

VD_FINDINFO AI 234/08 - 183/2011 vom 22. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_234_08_-_183_2011

FR: VD_FINDINFO AI 234/08 - 183/2011 du 22 février 2011

IT: VD_FINDINFO AI 234/08 - 183/2011 del 22 febbraio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 al. 1 LAI, 57 LPGA, 6 LPGA, 60 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. c LPGA, 61 let. g LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 al. 2 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 52 al. 1 LPA-VD, 55 LPA-VD, 79 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 99 LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.02.2011 AI 234/08 - 183/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 al. 1 LAI, 57 LPGA, 6 LPGA, 60 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. c LPGA, 61 let. g LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 al. 2 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 52 al. 1 LPA-VD, 55 LPA-VD, 79 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 99 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 234/08 - 183/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 22 février 2011

_____ Présidence de M. Métral Juges : M. Jomini et Mme Brélaz Braillard Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : P. _____, à Renens, recourante, représentée par l'Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne, en la personne de son Secrétaire général, Gilles-Antoine Hofstetter, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6 ss, 44 et 61 let.c LPGA; 28 LAI E n f a i t : A. P. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 juin 2003. Elle a indiqué qu'elle travaillait à 50 % en tant que vendeuse dans une grande surface commerciale, mais que sans atteinte à la santé, elle exercerait cette activité professionnelle à plein temps. Il ressort des renseignements médicaux recueillis par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé) que l'assurée a subi une laminectomie L5 gauche totale et S1 gauche partielle le 22 novembre 1995, en raison d'une sciatique parésiante L5 sur hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le haut. Le 11 février 2002, elle s'est soumise à une seconde intervention pour une laminectomie totale L4 et L5 droite, partielle L3 droite, en raison d'un canal lombaire étroit et d'une hernie discale L3-L4 et L4-L5 droite luxée. Selon un rapport médical du 6 juin 2003 du Prof. D. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, l'assurée a néanmoins de nouveau fait état, deux mois plus tard, de douleurs importantes dans le bas du dos à droite, irradiant jusque dans la fesse droite. Dans un rapport du 3 août 2003, ce médecin a précisé que la protrusion discale médiane qui avait été mise en évidence par imagerie par résonance

magnétique était insuffisante pour expliquer les plaintes de la patiente, principalement dans le bas du dos. Dans un rapport médical du 3 septembre 2003, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} janvier au 18 juin 2002, de 50 % du 19 juin au 18 novembre 2002, de 100 % du 19 novembre 2002 au 21 avril 2003 et de 50 % dès le 22 avril 2003, pour une durée indéterminée. Outre les atteintes à la colonne vertébrale mentionnées ci-avant, ce médecin a fait état d'un rétrolisthésis dégénératif L3-L4, d'une obésité harmonieuse, d'un goitre uninodulaire gauche autonome, d'une dystrophie nodulaire droite et d'une fibromyalgie. Interpellé par l'OAI, le Dr B. _____ a indiqué, dans un rapport médical intermédiaire du 25 février 2004, que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail exigible n'était que de 50% dans l'activité de vendeuse. Le Dr Q. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée en date du 20 décembre 2005. Dans un rapport d'examen rhumatologique du 9 mars 2006, ce médecin a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite et cervico-scapulagies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec discret rétrolisthésis de L3 sur L4, status après cure de hernie discale L5-S1 gauche en 1995, et L3-L4/L4-L5 en 2002. Ces affections entraînaient une incapacité de travail de 50 % dans l'activité professionnelle habituelle de l'examinée. En revanche, l'assurée était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée depuis le 11 août 2002, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale. Une telle activité devait permettre l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, ne pas imposer de soulever régulièrement des charges supérieures à 5 kg ni de porter régulièrement des charges excédant 12 kg, et ne pas impliquer de travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr Q. _____ a fait état d'une obésité morbide; il a également mentionné que l'assurée était suivie au cabinet du Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour boulimie et dépression. Le 16 mai 2006, l'OAI a notifié à l'assurée un refus de rente d'invalidité. Il considérait en substance qu'au regard de la capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr Q. _____, l'assurée pouvait encore réaliser un revenu annuel avec invalidité de 43'611 fr. 50, alors que sans invalidité, le salaire que lui verserait son employeur s'élèverait de 49'725 francs. Le taux d'invalidité résultant de la comparaison de ces deux revenus était de l'ordre de 12 %, ce qui excluait le droit à une rente. B. L'assurée s'est opposée le 14 juin 2006 à la décision de refus de rente précitée, en précisant notamment qu'elle avait adapté son activité chez son employeur en s'acquittant de tâches moins pénibles, avec un horaire de travail de 50 %. Elle indiquait en outre avoir suivi un régime drastique, avec une perte de poids de 30 kg. Ces efforts étaient néanmoins restés sans succès sur les douleurs, qui prenaient désormais le dessus sur son quotidien. Elle en était devenue dépressive et instable. L'assurée a, pour le surplus, résumé son parcours médical pendant les dix dernières années et a produit de nombreux rapports médicaux afin de l'étayer. Il ressort notamment d'un rapport médical du 10 mars 2003 des Drs T. _____, médecin associé, et V. _____, médecin assistant, au Service de chirurgie du [...] ([...]), qu'en plus des interventions chirurgicales déjà mentionnées ci-avant, l'assurée a subi une lobectomie thyroïdienne gauche totale et subtotale droite large, en début mars 2003. Par décision sur opposition du 11 avril 2008, l'OAI a relevé que les arguments développés par son assurée ne pouvaient être suivis, de sorte que son refus de prester selon décision du 16 mai 2006 était entièrement confirmé. L'OAI s'en est référé pour l'essentiel aux constatations médicales du Dr Q. _____

relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée. C. P. _____ a fait recours contre la décision sur opposition du 11 avril 2008. Elle allègue une incapacité de travail de 50 % dans toute activité et demande qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. A l'appui de son recours, elle a produit divers rapports médicaux figurant déjà au dossier de l'OAI. Le 11 septembre 2008, l'intimé a proposé le rejet de la requête d'expertise ainsi que du recours. Les parties se sont encore déterminées les 23 janvier, 18 février, 13 juillet, 15 septembre 2009, ainsi que les 4 janvier, 20 mai et 18 novembre 2010. La recourante a déposé des rapports médicaux établis les 6 juillet et 8 décembre 2009 par le Dr G. _____, médecin associé au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...], consulté dans l'optique d'une thérapie globale. De ces rapports médicaux, il ressort en substance qu'après un examen complet du dossier de la recourante, le Dr G. _____ a posé le diagnostic d'une hypermobilité articulaire généralisée (non retenu par les médecins consultés, dont en particulier le Dr Q. _____). Ce médecin a également mentionné diverses lacunes ou erreurs commises à son avis par le Dr Q. _____ dans l'établissement de son rapport. Le Dr G. _____ a en outre noté que l'état anxio-dépressif de la recourante n'avait pas fait l'objet d'une évaluation psychiatrique spécialisée, si ce n'était à titre thérapeutique. Du fait des régimes hypocaloriques que la recourante s'était imposée afin de diminuer son handicap, il en résultait probablement une perte musculaire significative nécessitant un reconditionnement musculaire d'une durée nettement supérieure à six mois, rendant invraisemblables les délais de récupération de la capacité de travail de la recourante attestés par le Dr Q. _____. L'intimé a pour sa part déposé des avis médicaux établis par les Drs A. _____, ancien médecin-chef adjoint en psychiatrie, et H. _____, médecin-chef adjoint du SMR, le 11 septembre 2009, et par le Dr A. _____, le 11 mai 2010. Il ressort principalement de ces avis que les médecins précités ont critiqué le diagnostic d'une hypermobilité articulaire généralisée tel que retenu par le Dr G. _____, les critères objectifs n'étant pas remplis. Pour le surplus, ils étaient d'avis que le rapport d'examen du Dr Q. _____ était pleinement convaincant, en particulier en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, 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). Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé en temps utile, soit dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 2. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à l'allocation d'une rente de l'assurance-invalidité. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Dans sa

teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins. D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA). D'autres versions antérieures de ces dispositions pourraient éventuellement s'appliquer au présent litige, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations. Il n'est toutefois nécessaire de les mentionner plus précisément ici, dès lors qu'elles avaient, matériellement, la même portée que les normes citées ci-avant dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, sous réserve de la question de l'échelonnement des rentes, sans pertinence en l'espèce. b) L'art. 8 LPGGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 2 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). 3. L'intimé a fixé à 49'725 francs le revenu sans invalidité de l'assurée pour l'année 2003. Il s'est référé aux renseignements obtenus auprès de l'employeur les 21 juillet 2003 et 20 avril 2006. La recourante ne conteste pas, à juste titre, cet aspect de la décision litigieuse, qui ne prête pas flanc à la critique. 4. a) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la recourante allègue que ses perspectives salariales sont limitées par une incapacité de travail de 50 % au moins dans toute activité. Elle conteste le caractère complet de l'instruction menée par l'intimé et soutient à ce titre qu'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire. Elle se réfère plus particulièrement aux rapports établis par le Dr G. _____, dans lesquels ce médecin conteste la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique du 9 mars 2006 du Dr Q. _____. L'intimé considère pour sa part que les critiques émises par le Dr G. _____ contre le rapport du Dr Q. _____, ainsi que ses propres constatations dans les rapports produits par la recourante, ne justifient ni l'octroi d'une rente d'invalidité, ni même un complément d'instruction, compte tenu des rapports des Drs A. _____ et

H. _____ déjà produits en cours de procédure. b) L'art. 61 let. c) LPGA prévoit que le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Le juge doit ainsi examiner l'ensemble des moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, et décider s'ils permettent d'établir les faits pertinents. Les preuves réunies pendant la procédure menée devant l'assureur social peuvent être considérées comme suffisantes par le juge, qui renoncera alors à mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction. Cela vaut également lorsque les documents médicaux ont été établis par un service médical interne de l'assureur social. Toutefois, en cas de doute, même léger, sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit faire procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur social pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_907/2009 du 12 février 2010, consid. 1.1). Pour évaluer la valeur probante d'un rapport médical, le juge doit examiner plus particulièrement si les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, si le rapport se fonde sur des examens complets et s'il prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier et repose sur une anamnèse complète, si la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant la personne assurée, 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. 3). c) En l'espèce, le Dr Q. _____ a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée le 20 décembre 2005. Il a établi une anamnèse complète et rapporté ses observations cliniques de manière claire. Le Dr G. _____ a mis en cause la pertinence de certains tests et mis en doute la qualité des observations pratiquées, sans qu'il soit utile, à ce stade, d'entrer en matière sur ces critiques. Il convient, en revanche, de souligner que le Dr Q. _____ n'a motivé ses constatations relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assurée que de manière relativement sommaire et sans en exposer précisément le lien avec l'anamnèse et les observations cliniques. La partie "appréciation du cas" répète ainsi, dans une large mesure, les observations cliniques, pour conclure qu'"au vu de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés qui conduisent à une incapacité de travail de 50 % dans l'activité de vendeuse [...]. Par contre, dans une activité adaptée, tenant compte strictement des limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail est complète". On peut déduire de cette partie du rapport médical pourquoi son auteur a exclu le diagnostic de fibromyalgie et pourquoi il exclut un risque d'instabilité malgré les troubles statiques et dégénératifs du rachis constatés. Mais elle n'explique pas comment il en arrive à constater, malgré des douleurs dont il ne met pas en doute l'intensité, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui plus est depuis le mois d'août 2002 déjà. A cet égard, contrairement à ce que soutient l'intimé, ses constatations ne recourent pas entièrement celles "des différents médecins qui ont examiné la recourante". Le Prof. D. _____ avait certes précisé, à l'époque, que la protrusion discale médiane qui avait été mise en évidence par imagerie par résonance magnétique était insuffisante pour expliquer les plaintes de la patiente, principalement dans le bas du dos. Il ne résulte pas moins de ses observations objectives qu'en juin 2003, l'assurée présentait notamment un état inflammatoire massif qui rendait "intouchable" la région lombosacrée et la fesse droite. Dans ses rapports médicaux, le Dr B. _____ (médecin traitant) attestait, pour sa part, une incapacité de travail de 50 %, y compris dans une activité décrite plus tard

comme adaptée par le Dr Q._____. Pour ces motifs déjà, un complément d'instruction sur le plan rhumatologique apparaît nécessaire. Par ailleurs, dans ses différentes prises de position produites en procédure de recours, le Dr G._____ a posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée, en soulignant qu'une telle affection pouvait expliquer dans une large mesure les plaintes de l'assurée dans le cas d'espèce. Les signes d'une telle affection, largement méconnue chez les non-spécialistes, n'avaient pas été recherchés par les différents médecins consultés précédemment, ou avaient éventuellement été confondus avec les symptômes d'une fibromyalgie. Dans un premier avis médical produits par l'intimé, le SMR a exposé que le syndrome d'hypermobilité semblait bien présent, mais que cette affection n'était pas en soi invalidante et qu'elle pouvait être traitée par une rééducation globale. Dans un second avis, le SMR a contesté le diagnostic posé par le Dr G._____ en se référant aux observations cliniques du Dr Q._____. Ces déterminations sont toutefois insuffisantes pour établir de manière probante, sans expertise, la pertinence du diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée posé par le Dr G._____ et, le cas échéant, l'influence de cette affection sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. Indépendamment du nouveau diagnostic posé, le Dr G._____ a contesté que l'assurée ait pu récupérer, même dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail après les deux interventions chirurgicales subies en 1995 et 2002, dans un délai de six mois déjà après la seconde opération. Il a souligné que la recourante présente une obésité morbide, qu'elle avait à l'époque subi une perte de poids importante à la suite de régimes hypocaloriques, ce qui avait probablement entraîné une perte musculaire significative. Le Dr Q._____ n'avait pas suffisamment pris en considération cette circonstance pour évaluer le temps nécessaire à un reconditionnement efficace. Sur ce point également, les documents produits par la recourante jettent un doute que les avis médicaux établis par le SMR ne suffisent pas à lever. Enfin, le Dr Q._____ a mentionné dans son rapport d'examen que la recourante consultait le Dr C._____ (ou un psychologue travaillant en collaboration avec ce médecin) en raison d'une boulimie et d'une dépression. Ces atteintes à la santé, et leur interaction avec les affections somatiques de la recourante, ne peuvent être purement et simplement mises de côté pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Le Dr Q._____ ne s'est toutefois pas véritablement exprimé sur la question, de sorte qu'un complément d'instruction s'avère également nécessaire sur ce point. 5. Compte tenu de ce qui précède, la cause est insuffisamment instruite pour statuer, en l'état, sur le droit aux prestations litigieuses. Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, conformément à l'art. 44 LPGA, comportant en particulier un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. La cause lui sera renvoyée à cet effet. L'intimé prendra soin d'interroger les experts notamment sur l'existence d'une hypermobilité articulaire et sur son influence sur la capacité résiduelle de travail de la recourante, sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2002 et sur le temps nécessaire à un reconditionnement après la seconde opération, compte tenu plus particulièrement de l'obésité et des régimes auxquels la recourante s'est soumise, et enfin sur l'état de santé psychique de la recourante et l'influence de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail. 6. a) La recourante est représentée par un mandataire professionnel. Vu le sort du litige, elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé; il convient de la déterminer sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). En l'occurrence, une indemnité de 1'500 fr. est adéquate. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales

prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 11 avril 2008 par l'Office AI pour le canton de Vaud est annulée. III. La cause est renvoyée à l'Office AI pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. IV. L'Office AI pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens. V. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Gilles-Antoine Hofstetter, Secrétaire général de l'Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS) (pour P. _____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.