

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Eric Cerottini,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée), de nationalité mauricienne, née le 27 janvier 1968, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en mars 1996. Elle a obtenu le règlement de ses conditions de séjour à la suite de son mariage, le 25 octobre 1996, avec un ressortissant helvétique dont elle a divorcé le 7 janvier 2003.

De 1998 jusqu'à vraisemblablement fin 2007 ou début 2008, la prénommée a travaillé en qualité d'opératrice pour l'entreprise V._____ SA, à M._____.

B. En date du 21 mai 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente, en raison d'un état anxio-dépressif, d'une personnalité dépendante et d'une fibromyalgie. Elle a indiqué qu'elle se trouvait en incapacité de travail depuis le 22 mars 2006.

aa) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé à W._____ Assurances, l'assureur perte de gain de l'intéressée. Pour courrier du 25 juin 2007, celui-ci a informé l'office que cette dernière avait bénéficié d'indemnités journalières du 22 mars 2006 au 31 mai 2007, à des taux alternant entre 50% et 100%. En annexe à sa correspondance, cet assureur a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport médical du 2 novembre 2006 rédigé par la Dresse H._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, diagnostiquant un état anxio-dépressif et une fibromyalgie existant depuis 2004, et évaluant à 50% la capacité de travail dans l'activité habituelle;

- un rapport médical du 22 janvier 2007 établi par la Dresse C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, faisant état d'un syndrome douloureux morbus

helveticus/somatoforme persistant (F 45.4 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [ICD]) et signalant une incapacité de travail de 50% du 1^{er} novembre au 20 décembre 2006;

- un rapport médical du 8 mai 2007 émanant de la Dresse H._____, précisant que l'assurée était en incapacité de travail pour cause de mobbing, d'état anxio-dépressif, de fibromyalgie (allant vers une chronicisation) et d'hypertension artérielle - atteintes dont les premiers symptômes s'étaient manifestés en juillet 2005.

bb) Interpellée par l'OAI, la Dresse H._____ a fait part de ses observations dans un rapport du 30 septembre 2007. Elle a diagnostiqué les troubles suivants se répercutant sur la capacité de travail : un état dépressif majeur de gravité moyenne, un probable trouble somatoforme indifférencié, ainsi qu'une personnalité dépendante. Elle a précisé que l'intéressée était en incapacité totale de travail depuis le 21 février 2007, que son état était stationnaire, et que le pronostic était mauvais compte tenu de sa personnalité passive-dépendante. Elle a estimé que tant l'activité habituelle qu'un travail adapté étaient envisageables, mais qu'il faudrait s'attendre dans les deux cas à une diminution de rendement. A cet égard, elle a considéré qu'au vu des limitations fonctionnelles constatées (travail restreint à 4 heures par jour en position assise et à 2 heures par jour en position debout, périmètre de marche réduit à 1'000 m. au maximum, et inexigibilité d'une activité nécessitant un fonctionnement intellectuel normal, ou comprenant un horaire irrégulier, du travail en hauteur, et des déplacements en sol irrégulier ou en pente), l'assurée serait en mesure dès décembre 2007 de reprendre son travail à 50%, ou d'exercer une activité manuelle simple dans un autre domaine. La Dresse H._____ a notamment joint à son constat :

- un courrier rédigé le 7 août 2007 par le Dr Q._____ (spécialiste FMH en psychiatrie) dans le cadre d'un mandat d'expertise octroyé par W._____ Assurances, posant en particulier les diagnostics suivants :

"1. Diagnostic ?

Axe I Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère à moyenne

Trouble somatoforme indifférencié

Axe II Traits de personnalité passive - dépendante sub-décompensée

Axe III* HTA sévère traitée

Axe IV Difficultés professionnelles, sentimentales, autres (?)

2. Capacité de travail dans la profession actuelle (% et dates) ?

Nous confirmons les différentes incapacités de travail attestées par son médecin traitant. Comme nous l'avons communiqué à l'assurée, la symptomatologie anxio-dépressive paraît avoir évolué légèrement favorablement et les plaintes somatiques, ubiquitaires, mal systématisables, ne semblent pas la limiter dans ses mouvements, tel qu'observée quelques heures à notre cabinet.

De surcroît, elle semble assumer bons nombres de tâches quotidiennes, d'activité sociale. L'évolution se fait sur un mode régressif[f].

Elle évoque surtout des difficultés à reprendre son ancien emploi dans un contexte conflictuel et ses faibles qualifications professionnelles pour pouvoir bénéficier d'un reclassement dans cette entreprise.

De notre point de vue, l'assurée pourrait parfaitement être apte à reprendre une activité professionnelle à 50% dans un premier temps en date du 6.8.2007, puis à 100% dans un maximum de 4 semaines. [...]"

- un rapport d'expertise établi le 11 septembre 2007, conformément au mandat de CSS Assurances, par le Dr Q. _____ avec la collaboration de P. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, faisant état de ce qui suit :

"4. DIAGNOSTIC

4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR

Axe I Etat dépressif majeur actuellement de gravité légère à moyenne Probable trouble somatoforme indifférencié

Axe II Traits de personnalité passive - dépendante « décompensée »

Axe III* HTA traitée

Axe IV Difficultés professionnelles, sentimentales, autres (?)

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.2. DISCUSSION

[...]

Jusqu'aux faits qui nous occupent, Mme Y. _____ paraît avoir relativement bien fonctionné, tant du point de vue social - elle a de nombreux amis mauriciens - professionnel que sentimental, puisqu'elle a eu deux relations suivies. On sait que les problèmes

psychiques et somatiques sont survenus dans le contexte d'un conflit professionnel avec des collègues de travail.

[...]

D'un point de vue **psychopathologique**, Mme Y. _____ a présenté un état dépressif réactionnel ou trouble de l'adaptation qui s'est progressivement structuré en un **état dépressif majeur**. Celui-ci s'est manifesté aussi par de nombreuses somatisations, ce qui tient en grande partie à la personnalité de l'assurée, peu intelligente et introspective, ni à même d'affronter ses conflits intrapsychiques.

L'état dépressif est actuellement **de gravité légère à moyenne**. On peut évoquer en parallèle l'hypothèse d'un **trouble somatoforme indifférencié** qui pourrait être interprété comme des manifestations de l'état anxio-dépressif, ce qui s'explique par la constitution de la personnalité de l'assurée.

On relève qu'elle peut effectuer de nombreuses tâches quotidiennes, des activités sociales. L'évolution sur un mode régressif, ses réticences face à la reprise de l'activité professionnelle, offrent probablement de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. Ici, l'évitement de conflits professionnels ainsi que de difficultés de son employeur de lui retrouver une activité adaptée en raison de son manque de qualification, peut être évoqué.

Le tout prend racine sur une **personnalité à fonctionnement passif-dépendant**, trouble de la personnalité qui n'est pas assimilable à une atteinte à la santé mentale.

S'il est normal d'attester d'une incapacité de travail en début de la prise en charge d'une dépression ou d'un état d'angoisse, car la dispense professionnelle peut soulager un état d'épuisement, tant physique que psychique, et donner du temps pour le traitement de devenir efficace, à long terme, il faut en revanche se méfier des conséquences néfastes de l'inactivité surtout lorsqu'il y a une évolution régressive. Lorsqu'une maladie devient chronique, il s'agit dès lors de ne pas hésiter à programmer une reprise de travail, même si le trouble psychique n'est pas totalement guéri. Dans le cadre d'une dépression sévère, l'incapacité de travail est évidente, mais ce n'est plus le cas chez Mme Y. _____ qui a des symptômes dépressifs légers à modérés, sans grande répercussion sur ses activités quotidiennes.

Certes, elle se dit handicapée par ses symptômes physiques, mais il s'agit, de notre point de vue, surtout de manifestations de l'état dépressif sous-jacent. Cet état dépressif résiduel avec somatisation s'accompagne d'une tendance à la régression qu'il faut combattre. Mme Y. _____ est jeune et les maladies chroniques sont rarement motif d'invalidité à long terme.

[...]

En conclusions, l'arrêt de travail de Mme Y. _____ doit être admis à 50% depuis le 1.11.2006 au 24.2.2007 ; à 100% dès le 24.2.2007. Nous estimons que la reprise d'une activité professionnelle devrait être envisageable à 50% en date du 6.8.2007 puis à 100% dans un délai maximum de 4 à 6 semaines, sauf avis contraire dûment motivé par son médecin traitant.

[...]

QUESTIONS DE L'ASSURANCE

[...]

2. Raison de l'incapacité de travail

Etat dépressif avec somatisation

[...]

5. Durée probable de l'incapacité, totale, partielle dans son activité professionnelle?

Reprise du travail à 50% dès le 6.8.2007 puis à 100% 4 à 6 semaines après.

6. La patiente serait-elle apte à exercer une autre activité?

Oui. Toute activité manuelle simple adaptée à ses compétences et motivations.

7. Si oui laquelle ? et à quel pourcentage?

Emploi peu qualifié d'ouvrière ou autre, sans grande prise de responsabilité.

8. Quelles sont les mesures susceptibles d'améliorer sa capacité de travail?

Poursuite du traitement psychothérapeutique."

dd) A la demande de l'OAI, la Dresse C. _____ a exposé ses conclusions dans un rapport du 13 février 2008 comprenant une annexe datée du 25 janvier 2008. Elle a retenu les diagnostics d'état dépressif et de « *fibromyalgie (douleurs somatoformes multiples)* », atteintes existant depuis 2006 et ayant des répercussions sur la capacité de travail de la patiente. Elle a souligné que celle-ci présentait une incapacité de travail de 70% depuis 2007 et que son état de santé allait en s'aggravant. Elle a précisé que l'assurée avait été examinée par une rhumatologue qui n'avait décelé aucune atteinte sur le plan rhumatologique et avait conclu à une fibromyalgie. Elle a relevé que l'intéressée était extrêmement déprimée, que le traitement par antidépresseurs ne l'avait pas soulagée, et qu'elle participait à des séances de « *thérapie de groupe (douleurs chroniques)* ». Elle a observé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible (l'assurée ayant de toute manière été licenciée après une période de travail à temps partiel), et qu'il était difficile de définir à ce stade une occupation adaptée, telle qu'un éventuel poste de réceptionniste. Elle a ajouté que l'intéressée venait de subir une opération gynécologique et était encore très faible.

ee) Dans un rapport du 6 novembre 2008 émanant du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), les Drs T. _____ et B. _____ (médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande) ont retenu que l'assurée souffrait principalement d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Ils ont considéré qu'en revanche, le trouble somatoforme et les traits de la personnalité passive-dépendante n'étaient pas du ressort de l'AI. Ils ont précisé que depuis le mois de septembre

2007, l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, et que si la Dresse C._____ s'était certes référée à un état dépressif majeur dans son constat du 13 février 2008, elle n'avait toutefois fourni aucun élément médical permettant d'objectiver une détérioration de l'état psychique de l'assurée depuis l'expertise pratiquée par le Dr Q._____.

C. Par projet de décision du 19 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité avec effet du 22 mars au 30 novembre 2007. Il a relevé que l'intéressée avait présenté une incapacité totale de travail durant un an à compter du 22 mars 2006, constellation ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 22 mars 2007, terme du délai d'attente légal; elle avait toutefois récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2007, avec pour conséquence la suppression du droit à la rente trois mois après cette amélioration, soit dès après le 30 novembre 2007.

L'assurée a fait part de ses objections le 27 novembre 2008. Elle a exposé, pour l'essentiel, que les douleurs dont elle souffrait l'empêchaient d'accomplir les actes de la vie quotidienne et, a fortiori, de travailler à 100%. Dès lors, elle a invité l'office à revoir son appréciation.

Le 12 février 2009, l'OAI a fait savoir à l'intéressée qu'il maintenait sa position et qu'une décision sujette à recours serait prochainement rendue.

Dans un courrier du 25 février 2009, l'assurée a insisté sur l'importance de ses douleurs et sur son incapacité à reprendre le travail à 100%.

D. Par décision du 17 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision, retenant notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'opératrice en salle blanche.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une période d'incapacité de travail dès le 22 mars 2006. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI précité. A l'échéance du délai en question, soit au 22 mars 2007, votre incapacité de travail était totale. Votre degré d'invalidité était donc de 100%.

Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente.

Ainsi, après examen des pièces médicales portées au dossier par le Service médical régional, force est de constater que dès le 1^{er} septembre 2007, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans votre activité habituelle comme dans toute autre activité. Il n'y a donc plus d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Du 22 mars au 30 novembre 2007 (après 3 mois d'amélioration), vous avez droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%."

E. Par acte daté du 26 avril 2009 (envoyé sous pli recommandé le 27 avril 2009), l'assurée a recouru par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente AI lui soit allouée au-delà du 30 novembre 2007. Elle reproche à l'intimé d'avoir fondé le prononcé litigieux sur un rapport d'expertise obtenu sans son autorisation auprès de W._____ Assurances, et allègue qu'elle a continué à présenter une incapacité totale de travail après le 7 août [recte : 1^{er} septembre] 2007. A cet égard, elle produit un rapport de la Dresse C._____ du 24 avril 2009, exposant que l'incapacité de travail se situe entre 80 et 100%, que l'assurée a besoin d'aide pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, et qu'elle est atteinte des troubles suivants : état dépressif majeur avec des idées délirantes et des douleurs multiples, hypertension artérielle et personnalité immature et dépendante. Reprenant la teneur de son précédent rapport du 13 février 2008, cette spécialiste suggère en outre la mise en œuvre d'un stage dans un centre d'orientation professionnelle, et ajoute que la situation de sa patiente – sans emploi ni domicile, battue par son ancien compagnon – est devenue catastrophique. La Dresse C._____ relève enfin que l'on ne saurait allouer une rente à l'intéressée pour la lui

retirer quelques mois plus tard, sans qu'aucune amélioration sur le plan médical ne soit entre-temps intervenue.

Dans sa réponse du 5 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il se réfère à un avis du SMR du 28 juin 2010, établi par les Drs N. _____ et B. _____, retenant que les conclusions formulées par le Dr Q. _____ en date du 11 septembre 2007 demeurent pertinentes en l'espèce, attendu que les termes du constat de la Dresse C. _____ du 24 avril 2009 sont en substance identiques à ceux de son précédent rapport du 13 février 2008 et qu'il faut en déduire que la situation de l'assurée n'a pas évolué entre-temps.

Agissant par le biais de son mandataire d'office, la recourante a pris position par réplique du 4 octobre 2010, concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée, subsidiairement à l'annulation de ce prononcé et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Au plan formel, l'assurée reproche à la décision litigieuse d'être entachée d'un défaut de motivation. Sur le fond, elle fait valoir que ce prononcé est arbitraire, dans la mesure où l'intimé y fait abstraction des constatations de sa psychiatre traitante, la Dresse C. _____, pour se fonder exclusivement sur le rapport d'expertise établi par le Dr Q. _____ à la demande de l'assureur perte de gain, sur la base d'un entretien unique. A cet égard, elle soutient que l'analyse de ce spécialiste ne constitue pas un diagnostic mais uniquement un avis médical concernant le traitement à suivre, lequel ne saurait être suivi, dès lors qu'il s'oppose aux constats des médecins traitants et présuppose à tort qu'il lui faudrait reprendre le travail pour soigner son mal-être. Elle allègue que l'avis du SMR du 6 novembre 2008 illustre le caractère subjectif de la décision entreprise, dès lors qu'il écarte sommairement l'opinion de la Dresse C. _____ au profit de celle du Dr Q. _____. Elle critique également l'avis du SMR du 28 juin 2010, exposant que les similitudes constatées entre les rapports médicaux des 13 février 2008 et 24 avril 2009 proviennent de l'absence d'évolution de l'anamnèse et des plaintes subjectives, et qu'il n'en demeure pas moins que les constatations

objectives de la Dresse C._____ révèlent une intensification des douleurs. Produisant notamment un écrit du 2 mai 2010 rédigé par son art-thérapeute D._____ ainsi qu'un nouveau constat de la Dresse C._____ du 2 septembre 2010, l'assurée soutient que ces documents attestent de l'absence d'amélioration - voire de l'aggravation - de ses troubles depuis la période d'invalidité reconnue par l'OAI. Enfin, à titre de mesure d'instruction, la recourante sollicite l'appointement d'une audience aux fins d'entendre des témoins, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, ainsi que la possibilité de se déterminer à cet égard et de produire des rapports actualisés de ses médecins traitants.

Selon le compte-rendu du 12 mai 2010 de l'art-thérapeute D._____, la recourante souffre de manière invalidante d'un syndrome de stress post-traumatique, de douleurs chroniques et sévère (céphalées, mains et poignets algiques à la pression, lombalgies, jambe et pied droit algiques, abdomen algique en partie en raison de fibromes utérins, fibromyalgie, hypertension essentielle), ainsi que d'une dépression sévère. De l'avis de la thérapeute, l'état physique et psychique de l'intéressée est encore trop préoccupant pour envisager la reprise d'une activité lucrative, la patiente ayant besoin de temps et d'un soutien financier accru pour sortir de l'impasse où elle se trouve.

Dans son rapport du 2 septembre 2010, la Dresse C._____ reprend, en substance, les conclusions retenues dans ses précédents constats médicaux. Elle ajoute que l'assurée a récemment fait une fausse couche et qu'elle va prochainement se retrouver sans domicile, événements qui influencent défavorablement sa santé.

Dans sa duplique du 22 novembre 2010, l'OAI maintient sa position nonobstant les nouvelles pièces médicales versées au dossier, conformément à un avis du SMR du 9 novembre 2010, dans lequel les Drs N._____ et B._____ renoncent, d'une part, à se prononcer sur le rapport de l'art-thérapeute D._____ dans la mesure où ce document n'a pas valeur de pièce médicale, et considèrent, d'autre part, que le constat de la Dresse C._____ du 2 septembre 2009 ne contient aucune

observation objective et ne permet pas de préjuger de la capacité de travail, qui n'est d'ailleurs pas précisée.

Par courrier du 28 février 2011, la recourante a versé au dossier des rapports émanant des Dresses H._____ (du 14 février 2011) et C._____ (du 17 février 2011), dans lesquels ces dernières reprennent en substance leurs précédentes constatations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) 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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, la recourante se plaint, sur le plan formel, d'un défaut de motivation de la décision attaquée. Sous l'angle matériel, est litigieuse la question du droit éventuel de l'assurée à des prestations de l'AI au-delà du 30 novembre 2007. En revanche, l'intéressée ne soulève aucun grief en rapport avec le fait que l'intimé n'a jamais donné suite aux mesures de reclassement requises lors du dépôt de la demande de prestations en date du 21 mai 2007.

3. L'assurée reproche tout d'abord à l'office d'avoir rendu un prononcé insuffisamment motivé. En particulier, elle fait valoir que l'intimé n'a pas exposé le détail de son examen, ni précisé dans quelle mesure les pièces médicales mentionnées ont emporté sa conviction, ni explicité les motifs retenus pour asseoir sa décision.

a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa et ATF 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 et ATF 136 V 351 consid. 4.2, avec les références citées; cf. TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 et ATF 130 II 530 consid. 4.3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2 et les autres références citées).

b) En l'occurrence, il est vrai que la motivation de la décision litigieuse n'est pas particulièrement étayée s'agissant de l'examen des éléments en cause. Il n'en demeure pas moins que la recourante était en mesure de saisir le fondement essentiel retenu à l'appui de la décision du 17 mars 2009. Preuve en est le mémoire de recours qu'elle a déposé contre cette décision, en date du 27 avril 2009. En tout état de cause, il demeure qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu en première instance est réparée lorsque l'assuré a eu la possibilité de s'expliquer librement devant une autorité de recours, dont la cognition est aussi étendue que celle de l'autorité inférieure (cf. consid. 3a supra). En l'occurrence, les possibilités offertes à la recourante à l'occasion de la présente procédure de recours remplissent ces conditions, étant donné que, dans le cadre de l'échange d'écritures, l'OAI a pris position sur le recours et ses annexes par réponse du 5 juillet 2010, que la recourante a ensuite fait part de ses déterminations le 4 octobre 2010, et que l'intimé a finalement exposé son point de vue à cet égard par acte du 22 novembre 2010 (cf. let. F supra). La Cour de céans dispose en outre d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 126 V 130, consid. 2b et les références; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2 et les références). En conséquence, l'argument tiré de l'insuffisance de motivation doit être écarté.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

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 malade, 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).

e) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2, 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3, 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 2, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 2, 9C_391/2008 du 12 mars 2009 consid. 2.2, I 53/2007 du 22 mars 2007 consid. 4.2 et I 286/05 du 26 avril 2006 consid. 1.1 et les références citées), selon lequel celle-ci est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée) si le taux d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi

être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5b; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

f) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201).

5. La décision attaquée reconnaît à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 22 mars au 30 novembre 2007, compte tenu de l'évolution positive de son état de santé depuis le 1^{er} septembre 2007 (cf. art. 88a al. 1 RAI) – appréciation fondée sur le rapport d'expertise du Dr Q._____ du 11 septembre 2007. La recourante, pour sa part, ne conteste pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 22 mars 2007, mais critique la suppression de la rente avec effet au 30 novembre 2007.

a) La recourante prétend, tout d'abord, que le rapport d'expertise du Dr Q._____ du 11 septembre 2007 aurait été transmis à l'OAI sans son autorisation.

A teneur de l'art. 28 al. 3 LPGA, le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient

nécessaires pour établir le droit aux prestations; ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis. En particulier, le Tribunal fédéral considère que l'autorisation figurant au bas du formulaire de demande de prestations AI est conforme à l'art. 28 al. 3 LPGA. Même si le cercle des personnes concernées peut sembler à première vue général et abstrait, l'autorisation ne permet que la production de renseignements qui sont en rapport étroit avec la demande concrète de prestations et n'apparaît pas comme le prétexte à une recherche tous azimuts d'informations. En signant le formulaire de demande, l'assuré autorise expressément les tiers concernés à ne donner aux organes de l'AI que les renseignements nécessaires – et seulement ceux-ci – à l'examen de la demande. Cette autorisation est non seulement conforme à la loi, mais également appropriée au regard des principes de célérité et d'économie de la procédure. Le requérant a en effet un intérêt légitime à voir sa demande de prestations être traitée le plus rapidement possible, sans que les mesures d'instruction ne se prolongent ou se multiplient à l'excès, l'assuré demeurant par ailleurs libre de contester en tout temps la valeur probante des pièces recueillies ou de demander la mise en oeuvre de mesures d'instruction supplémentaires. En tant qu'il renferme très souvent des indications relatives aux circonstances qui sont à l'origine de l'incapacité de travail, le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie présente, à l'instar de celui de l'assureur-accidents, un intérêt non négligeable dans le cadre du traitement d'une demande de prestations AI. Il ne fait dès lors aucun doute que cet assureur fait partie des tiers concernés par l'autorisation contenue dans le formulaire de demande de prestations (cf. TF 9C_814/2009 du 24 mars 2010 consid. 2.2 et les références citées).

En l'espèce, la recourante a signé, le 21 mai 2007, un formulaire de demande de prestations AI autorisant notamment « *toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'aide sociale privées, à donner aux organes de l'assurance-*

vieillesse, survivants et invalidité les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations » (p. 8). C'est ainsi que la Dresse H._____, à l'appui de son rapport du 30 septembre 2007, a versé au dossier l'expertise du Dr Q._____ du 11 septembre 2007, ainsi qu'un constat intermédiaire de ce dernier du 7 août 2007, conformément à l'invitation figurant sur le questionnaire médical que lui avait envoyé l'OAI le 5 juin 2007 (p. 2 let. E). Au vu de la jurisprudence précitée, il faut admettre que cet office pouvait non seulement requérir toutes pièces utiles auprès du médecin traitant de l'assurée dans le contexte général de l'art. 28 al. 3 LPGA, mais qu'il était également habilité - de même que le juge des assurances - à fonder son appréciation sur les renseignements ainsi obtenus. L'on ne saurait, dans ces conditions, reprocher à l'intimé d'avoir tenu compte du rapport d'expertise du Dr Q._____ du 11 septembre 2007, quand bien même ce document a été établi à la demande de l'assureur perte de gain de la recourante.

b) Par ailleurs, force est d'admettre qu'à la date de sa mise en œuvre, cette expertise avait pleine valeur probante. En effet, le Dr Q._____ s'est fondé sur un entretien avec la patiente réalisé le 2 août 2007, sur des tests psychométriques (et leurs corrections) effectués à cette occasion, sur des documents fournis par W._____ Assurances (notamment les pièces mentionnées sous let. B/aa supra), et sur un consilium téléphonique avec la Dresse C._____. Dans son rapport, il expose dans un premier temps l'anamnèse de l'assurée, singulièrement les circonstances de l'expertise, les antécédents personnels de l'intéressée, l'anamnèse affective, professionnelle et socio-économique récente, ainsi que les antécédents psychiatriques familiaux et les antécédents médicaux et psychiatriques de l'intéressée, tels qu'extraits du dossier (p. 2 à 7). Il rapporte ensuite les indications subjectives concernant la patiente (p. 8), et les constatations objectives fondées essentiellement sur les tests réalisés par cette dernière et sur l'examen clinique intervenu le 2 août 2007 (p. 9 à 14). Ce spécialiste pose ensuite les diagnostics retenus conformément au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR), à savoir : un état dépressif majeur de

gravité légère à moyenne et un probable trouble somatoforme indifférencié (axe I), des traits de personnalité passive-dépendante « décompensée » (axe II), une hypertension artérielle traitée, mentionnée uniquement à titre indicatif (axe III), et des difficultés professionnelles et sentimentales, voire d'autre nature (axe IV). Ces atteintes sont ensuite largement discutées par le Dr Q. _____ (p. 15 à 18), qui clos son rapport en répondant aux questions soumises par l'assureur perte de gain essentiellement au sujet de la capacité de travail de la recourante (p. 18 à 19), et qui précise en particulier que l'assurée pourra reprendre son travail à 100% 4 à 6 semaines après le 6 août 2007 - autrement dit dès septembre 2007.

Il apparaît ainsi que contrairement à l'avis de la recourante (cf. réplique du 4 octobre 2010 p. 9s.), l'expertise du Dr Q. _____ comporte une anamnèse complète, se base sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur des constatations psychopathologiques objectives, puis se fonde sur une appréciation médicale claire et des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître valeur probante (cf. consid. 4c supra).

c) Il reste à déterminer si l'évolution ultérieure de l'état de santé de la recourante a confirmé le pronostic retenu aux termes de l'expertise du 11 septembre 2007.

Dans son rapport du 30 septembre 2007, la Dresse H. _____ considère que l'assurée présente un état dépressif majeur de moyenne gravité, un probable trouble somatoforme indifférencié, et une personnalité dépendante. Elle considère que le pronostic est mauvais en raison de la personnalité passive-dépendante de la patiente. Elle ajoute qu'au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci pourrait reprendre son travail à 50% dès décembre 2007 ou exercer une activité manuelle simple dans un autre domaine.

Dans un rapport du 13 février 2008, la Dresse C. _____ retient, pour sa part, les diagnostics d'état dépressif et de « *fibromyalgie*

(douleurs somatoformes multiples) ». Elle souligne, en outre, que le travail habituel de l'assurée - entre-temps licenciée - n'est plus exigible, que l'état de santé de cette dernière suit une évolution défavorable et que l'incapacité de travail est de 70% depuis 2007. Aux termes d'un second rapport du 24 avril 2009, cette spécialiste mentionne un état dépressif majeur avec des idées délirantes et des douleurs multiples, une hypertension artérielle ainsi qu'une personnalité immature et dépendante. Elle observe que la recourante présente une incapacité de travail à 80% ou 100%, et qu'elle ne saurait être privée de rente alors même qu'aucune amélioration sur le plan médical n'est intervenue. Selon un troisième rapport du 2 septembre 2010, la Dresse C._____ explique que les troubles psychiques de l'assurée persistent et que cette dernière est confrontée à de nouvelles difficultés, consécutives à une fausse couche et à la perte imminente de son logement.

Dans leurs rapports respectifs des 14 et 17 février 2011, les Dresse H._____ et C._____ reprennent en substance leurs précédentes constatations.

De son côté, le SMR retient, dans son avis du 6 novembre 2008, que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans toute activité à partir de septembre 2007, et souligne que la Dresse C._____, dans son rapport du 13 février 2008, n'a attesté d'aucun élément médical permettant d'objectiver une détérioration de l'état psychique de l'assurée depuis l'expertise susmentionnée. Dans un second avis du 28 juin 2010, le SMR maintient son appréciation, relevant que le rapport de la psychiatre traitante du 24 avril 2009 présente un contenu sensiblement identique à celui du 13 février 2008, qu'il faut en inférer que la situation de la recourante n'a pas évolué, et que l'opinion du Dr Q._____ demeure ainsi pertinente. Enfin, par avis du 9 novembre 2009, le SMR écarte l'écrit de l'art-thérapeute D._____ au motif que cette pièce n'a pas de valeur médicale, et relève que le rapport de la Dresse C._____ du 2 septembre 2009 ne contient aucune observation objective et ne permet pas de préjuger de la capacité de travail, qui n'est d'ailleurs pas précisée.

Il est vrai que les constats de la Dresse H._____ - médecin généraliste traitant de l'assurée - ainsi que les rapports rédigés par la Dresse C._____ - psychiatre traitante de la recourante depuis le 20 septembre 2006 (cf. rapport du 24 avril 2009 p. 1) - sont insuffisamment motivés, au sens de la jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 4b supra), pour que l'on puisse leur accorder valeur probante, ainsi que l'a du reste relevé le SMR. Il n'en demeure pas moins que tous ces écrits, postérieurs à l'expertise du 11 septembre 2007, font état d'un pronostic défavorable et insistent en particulier sur l'aggravation des troubles de l'intéressée, observations que rien ne permet clairement d'infirmier ou de confirmer en l'état du dossier - étant souligné que le compte-rendu de l'art-thérapeute D._____ ne saurait être déterminant à lui seul dans le présent contexte, attendu qu'il n'émane pas d'un médecin (plus particulièrement d'un psychiatre) dûment autorisé à pratiquer. Il existe dès lors un doute sur l'amélioration des troubles psychiques de la recourante, telle qu'envisagée par le Dr Q._____, incertitude qui ne peut être levée sur le vu des pièces figurant au dossier.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

b) En l'espèce, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou d'un

spécialiste en psychiatrie qui n'a pas encore été saisi du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

Il appartiendra notamment à l'office, dans le cadre de ce nouvel examen et en fonction des conclusions qui en résulteront, de se pencher non seulement sur la question de l'octroi éventuel d'une rente en faveur de l'assurée, mais également sur la mise en œuvre d'une potentielle mesure reclassement, telle que requise par l'intéressée lors du dépôt de sa demande de prestations (cf. let. B supra). En effet, l'OAI ne s'est pas formellement prononcé sur cette question dans la décision litigieuse (cf. consid. 2b supra), se limitant à retenir l'absence de toute invalidité au-delà du 30 novembre 2007 – position excluant par voie de conséquence une quelconque diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel; ATF 124 V 108 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2 et TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4).

c) Vu l'issue de l'affaire, il n'y a pas lieu de prendre position sur les autres griefs soulevés par la recourante, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par cette dernière.

7. a) Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la

partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Eric Cerottini, avocat à Lausanne, à compter du 15 mai 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1'721 fr. 30 (dont 122 fr. 30 de TVA) à titre d'honoraires et à 21 fr. 50 (dont 1 fr. 50 de TVA) à titre de débours, soit à un total de 1'742 fr. 80, TVA comprise.

c) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 fr., compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

**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 17 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à la recourante Y. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Cerottini (pour la recourante),
- 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).

La greffière :