.** L'assurée, par l'intermédiaire du Dr F.\_\_\_\_\_, recourt contre cette décision par acte du 29 juillet 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente et de mesures professionnelles. Elle justifie son recours par la survenance d'un fait nouveau, soit le diagnostic de fibromyalgie posé par la Dresse X.\_\_\_\_\_ lors de la consultation du 13 juin 2008 au service de rhumatologie et de rééducation du CHUV, laquelle a souligné, dans ce contexte, l'importance d'un suivi psychiatrique. La recourante fait valoir que différents médecins ont relevé une interrelation entre l'atteinte physique et psychique, responsable des plaintes présentées, et tout à fait compatible avec le diagnostic de fibromyalgie. Elle reconnaît que cette pathologie pose un problème assécurologique connu mais l'aide de l'assurance-invalidité est nécessaire dans un premier temps, dans l'attente d'une stabilisation de son état de santé.

Dans sa détermination du 16 février 2009, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, argumentant comme suit:

"Selon la jurisprudence, la fibromyalgie peut être assimilée, sur la plan juridique, aux troubles somatoformes douloureux.

Cela étant, quand bien même ce diagnostic devait être retenu, il ressort très clairement des éléments au dossier que les conditions, pour que cette atteinte soit reconnue comme invalidante, ne sont pas remplies.

En effet, la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante. Nous vous renvoyons sur ce point à l'examen clinique du SMR du 1<sup>er</sup> mai 2007, ainsi qu'à l'avis médical 23 avril 2008, s'agissant du rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2008.

D'autre part, la recourante ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les experts relèvent en effet que sa vie sociale est normale et qu'elle voit régulièrement des amis. Il n'y a non plus pas d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique puisque lors de l'examen clinique, il a été constaté que l'épisode dépressif était en rémission.

Il convient donc de retenir que les conditions posées par la jurisprudence pour déterminer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas remplies."

Dans la réplique déposée par l'intermédiaire de son conseil le 20 mai 2009, la recourante fait grief à l'intimé de s'être fondé sur l'examen rhumatologique et psychiatrique des Drs S. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ qui ne sont titulaires d'aucun titre de spécialiste FMH et souligne que leur conclusion quant à la capacité totale de travail s'oppose aux avis des médecins traitants et à celui de la Dresse N. \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport est annexé au recours. Elle soutient que l'incapacité en raison des troubles rhumatologiques et psychiatriques remonte au 9 juin 2005, comme l'atteste l'ensemble des rapports médicaux. Partant, elle conclut, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à défaut, à l'audition de la Dresse N. \_\_\_\_\_, et, au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2006 ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour examen du droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle.

La Dresse N. \_\_\_\_\_ présente ses observations sur le dossier médical de la recourante dans le rapport du 17 mai 2009 et diagnostique un trouble dysthymique, un trouble somatisation et un trouble de personnalité dépendante, tout en relevant que les troubles psychiatriques

ont été niés par les différents médecins. Elle est d'avis qu'il faudrait reconnaître à l'assurée le droit à une réadaptation, notamment en permettant une observation dans un atelier de l'AI, afin de mobiliser ses ressources, de lui offrir un nouvel environnement, et de lui accorder une forme de reconnaissance de ses souffrances, ce qu'elle cherche inconsciemment.

Par duplique du 22 juin 2009, l'OAI maintient sa position et se rallie à l'avis médical du SMR du 16 juin 2009 qu'il joint en annexe. Se déterminant sur le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_, le Dr T. \_\_\_\_\_ écrit ceci:

"Les six premières pages traitent essentiellement des circonstances et du contexte du licenciement ; ce ne sont donc pas des faits médicaux.

Dès la page 7, la Dresse N. \_\_\_\_\_ expose avec une foison de détail les éléments anamnestiques depuis l'enfance et en tire des hypothèses psychopathologiques, sans jamais se référer à des éléments médicaux objectifs actuels. Elle conteste les constatations des médecins du SMR, qui, rappelons-le, datent de dix-huit mois avant sa prise en charge et émanent de médecins qui ont examiné l'assurée à ce moment-là.

Concernant les diagnostics retenus par la Dresse N. \_\_\_\_\_, je les commente comme suit:

- la dysthymie est définie dans la CIM-10 (F34.1) comme des épisodes isolés de dépression ... d'une sévérité ou d'une durée insuffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger. Etant donné la faible gravité de cette affection, elle est généralement considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail,

- le trouble somatisation fait partie des troubles somatoformes (F45), qui ne sont pas considérés comme source d'incapacité de travail durable sauf si les critères de gravités définis par la jurisprudence sont remplis, ce qui n'est pas le cas chez cette assurée,

- le trouble de la personnalité dépendante est une affection qui est par définition présente depuis la fin de l'enfance ou l'adolescence et comporte des dysfonctionnements graves dans des situations personnelles et sociales très variées (CIM-10 : F60). Ces critères diagnostiques ne sont manifestement pas remplis chez cette assurée de 50 ans qui a pu travailler et gagner sa vie dès l'âge de 12 ans.

La Dresse N. \_\_\_\_\_ précise en page 13 que « les plaintes de la patiente sont exactement les mêmes que il y a 2 ans ou plus ». Elle

fait donc une appréciation différente d'une situation inchangé depuis l'examen au SMR.

En ce qui concerne la capacité de travail, la Dresse N.\_\_\_\_\_ ne fournit pas d'estimation médicale chiffrée. Elle rapporte que « la patiente se dit à l'heure actuelle incapable de travailler ». C'est pourtant bien au médecin et non pas à l'assurée elle-même qu'il appartient de définir l'exigibilité sur des bases médicales, et ce par soucis d'équité entre assurés.

Néanmoins, si la Dresse N.\_\_\_\_\_ revendique pour sa patiente un « droit à bénéficier d'une réadaptation » c'est donc que l'assurée a une capacité de travail puisque c'est une condition sine qua none pour bénéficier d'une telle mesure.

Notons enfin que l'objectif principal visé « d'accorder une forme de reconnaissance de ses souffrances » n'est pas du tout du ressort de l'AI ; en effet les prestations de l'AI ont pour seul objectif de réduire le préjudice économique ou, le cas échéant, de le compenser par des prestations financières.

En conclusion, le rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical de nature à remettre en question nos conclusions, basées sur un examen clinique neutre. En particulier, il ne fait état d'aucun argument médical qui soit en contradiction une pleine capacité de travail dans une activité adaptée."

Le 20 juillet 2009, la Dresse N.\_\_\_\_\_ se prononce sur l'avis médical du SMR. En préambule, elle relève que chaque diagnostic est minimisé et leur impact sur la capacité de travail est évalué séparément. Elle expose qu'à l'heure actuelle, la capacité de travail de la recourante, compte tenu des symptômes qu'elle présente (douleurs diffuses, maux d'estomac, de tête, de ventre, insomnie, vertiges, etc.), est nulle. Elle estime utile de lui offrir une réadaptation, à temps partiel et précédée d'une période d'observation, dans l'espoir de faire avancer les choses et de sortir la patiente d'un état que l'on peut considérer "cristallisé". De plus, la reconnaissance implicite des atteintes à la santé pourrait améliorer son état et mobiliser des ressources peut-être encore existantes. Finalement, elle ajoute que, sans une amélioration de l'état de santé psychique, il n'y a aucune possibilité de récupération, même partielle, d'une quelconque capacité de travail, même si les chances d'obtenir une telle amélioration paraissent, à l'heure actuelle, très limitées.

**D.** À la suite de l'audience du 3 décembre 2009, un mandat d'expertise a été confié à deux co-experts, le Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, lesquels ont déposé leur rapport le 4, respectivement 5 novembre 2010.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ résume le dossier médical de la recourante, établit l'anamnèse et relate les examens réalisés. Dans son appréciation, il expose ce qui suit:

"Au total, sur le plan somatique nous retenons des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs qui ont nettement progressé au niveau lombaire depuis l'année 2003. Si ces anomalies ont pu jouer un rôle d'épine irritative, elles ne peuvent néanmoins pas expliquer l'importance du syndrome douloureux, son extension et sa résistance à tous les traitements. Le tableau clinique n'est pas non plus évocateur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une autre affection, métabolique par exemple. Elle a présenté une entorse de la cheville droite en 2005, compliquée d'une Ostéochondrite de l'astragale, dont l'évolution a été par la suite satisfaisante.

Devant ces discordances, avec un syndrome douloureux généralisé accompagné de fatigue, de symptomatologie dépressive, de douleur à la palpation du tronc et des membres, un diagnostic de fibromyalgie a été évoqué à plusieurs reprises. Il faut cependant rappeler que ce terme sert à désigner un tel syndrome douloureux et que, pour beaucoup de spécialistes, il ne s'agit pas d'une maladie à proprement parler. Au vu de l'extension des douleurs largement au-delà des points musculo-tendineux classiquement décrits dans les critères de classification de la fibromyalgie chez une assurée présentant une symptomatologie dépressive, et chez qui une psychopathologie significative a été évoquée à plusieurs reprises, il faut privilégier un diagnostic psychiatrique. Ce point fait l'objet de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ qui confirme l'existence d'une psychopathologie importante.

Au vu de ce qui précède, je puis répondre comme suit aux questions posées :

A Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Cervico-dorso-lombalgique chronique. Troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire prédominant à l'étage L5-S1.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Obésité
- Status après entorse de la cheville droite et ostéochondrite de l'astragale en 2005.

B Influences sur la capacité de travail :

1. Limitation en relation avec les troubles constatés :

Au plan somatique, il y a des limitations fonctionnelles en raison des troubles dégénératifs rachidiens : ceux-ci ont été énumérées dans l'examen du Dr S. \_\_\_\_\_ en 2007 : pas de port de charge supérieur à 10kg de façon réplétive, pas de position statique assise au-delà de 3/4h, pas de position en antéflexion ou en portafaux du rachis à répétition, pas de position accroupie ou en genou flexion à répétition, pas de position debout prolongée au-delà de 15min.

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?  
Incapacité de travail 100% depuis juin 2005.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?  
Non.

2.4 Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, sur le plan somatique, on pourrait théoriquement exiger un taux d'activité de 100%. Néanmoins, compte tenu de la psychopathologie importante, les experts s'accordent à estimer qu'il existe une incapacité de travail de 100% quelle que soit l'activité envisagée. Pour les mêmes raisons, des mesures professionnelles ne sont pas envisageables.

L'assurée bénéficie d'une prise en charge médicale adéquate qui n'a pas permis d'amélioration au cours des cinq dernières années. Les experts n'ayant pas de proposition thérapeutique, la présente évaluation est fixée pour une longue durée voire définitivement."

A l'issue de l'expertise psychiatrique, le Dr H. \_\_\_\_\_ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un retard mental léger présent depuis l'enfance (la recourante n'a suivi que quatre années de scolarité obligatoire), un trouble de la personnalité mixte (dépendante, immature et traits paranoïaques) présent depuis la fin de l'adolescence et décompensé depuis 1996 environ, un trouble envahissant du développement (séquelles de psychose infantile), un trouble dépressif récurrent présent depuis 1996 et épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2004 environ. Dans le cadre de l'appréciation du cas, il se prononce comme suit:

"Le trouble somatoforme de l'expertisée peut être considéré comme comportant d'importants critères de gravité, dans le sens qu'il s'accompagne bel et bien d'une comorbidité psychiatrique sévère, tant par sa nature que par sa durée (trouble dépressif récurrent sur une base déficitaire associant un retard intellectuel, un trouble de la personnalité s'enracinant lui-même sur de probables séquelles de psychose infantile). Selon avis de mon confrère L. \_\_\_\_\_, il y a également présence d'une comorbidité somatique, elle-même en

progression depuis 2003. Prise dans son ensemble (aspects psychiatriques et somatiques), il s'agit déjà d'une évolution sur plusieurs années, sans rémission notable. L'expertisée a bénéficié de différentes prises en charge, notamment sur le plan psychiatrique. Tous les suivis psychiatriques, mêmes s'ils ont potentiellement amoindri par périodes l'intensité du syndrome dépressif, n'ont de toute évidence pas amené de rémission significative de l'état clinique, si l'on considère la pathologie mentale dans son ensemble. Par ailleurs, il faut signaler que les traitements psychiatriques ont été menés « lege artis », notamment en ce qui concerne les aspects de la prescription médicamenteuse. A ce sujet, vu l'intrication des pathologies, il paraît de toute façon illusoire d'imaginer qu'un traitement psychopharmacologique peut, à lui seul, améliorer l'état clinique et la capacité de travail. Il faut ensuite considérer que l'expertisée présente bel et bien un état psychique cristallisé. En effet, comme très bien décrit par la Dresse N.\_\_\_\_\_, l'expertisée se montre fruste, incapable de verbaliser autrement sa souffrance, ses plaintes sont toujours déclamées dans le même ordre et sur le même ton. Au vu de ses importantes lacunes psychiques, Mme B.\_\_\_\_\_ ne peut que privilégier le court-circuitage de tout processus de pensée à travers la voie somatique. A ce sujet, il faut également relever ici une nouvelle erreur de logique du SMR, étant donné que sur la lettre de l'AI au Tribunal des assurances du 16 février 2009 (cf. no 18, résumé de dossier), il est indiqué qu'il n'y a pas d'état psychique cristallisé « *puisque lors de l'examen clinique, il a été constaté que l'épisode dépressif était en rémission* ». Ici également, l'argument donné (la rémission présumée de l'état dépressif) s'écarte de l'objet visé par la notion d'état psychique cristallisé, il faut en effet considérer les plaintes fonctionnelles pour elles-mêmes, et déterminer si elles restent constantes avec le temps, signant l'échec d'élaboration de toute conflictualité psychique, ce qu'a par ailleurs très exactement décrit déjà en son temps ma consoeur N.\_\_\_\_\_. Enfin, le descriptif de la vie quotidienne et sociale fait état d'une baisse progressive de l'insertion sociale, avec toutefois encore certains contacts amicaux préservés, quelques sorties dans des cafés, l'expertisée pouvant également se rendre chez sa fille à l'étranger. Sur cette base, même si l'on ne retient pas encore formellement la présence d'une « perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie », l'évolution de l'expertisée est très proche de cette notion, même si elle n'est pas encore formellement atteinte.

Au vu de tout ce qui précède, le pronostic psychiatrique à formuler est à mon avis très sombre. Pris dans sa globalité, et après concertation avec mon confrère L.\_\_\_\_\_, je suis d'avis de considérer une capacité de travail nulle dès le mois de juin 2005. A partir de cette date, l'expertisée n'a pas été en mesure de retrouver des ressources suffisantes lui permettant de s'écarter de ses plaintes. Sa pathologie psychiatrique s'est chronifiée depuis et a été globalement résistante à toute tentative de traitement, notamment en ce qui concerne l'aggravation des somatisations (généralisation du tableau douloureux).

Etant donné le profil psychologique de l'expertisée, son épuisement actuel avec abolition des ressources adaptatives, son retard mental, je ne vois pas comme Mme B.\_\_\_\_\_ pourrait depuis juin 2005 bénéficier de mesures d'ordre professionnel visant à la réinscrire

dans le premier marché de l'emploi, et dans ce sens j'estime que les propositions formulées en son temps par ma consœur N.\_\_\_\_\_ et par mes autres confrères thérapeutes psychiatres dépassent malheureusement le potentiel de l'expertisée."

En réponse aux questionnaires de l'intimé, de la recourante et de la cour, il confirme que sur le plan psychiatrique, l'activité antérieure n'est plus exigible, que l'assurée présente une incapacité de travail complète depuis juin 2005 et que des mesures médicales ou d'ordre professionnel n'auront aucune incidence sur la capacité de travail.

Par écriture du 6 décembre 2010, l'OAI indique avoir soumis au SMR les expertises des Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ et se rallier à l'avis médical du médecin-conseil du 29 novembre 2010, qu'il joint à sa réponse.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ relève que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics, les mêmes limitations fonctionnelles et la même capacité de travail dans une activité adaptée que le Dr S.\_\_\_\_\_ et fait dès lors siennes ses conclusions. *A contrario*, il émet des doutes sur l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, particulièrement sur la validité des tests psychologiques dans la mesure où l'expertisée ne maîtrise pas la langue française, ainsi que sur le diagnostic de trouble envahissant du développement, lequel n'est qu'une hypothèse basée sur un test de QI bas associé à un fonctionnement du registre psychotique. Par ailleurs, il s'étonne qu'aucun des psychiatres n'aient jamais suspectés cliniquement de telles atteintes, de sorte qu'il est peu probable qu'elles aient un impact significatif sur la capacité de travail dans le type d'activité exercée par la recourante. En outre, il estime que l'anamnèse très détaillée est interprétée avec beaucoup d'empathie pour appuyer la thèse d'une enfance traumatique à l'origine des perturbations du développement alors que l'assurée a confié à d'autres médecins avoir eu une enfance heureuse, sans maltraitance physique ou psychique. Il relève également que les Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ sont les seuls psychiatres à retenir un trouble de la personnalité mixte, trouble qui, dans la majorité des cas, n'implique pas d'incapacité de travail. En conclusion, il argue qu'une partie des diagnostics retenus par l'expert repose sur des interprétations discutables

plutôt que sur des faits médicaux et qu'il n'est à aucun moment démontré sur quoi repose l'incapacité de travail totale attestée depuis 2005, soulignant au demeurant que les médecins du département de psychiatrie du CHUV préconisaient une reprise de travail en 2005 et les Drs P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ suggéraient une reprise d'activité professionnelle progressive encore en 2008.

Le 8 décembre 2010, la recourante déclare, au vu des rapports d'expertise, maintenir la première des conclusions prises le 20 mai 2009, à savoir qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> juin 2006.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il en résulte que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par B. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 11 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. de sorte que la cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RS 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid.2).

**b)** Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail de la recourante dès le 9 juin 2005, respectivement son degré d'invalidité et, partant, son droit à la rente, dès cette période. Dans sa détermination du 8 décembre 2010, la recourante a en effet expressément admis la conclusion du rapport d'expertise judiciaire établi les 4 et 5 novembre 2010, selon laquelle elle présente une incapacité de travail totale dès juin 2005; quant à l'autorité intimée, elle conteste la valeur probante du rapport du 5 novembre 2010, se référant notamment, à la suite de l'avis du SMR du 29 novembre 2010 dont il a fait siennes les conclusions, aux avis des médecins du département de psychiatrie du CHUV.

**3. a)** L'art. 4 LAI dispose que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident; elle est réputée

survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quart de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que les médecins, 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. 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 arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité cons. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est

pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2).

**d)** Selon la jurisprudence, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1 et les références).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C\_547/2008 précité consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel

cas en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 précité consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 précité consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), la présence d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ou encore l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 précité consid. 4.2.2; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, il convient d'apprécier la situation médicale de la recourante et les répercussions des atteintes à la santé sur sa capacité de travail tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique.

**a)** Après que le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a produit son rapport établi le 20 juin 2006, lequel faisait état d'un syndrome douloureux avec lombalgies chroniques, d'un canal lombaire étroit, de protrusions discales L3-L4, L4-L5, L5-S1 ainsi que d'un trouble de la personnalité dépendante, l'OAI a fait effectuer un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR par les Drs S.\_\_\_\_\_, médecin physique et rééducation, et Y.\_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, qui a donné lieu à un examen du 1<sup>er</sup> mai 2007. Cet examen retenait des atteintes à la santé somatiques sous la forme de troubles statiques et dégénératifs du rachis, induisant des limitations fonctionnelles dans des

activités à forte charge physique, ainsi qu'un épisode dépressif d'origine réactionnelle considéré toutefois en rémission complète. L'OAI a ensuite interpellé le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la policlinique du département psychiatrique du CHUV, lequel a observé un trouble dépressif récurrent depuis juin 2005 ainsi qu'un trouble somatisation depuis octobre 2006. La recourante a fait valoir l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin associé au service de rhumatologie et de rééducation du CHUV, qui a posé le diagnostic de fibromyalgie, ainsi que celui de la Dresse N.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu un trouble dysthymique, un trouble somatisation et un trouble de personnalité indépendante.

Du point de vue strictement somatique, il ressort des avis médicaux du SMR que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Du point de vue psychiatrique, ces médecins estiment qu'il n'existe aucune pathologie psychiatrique invalidante. *A contrario*, les Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont conclu à une incapacité de travail totale, avis que les experts judiciaires L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont partagé aux termes de leur expertise des 4 et 5 novembre 2010.

**b)** Dans son rapport du 4 novembre 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a retenu des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs, en nette progression au niveau lombaire depuis 2003. Il a approuvé les limitations fonctionnelles dues aux troubles dégénératifs rachidiens telles qu'énumérées par le Dr S.\_\_\_\_\_ en 2007 et a conclu que, du strict point de vue somatique, on pouvait admettre une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ces limitations. Le SMR s'est rallié à l'avis de l'expert dont les conclusions sont similaires à celles émises en 2007 par le Dr S.\_\_\_\_\_ (mêmes diagnostics, mêmes limitations fonctionnelles, même capacité de travail dans une activité adaptée). Sur le plan psychiatrique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé l'existence d'une psychopathologie importante, s'accordant ainsi avec le Dr H.\_\_\_\_\_ pour admettre une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité envisagée.

Le rapport du 5 novembre 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_ contient un résumé circonstancié du dossier (p. 1-8), une anamnèse psychosociale et professionnelle particulièrement fouillée (p. 8-13), la description des plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 13), la description de l'observation clinique (p. 14-15), les résultats des tests psychologiques (p. 15-16), les diagnostics selon la CIM-10 (p.16) et une appréciation du cas (p. 16-26) qui décrit la situation médicale et aboutit à des conclusions claires, convaincantes, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il retient les diagnostics de retard mental léger (F70), de trouble de la personnalité mixte (dépendante, immature et traits paranoïaques) (F61.0), de trouble envahissant du développement, sans précisions (séquelles de psychose infantile) (F84.9), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expert se fonde sur l'ensemble de la documentation médicale au dossier, ses propres entretiens avec l'expertisée, les tests psychologiques effectués par un consoeur ainsi que sur le colloque interdisciplinaire avec le Dr L.\_\_\_\_\_. On constate en outre que les experts judiciaires ont déposés des conclusions communes. De plus, les avis des autres médecins ne font pas état d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Il y a dès lors lieu de reconnaître à l'expertise rhumatologique et psychiatrique pleine valeur probante, celle-ci satisfaisant en tous points aux exigences posées par la jurisprudence à cet effet (cf. consid. 3c *supra*).

Au demeurant, le Dr H.\_\_\_\_\_ examine de manière tout à fait convaincante les différents critères permettant de définir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il explique les raisons pour lesquelles il retient une comorbidité psychiatrique sévère. De plus, il convient en tous les cas d'admettre une affection corporelle chronique, une diminution importante de l'insertion sociale et un état psychique cristallisé. Sur ce dernier point, l'expert donne des explications circonstanciées, se référant notamment au rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_, et discute la position du SMR pour finalement l'écartier. Par ailleurs, l'avis du SMR du 29 novembre 2010 ne saurait ébranler les

explications détaillées et convaincantes telles qu'exposées par le Dr H.\_\_\_\_\_.

**c)** Dans ces conditions, et compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, dont le rapport, convaincant et étayé, remplit toutes les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et qu'aucune opinion contraire ne vient sérieusement remettre en cause. Il convient en conséquence de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité depuis le mois de juin 2005, en raison de son atteinte sur le plan psychique.

La recourante a ainsi droit à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1<sup>er</sup> juin 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année dès la date de l'incapacité de travail durable, étant précisé que la demande de prestations a été déposée le 31 mars 2006 et que les conclusions en ce sens ont été prises par écriture du 20 mai 2009.

Au surplus, les mesures de réinsertion selon l'art. 14a LAI - dans la mesure où cette disposition est applicable - n'apparaissent pas envisageables en l'espèce, compte tenu du fait que la recourante ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, comme on l'a vu ci-dessus.

**5.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2006.

**6. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération ou de l'Etat,

auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics – tels les offices AI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 11 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2006.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Intégration Handicap, Service juridique (pour B. \_\_\_\_\_)
- 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).

La greffière :