

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Neu et Métral
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Alain Vuithier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1957, travaillait en qualité d'employée administrative depuis le 1^{er} juin 1994 auprès de la [...] à [...]. Dès le 11 novembre 2002, elle a présenté une incapacité totale de travail. L'assurance perte de gain de l'employeur a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2003. Depuis 2002, elle n'a plus repris d'activité professionnelle et vit à présent de l'aide sociale.

Le 5 décembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 7 février 2004 à l'OAI, la Dresse C._____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une rechute d'un état dépressif important, un état post-traumatique suite à un mobbing professionnel, un ancien alcoolisme chronique important, ainsi qu'une dystonie musculaire. La praticienne précisait que sa patiente avait été hospitalisée en milieu psychiatrique avec, en août 2003, un sevrage d'alcool encore en cours motivant une incapacité de travail totale dès le 9 novembre 2002. L'activité habituelle restait toutefois exigible à raison de quatre à six heures par jour et une activité sans port de charges et permettant des changements fréquents de position était envisageable à 50 %, voire à 75 %.

Le Dr R._____, chef de clinique adjoint de l'Hôpital psychiatrique de D._____, a retenu, dans son rapport médical à l'OAI du 14 septembre 2004, les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis 2002, et de dystonie musculaire au niveau de la nuque, qui handicapent l'assurée dans son activité professionnelle de secrétaire. La capacité de travail de cette dernière était limitée par des difficultés à rester concentrée longtemps, une fatigabilité, ainsi que des troubles du sommeil existant depuis 2002. Le pronostic était actuellement réservé, l'intéressée étant

"dans une démarche douloureuse mais légitime d'une demande de justice et de réparation vis-à-vis de ce qu'elle a vécu sur son lieu de travail", ce qui provoquait des angoisses et fragilisait sa thymie. Bien qu'un suivi psychothérapeutique de soutien ait permis d'atténuer les répercussions de ces événements et qu'un traitement d'antidépresseurs et anxiolytique ait partiellement amendé la symptomatologie, le praticien a considéré que la capacité de travail de sa patiente était pratiquement nulle, plus aucune activité n'étant exigible, et a estimé qu'une accession à une rente serait la bienvenue. Le Dr R._____ précisait encore que le dernier examen de l'assurée avait eu lieu le 25 août 2004.

Dans un rapport médical à l'OAI du 13 avril 2005, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de torticolis spasmodique depuis 1987. Il ne s'est prononcé ni sur l'évolution de l'atteinte, ni sur la capacité de travail, une seule limitation fonctionnelle étant retenue (pas de travail en hauteur ou sur une échelle).

Le 24 mai 2005, elle a rempli le formulaire 531 bis et a indiqué qu'elle travaillerait à plein temps en tant que secrétaire si elle était en bonne santé et ce par nécessité financière.

Dans un rapport à l'OAI daté du 13 juillet 2005, le Prof. X._____ du Service de neurologie [...] a signalé une dystonie cervicale - rotation droite - de situation stable depuis plus de trois ans répondant bien aux injections de toxine botulique. Il a en outre précisé n'avoir jamais délivré de certificat d'incapacité de travail à l'assurée.

Au vu de ces éléments, un examen clinique bidisciplinaire a été effectué auprès du Service médical régional AI (ci-après: SMR) le 21 décembre 2005. Le rapport, daté du 15 mars 2006, comportait un volet somatique, établi par la Dresse O._____, médecine physique et rééducation, et un volet psychiatrique, établi par la Dresse E._____, qui signait "psychiatre FMH". Il a été contresigné, le 12 février 2007, par les Drs W._____, psychiatre FMH, et M._____, médecin-chef ad interim. Les médecins du SMR ont retenu une dystonie cervicale avec cervico-

brachio-dorsalgies (G 24.3) depuis 1987 comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont précisé que cette atteinte avait entraîné des douleurs diffuses le long de la colonne vertébrale et des bras, notamment du bras gauche, "mais ne justifi(a)it en aucun cas une incapacité de travail totale", l'activité de secrétaire étant parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (éviter les positions statiques prolongées en flexion-rotation du rachis et les mouvements répétitifs avec les bras; pas de port de charges de plus de 10 kg). En outre, ils ont posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail :

- Trouble de la statique rachidienne et insuffisance posturale;
- Status post-amygdalectomie et appendicectomie dans l'enfance;
- Status post-fracture du poignet droit dans l'école;
- Status post-traitement d'un ulcère gastrique en 2002;
- Status post-excision d'un kyste bénin au dos en 2003;
- Episodes récurrents de dépression réactionnelle d'intensité légère avec syndrome somatique (F 33.01);
- Trouble de la personnalité, sans précision, non décompensé (F 60.9).

Sur le plan ostéoarticulaire, la Dresse O._____ a relevé que l'intéressée souffrait d'une scoliose dorso-lombaire depuis l'enfance, qui n'avait cependant pas nécessité de traitement à long terme. Si l'assurée se plaignait de fatigue et de troubles cardiaques, respiratoires et abdominaux, ceux-ci, investigués, n'avaient mis en évidence aucune lésion structurelle significative, hormis un ulcère traité en 2000, avec suspicion de chronification, pour lequel l'intéressée ne souhaitait pas faire les investigations nécessaires. Sur le plan psychiatrique, la Dresse E._____ a estimé que le diagnostic posé par le Dr R._____ dans son rapport du 14 septembre 2004 ne respectait pas les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'état dépressif sévère. Elle a ainsi retenu le diagnostic "d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle d'intensité légère, sans incidence sur la capacité de travail, greffée sur une fragilité psychologique dans le cadre d'un trouble de la personnalité, sans précision, non décompensé". N'étant pas invalidants, ces diagnostics ne justifiaient plus aucune incapacité de travail au-delà du 25 août 2004, date du dernier examen de l'assurée par le Dr R._____ selon son rapport

du 14 septembre 2004. Dès cette date, la capacité de travail de l'intéressée était totale dans toute activité.

Dans un rapport d'examen du 29 mars 2006, le Dr N._____, médecin du SMR, a retenu chez l'assurée une pleine capacité de travail dès le 25 août 2004 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Sur le plan rhumatologique, l'activité habituelle de secrétaire était adaptée et pouvait être reprise, l'atteinte psychiatrique n'ayant que momentanément empêché l'assurée de travailler, soit du 15 novembre 2002 au 24 août 2004.

Sur la base de ce rapport, l'OAI a reconnu à J._____, par projet de décision du 3 août 2006, une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2003 au 30 novembre 2004, la capacité de travail étant totale dans l'activité habituelle dès le 1^{er} décembre suivant, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Dans le cadre de sa contestation de ce projet de décision, l'assurée a transmis un certificat médical du 16 août 2006 du Dr R._____, lequel attestait qu'elle présentait une incapacité de travail totale en raison de maladie du 1^{er} au 31 septembre 2006 inclus.

Par courrier du Service de la santé publique du 15 novembre 2006, S._____, chef de service, et le Dr F._____, médecin cantonal, ont fait savoir à l'OAI que la Dresse E._____ n'était pas autorisée à pratiquer la médecine à titre indépendant à défaut de diplôme FMH, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, de sorte que ses certificats médicaux étaient dépourvus de valeur juridique.

Par avis médical du SMR du 15 mars 2007, les Dresses Z._____, médecin-chef, et E._____, qui signait désormais "ancien chef de clinique-adjoint en psychiatrie", ont confirmé le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 15 mars 2006.

Par décision du 9 novembre 2007, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière du 1^{er} novembre 2003 au 30 novembre 2004, en se fondant sur l'examen clinique bidisciplinaire du SMR.

b) J._____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 14 décembre 2007, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée à compter du 1^{er} novembre 2003, le dossier étant renvoyé à l'OAI afin qu'il en calcule le montant dès cette date-là. En substance, elle s'est prévalu du fait que la Dresse E._____ n'était pas habilitée à exercer la profession de médecin à titre indépendant ou dépendant, de sorte que le rapport d'examen bidisciplinaire du 15 mars 2006 n'avait pas pleine valeur probante.

Par jugement du 16 juillet 2008, le Tribunal des assurances (cause AI 534/07 - 321/2008) a admis le recours présenté par l'assurée et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique, tout en précisant que si l'OAI l'estimait nécessaire, il pouvait être procédé à une nouvelle évaluation pluridisciplinaire de l'assurée, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Le Tribunal a notamment considéré ce qui suit :

"4. En l'espèce, l'OAI se fonde sur un rapport d'examen bidisciplinaire du 15 mars 2006, effectué par les Dresses O._____, somaticienne, et E._____.

S'agissant du volet psychiatrique, il est constant qu'à cette date, la Dresse E._____ n'était pas autorisée à pratiquer à titre indépendant, faute d'être titulaire du titre de psychiatre FMH, ni à titre dépendant, faute d'être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, qui ne lui a été délivrée que le 24 novembre 2006 (cf. TASS VD, S. c. O. du 4 mars 2008 [AI 231/07 - 104/2008], consid. 3a; B. c. O. du 9 janvier 2008 [AI 352/07 - 35/2008], consid. 3b, tous deux précités).

Son rapport est donc entaché d'un vice dirimant qui doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, pour les motifs indiqués ci-dessus, dès lors qu'il n'existe au dossier aucune autre évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychique. Comme exposé dans le jugement du 9 janvier 2008, la simple contre-signature du rapport par les Dr W._____ et M._____ ne saurait suffire à lui accorder une valeur probante suffisante, en l'absence d'examen par ces praticiens.

Il n'est pas non plus possible de statuer sur les faits de la cause sur la seule base des constatations du Dr R._____, son rapport médical du 14 septembre 2004 n'étant pas suffisamment récent et le certificat médical du 16 août 2006 n'étant pas motivé. Quant au certificat médical du 21 juillet 2003 dont se prévaut la recourante, il ne peut en être tenu compte, cette pièce n'ayant pas été versée au dossier. Par ailleurs, les constatations des médecins traitants doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4b). Le dossier ne contient pas d'autre évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychique.

Force est de constater qu'en l'absence d'évaluation psychiatrique sur laquelle le tribunal puisse se fonder, la cause n'est pas en état d'être jugée.

5. Dès lors qu'il appartient en premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'article 43 alinéa 1^{er} LPGA, et qui impose notamment à l'administration de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATFA O. c. A. du 19 mars 2004 [I 751/03]; ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985, K 646 p. 235, consid. 4), il convient d'annuler la décision et de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Un renvoi à l'assureur qui a pour but d'établir l'état de fait déterminant ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (RAMA 1985, K 646 p. 235 précité, consid. 4a).

Cela étant, au vu des pièces du dossier, il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une nouvelle évaluation psychiatrique, à confier à un spécialiste neutre, muni des titres et autorisations requis et reconnus. Le cas échéant, s'il l'estime nécessaire, l'OAI procédera à une nouvelle évaluation pluridisciplinaire du recourant, tant sur le plan somatique que psychiatrique, qui devra être confiée à des experts extérieurs, par exemple à un Centre d'expertise comme le COMAI dont l'indépendance et l'impartialité, telle qu'exigée par l'article 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et 6 alinéa 1^{er} de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) est reconnue (cf. ATF 123 V 178 consid. 4b; VSI 1997 p. 314)".

B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a chargé la Clinique ???_._____ à [...] d'examiner l'assurée. Cette dernière a séjourné auprès de la Clinique ???_._____ du 26 au 28 avril 2010. Dans un rapport de synthèse du 29 juillet 2010, les Drs V._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, Q._____, spécialiste en neurologie et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les

diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dystonie cervicale, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et de trouble mixte de la personnalité à trait borderline passif et dépendant, motivant une incapacité de travail supérieure à 70 % depuis 2003 tant dans une activité de secrétariat, que dans toute autre activité. Sur le plan somatique, le Dr V._____ a relevé que l'atteinte ostéo-articulaire se résumait à des troubles statiques du rachis dorso-lombaire et à une discopathie cervicale banale. Ce praticien a estimé que sur cette seule base, il ne voyait pas comment justifier une incapacité de travail dans l'activité d'employée de commerce. Sur le plan neurologique, l'examen était qualifié de normal. La dystonie se caractérisait ainsi par une réponse incomplète à la toxine botulique et l'implication de facteurs émotionnels dans son déclenchement, notamment le stress. Les experts ont ainsi précisé que les singularités psychiques de l'assurée interagissaient avec la dystonie cervicale et en fondaient le caractère invalidant. Sur le plan psychiatrique, la Dresse T._____ a exposé les éléments suivants :

"(...) l'assurée n'a pas de plainte particulière mais surtout la peur de tomber de nouveau dans la folie et de revivre dans l'angoisse en cas de stress. Elle a été suivie par le Dr R._____ à l'hôpital de D._____ jusqu'en 2008 et depuis une année par le Dr K._____ à [...].

Au cours de l'entretien téléphonique du 03 mai 2010 avec le Dr K._____, psychiatre traitant, ce médecin a mentionné une personnalité fragile. Il ne l'estime pas capable d'assumer une responsabilité dans un travail quelconque.

Au cours de l'entretien téléphonique du 05.05.10 avec le Dr R._____, il a signalé que durant la prise en charge de 2003 à 2008, il n'a pas remarqué d'amélioration de la symptomatologie dépressive majeure. Il y a eu plusieurs changements de traitement après son hospitalisation à D._____ pour sevrage alcoolique. Il estime que durant la période où il l'a suivie, elle n'était pas capable de travailler en raison de sa fragilité psychique.

L'examen psychiatrique de ce jour montre une assurée marquée par une trajectoire de vie chaotique et perturbée depuis son enfance et adolescence. Sa vie d'adulte a été marquée par des échecs successifs ayant entraîné des épisodes dépressifs récurrents, des états de panique et des abus d'alcool.

Dans son état actuel, son humeur est stable sans modification du comportement durant l'entretien, mais on relève une certaine fragilité psychique depuis son enfance. L'anamnèse révèle différents éléments évoquant son instabilité psychique. Plusieurs éléments de détresse ont déjà été évoqués dans le passé (conflits émotionnels, ruptures sentimentales, harcèlement moral au travail). Ces événements ont entraîné une déstabilisation et une cicatrice psychologique qui la fragilise.

Je retiens les diagnostics de dépression récurrente actuellement en rémission, avec modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et un trouble mixte de la personnalité, à traits borderline passifs et dépendants non décompensé.

Le risque d'une décompensation dépressive est élevé en cas de facteur de stress. Sa passivité peut entraîner des difficultés relationnelles au travail et des difficultés d'intégration dans un groupe.

Les médecins qui ont examiné l'assurée sont tous d'avis que c'est une personnalité fragile. On peut considérer qu'actuellement, pour des motifs psychiatriques, sa capacité à faire face au stress est diminuée. L'assurée dispose de peu de ressources psychiques dans la perspective d'un emploi rémunéré. Sa capacité d'assumer une responsabilité et la contrainte d'un travail semble diminuée en raison de son instabilité et de sa fragilité psychique. Actuellement, il y a une rémission de son état dépressif récurrent mais le risque d'une nouvelle décompensation est élevé en cas de surcharge psychique. La limitation de sa capacité de travail peut être évaluée à plus de 70 % et ce pour une longue durée, voire de manière définitive".

Par courrier du 11 janvier 2011 adressé à la Dresse T._____, le Dr B._____, médecin au SMR, s'est étonné de l'incapacité de travail de plus de 70 % attestée en l'absence de trouble dépressif et de décompensation du trouble mixte de la personnalité. Le SMR demandait dès lors à la Dresse T._____ de préciser les limitations fonctionnelles objectives justifiant une incapacité de travail quasi-totale chez l'assurée.

Dans un complément d'expertise du 9 février 2011 au Dr B._____ du SMR, la Dresse T._____ a indiqué ce qui suit :

"Dans le cas présent, le trouble de la personnalité apparaît comme grave. Il génère une certaine incompétence sociale et par là une inadaptation au monde du travail. L'état actuel de l'expertisée paraît stable mais le risque d'une nouvelle décompensation n'est pas à écarter en cas de stress. C'est ici manifestement le trouble de la personnalité qui joue un rôle délétère et qui diminue la capacité de travail, avec une incapacité estimée à 70 %".

Par avis médical du 4 mai 2011, le Dr B. _____ a relevé que le volet rhumatologique, ainsi que l'évaluation en atelier n'appelaient pas de commentaire. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr B. _____ a considéré que :

"(...) Les observations cliniques de la Dresse T. _____ tiennent en 9 lignes. On décrit une femme en bon état général, souriante et détendue, collaborante, ne montrant aucun comportement douloureux. Il n'y a pas d'humeur dépressive, mais il existe une baisse de l'estime de soi, une incapacité à établir une relation, une réduction de l'énergie, des craintes et des doutes. C'est sur cette base, et sur l'anamnèse, que notre Collègue fonde le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, et trouble mixte de la personnalité à traits borderline, passifs et dépendants.

En d'autres termes, il n'y a plus de trouble dépressif. Le trouble mixte de la personnalité n'est pas décompensé.

Dès lors on est en droit de s'étonner de l'incapacité de travail de plus de 70 % attestée en l'absence de maladie psychique. Sont invoqués une fragilité psychique, l'instabilité et le risque d'une nouvelle décompensation".

Le Dr B. _____ a ajouté qu'il n'avait toujours pas reçu de réponse de la Dresse T. _____, raison pour laquelle, après avoir discuté du dossier avec la permanence psychiatrique, il proposait une deuxième expertise externe, confiée de préférence à un psychiatre rigoureux et cohérent.

Par courrier du 7 juin 2011 à l'assurée, l'OAI a indiqué qu'il prenait en charge les frais d'une expertise médicale laquelle serait confiée au Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie. L'OAI a en outre précisé ce qui suit :

"Remarque

Pour des motifs pertinents, il est possible de récuser, par courrier adressé à l'Office AI, l'expert, l'experte ou l'organe chargé de l'expertise (une fois connus les noms des experts nommés pour pratiquer celle-ci) dans un délai de 10 jours. Passé ce délai, d'éventuelles objections ne pourront plus être prises en considération".

Par avis médical du 17 juin 2011, le Dr B._____ a relevé que la réponse de la Dresse T._____ [du 9 février 2011] lui était parvenue tardivement et que l'assurée était en attente d'une expertise chez le Dr G._____.

Par courrier du 17 juin 2011 à l'OAI, Me Alain Vuithier, nouveau conseil de l'assurée, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de soumettre sa cliente à une nouvelle expertise psychiatrique, l'expertise de la Clinique ???_____ datant de moins d'une année. Il sollicitait dès lors qu'une décision soit rendue, l'OAI ayant à sa disposition tous les éléments pour ce faire.

Par lettre du 23 juin 2011 à Me Vuithier, l'OAI a rappelé que le SMR avait estimé nécessaire de compléter l'instruction du dossier en réalisant un autre examen psychiatrique, les conclusions de l'examen psychiatrique réalisé par la Clinique ???_____ n'étant pas convaincantes. L'OAI a ainsi conclu que l'avis du SMR devait être suivi et que l'on pouvait dès lors exiger de l'assurée qu'elle se soumette à ce nouvel examen, les dispositions légales topiques sur l'obligation de collaborer lui étant rappelées, par ailleurs.

Dans ses déterminations du 21 juillet 2011, Me Vuithier a confirmé que sa mandante considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Si un complément devait être requis, il incombait à l'OAI d'interpeller la Dresse T._____ sur ce point.

Par courrier du 4 août 2011 à Me Vuithier, l'OAI, se référant à l'avis du SMR, a estimé que la réponse de la Dresse T._____ n'était pas suffisante pour suivre les conclusions formulées dans le volet psychiatrique de l'expertise réalisée à la Clinique ???_____, raison pour laquelle l'instruction devait se poursuivre par une nouvelle évaluation chez le Dr G._____.

Par lettre du 15 septembre 2011, Me Vuithier a invité l'OAI à rendre une décision formelle sur l'opportunité d'une nouvelle expertise avec voies de droit.

Le 21 septembre 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il entendait rejeter la demande de prestations en raison de son refus de se soumettre à une nouvelle expertise psychiatrique, en application notamment de l'art. 43 al. 3 LPGA permettant à l'assureur de clore le dossier en cas de non collaboration de l'assuré.

Par courrier du 11 octobre 2011 à Me Vuithier, l'OAI a relevé que le motif invoqué par l'assurée à l'encontre de la seconde expertise psychiatrique requise par l'OAI - à savoir que les faits étaient suffisamment éclaircis, si bien qu'une autre expertise était superflue - était un motif matériel de récusation au sens de la jurisprudence en la matière (ATF 132 V 93) ne pouvant être pris en compte que dans le cadre de l'appréciation des preuves devant un tribunal (ATF du 9 juin 2009, 9C_199/2009).

L'assurée par son conseil, a fait part de ses objections à l'OAI par courrier du 26 octobre 2011.

Par décision du 2 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 septembre 2011. Il a en outre relevé ce qui suit par courrier du même jour :

"Il ne suffit pas qu'une expertise se prononce sur la capacité de travail exigible de l'assuré et énumère les limitations fonctionnelles pour être suivie. Une expertise ne peut être suivie que si ses conclusions sont convaincantes sur le plan médical. En l'espèce, le SMR estime que tel n'est pas le cas en ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise de la Clinique ???.....".

Le grief selon lequel nous aurions dû statuer sur la base des documents médicaux actuellement au dossier ne peut pas être admis non plus. Faute de disposer de documents probants sur l'état de santé psychique de Madame J....., nous ne pouvons établir son degré d'invalidité".

C. Par acte de son mandataire du 7 décembre 2011, J. _____ recourt contre la décision de l'office intimé du 2 novembre 2011 et conclut, sous suite de dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2003, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle rappelle s'être soumise à une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique ???. _____, dont les conclusions sur le plan psychiatrique résultent d'un examen approfondi de l'anamnèse, tiennent compte de ses plaintes et font l'objet d'une discussion détaillée. L'experte a en outre transmis un complément d'expertise le 9 février 2011. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'est dès lors pas nécessaire selon elle à l'appréciation du cas et ne saurait être raisonnablement être exigée d'elle, dans le seul but de tenter d'obtenir un résultat qui soit favorable à l'intimé. Elle soutient ainsi que l'intimé a violé le droit fédéral en la sanctionnant parce qu'elle avait refusé "*de manière inexcusable de collaborer à l'instruction*". En outre, elle constate que dans son jugement du 16 juillet 2008, le Tribunal des assurances avait clairement enjoint l'intimé de confier une nouvelle évaluation psychiatrique à un médecin neutre, dont l'indépendance et l'impartialité sont reconnues. Une telle expertise a ainsi été réalisée par les experts de la Clinique ???. _____ dont les qualifications répondent en tous points aux exigences posés par le Tribunal. La recourante est d'avis que tel n'est pas le cas du Dr G. _____ qui est connu pour effectuer régulièrement des expertises sur mandat de l'OAI et qui ne répond dès lors pas aux critères précités. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès de ce praticien, laquelle n'est pas justifiée au regard des circonstances, serait donc susceptible de violer le principe de l'égalité des armes au sens de l'art. 6 CEDH. Enfin, la recourante allègue qu'en refusant de se prononcer sur le fond en l'état du dossier, l'intimé a décidé de ne pas entrer en matière et de rejeter purement et simplement la demande. Or, il lui incombait de statuer au fond sur la base du rapport d'expertise de la Clinique ???. _____ et de son complément, lesquels suffisaient à établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique. A ce défaut, la recourante expose que l'intimé a une nouvelle fois violé le droit fédéral et abusé de

son pouvoir d'appréciation. La recourante a enfin sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 20 janvier 2012 (AJ12.002447), la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 décembre 2011 et désigné Me Alain Vuithier en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 16 avril 2012, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques ou de réquisitions particulières à formuler en l'état.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent.

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2003, singulièrement sur le point de savoir si l'intimé était concrètement en droit de refuser de procéder à l'examen matériel du droit aux prestations pour toute la période litigieuse au seul motif que la recourante avait contrevenu à son obligation de collaborer à l'établissement des faits en refusant de se soumettre à une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique. En substance, la recourante conteste avoir manqué à son devoir de collaborer et reproche à l'intimé de vouloir mettre en œuvre une nouvelle expertise qui n'est pas nécessaire pour déterminer son droit aux prestations, ce dernier étant selon elle en possession de tous les éléments lui permettant de se prononcer. L'intimé maintient quant à lui sa position.

3. Il convient tout d'abord de déterminer si l'intimé pouvait statuer en l'état du dossier ou s'il se justifiait d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever

d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

c) 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 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

d) Ainsi, selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "seconde opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2; U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Cela étant, le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en oeuvre d'une expertise médicale n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe d'une administration rationnelle

(TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1, 2^{ème} paragraphe, et les références citées).

4. Par arrêt du 16 juillet 2008 (AI 534/07 - 321/2008), le Tribunal des assurances a considéré, outre l'irrégularité formelle qui entachait le rapport du 15 mars 2006 de la Dresse E. _____ (laquelle s'était prévalu d'un titre auquel elle ne pouvait prétendre, à l'époque, en vertu de la législation fédérale), que des mesures d'instruction s'imposaient en l'absence d'évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique et de la capacité de travail raisonnablement exigible. Après avoir pris connaissance du rapport du 29 juillet 2010 de la Clinique ???, _____ mandatée pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, l'intimé a sollicité l'avis du SMR s'agissant de l'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse T. _____. Cette dernière avait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et de trouble mixte de la personnalité à trait borderline passif et dépendant, motivant une incapacité de travail supérieure à 70 % depuis 2003 tant dans une activité de secrétariat, que dans toute autre activité. Par courrier du 11 janvier 2011 à la Dresse T. _____, le SMR a sollicité un complément d'expertise afin que soient précisées les limitations fonctionnelles objectives justifiant une incapacité de travail quasi-totale, compte tenu de l'absence d'un trouble dépressif et de décompensation du trouble de la personnalité. Le 9 février 2011, la Dresse T. _____ a indiqué que le trouble de la personnalité était grave, c'est-à-dire qu'il générerait une "*certaine incompétence sociale et par là une inadaptation au monde du travail*".

Faisant siennes les critiques du SMR à l'égard des conclusions de la Dresse T. _____ (avis médical du Dr B. _____ du 4 mai 2011), l'intimé a considéré que le rapport de l'experte psychiatre ne permettait pas de comprendre le fondement d'une incapacité de travail de 70 % en l'absence de maladie psychique. A lecture de l'avis du SMR du 17 juin 2011, il apparaît que le complément d'expertise fourni par la Dresse

T._____ n'était pas probant, dans la mesure où le Dr B._____ a confirmé l'examen psychiatrique auprès du Dr G._____.

Quoi qu'en dise la recourante, l'appréciation des preuves à laquelle a procédé l'intimé n'est pas contraire au droit. Tout d'abord, les conclusions de la Dresse T._____ relatives à l'incapacité de travail de la recourante en raison des troubles psychiques dont elle souffre, se concilient mal avec les observations de son auteur. On relèvera, en particulier, que la simple référence aux diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et de trouble mixte de la personnalité à trait borderline passif et dépendant, ne saurait suffire, puisqu'elle ne permet pas de comprendre la gravité de ces atteintes, ni pour quelles raisons elles empêcheraient la recourante de réintégrer un processus de travail dans une activité adaptée. La Dresse T._____ a ainsi exposé qu'aucun de ces diagnostics n'était réellement invalidant, tout en concluant que la pathologie psychique justifiait une incapacité de travail de 70 %. Ce type de conclusions, non motivées, ne cadre pas avec les critères fixés par la jurisprudence en matière de force probante des rapports médicaux et n'est pas convaincant, d'autant plus que le travail de l'expert repose sur un examen clinique et des constatations objectives qui tendent à démontrer l'absence de tout problème psychiatrique substantiel. L'experte a en effet retenu comme observations objectives qu'*elle [la recourante] ne montre aucun comportement douloureux durant l'entretien et semble sincère et authentique. Elle n'a pas d'humeur dépressive, mais il existe une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, une incapacité à établir une relation avec les autres, une réduction de l'énergie, des craintes et des doutes. On n'observe pas de signes de la lignée psychotique tels que délires, hallucinations ou troubles du cours de la pensée*". L'expertise ne met ainsi en évidence aucun élément significatif donnant à penser que la recourante aurait épuisé toutes ses ressources psychiques. A cet égard, l'affirmation de l'experte selon laquelle *"l'assurée dispose de peu de ressources psychiques dans la perspective d'un emploi rémunéré"* et que *"sa capacité d'assumer une responsabilité et la contrainte d'un travail*

semble diminuée en raison de son instabilité et de sa fragilité psychique", n'est pas motivée plus avant, de sorte qu'elle n'est pas probante. Enfin, le complément d'expertise du 9 février 2011 faisant état d'un grave trouble de la personnalité pour justifier une incapacité de travail de 70 %, est très succinct. Les explications fournies apparaissent certes différenciées, mais sont peu compréhensibles, voire contradictoires. L'experte ne semble elle-même pas très convaincue, puisqu'elle utilise la formule "le trouble de la personnalité apparaît comme grave" ajoutant que "l'état actuel de l'expertisée paraît stable mais le risque d'une nouvelle décompensation n'est pas à écarter en cas de stress".

Au vu de l'ensemble des éléments précités, il convient de considérer que l'intimé a ordonné à juste titre une mesure d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise, dont la mise en œuvre permettra d'obtenir l'avis d'un spécialiste en psychiatrie qui puisse lever définitivement les doutes que la Dresse T. _____ a fait naître quant à la pertinence de son analyse de la capacité de travail de la recourante.

5. Il reste toutefois à examiner si l'intimé était en droit de rejeter la demande de prestations de la recourante à la suite des courriers des 23 juin, 4 août et 5 septembre 2011.

a) Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Partant, et selon les circonstances,

l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés.

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TFA U 316/2006 du 6 juillet 2007, consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). S'agissant de la procédure en matière d'opportunité d'une mesure d'instruction, le Tribunal fédéral a récemment modifié sa jurisprudence (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.7 in fine) en considérant qu'"il appartient désormais à l'assureur social concerné de chercher à se mettre d'accord, avec la personne assurée, sur le choix de l'expert. En cas d'échec, l'assureur doit rendre une décision incidente contre laquelle la personne assurée peut recourir immédiatement. Elle peut alors soulever des motifs formels de récusation, mais également des motifs "matériels" de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA". Désormais, l'OAI doit rendre une décision incidente portant sur le choix de l'expert, d'une part, mais également sur l'opportunité d'ordonner une expertise ou non, en particulier lorsque l'assuré soutient qu'il s'agit d'une simple "seconde opinion" qui n'est pas justifiée.

6. a) En l'occurrence, l'intimé a informé la recourante le 7 juin 2011 de son intention de la soumettre à une expertise psychiatrique auprès du

Dr G._____. L'intimé lui a en outre accordé un délai de 10 jours pour communiquer ses questions complémentaires aux experts, ainsi que pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation contre ceux-ci. Dans ce délai, la recourante a invité l'intimé à annuler cet examen, en précisant qu'une expertise avec un volet psychiatrique avait déjà été pratiquée moins d'une année auparavant (courrier du 17 juin 2011). Par la suite, l'intimé a fait part à la recourante qu'elle avait un devoir de collaboration et que l'assureur était habilité à se prononcer en l'état du dossier (lettre du 23 juin 2011). Par lettre du 21 juillet 2011, la recourante a confirmé son refus de se présenter à l'expertise, tout en suggérant de requérir un complément d'expertise auprès de la Dresse T._____, si nécessaire. Par courrier du 4 août 2011, l'intimé a fixé à la recourante un délai au 31 août 2011 pour lui indiquer si elle acceptait de se soumettre à l'expertise prévue auprès du Dr G._____, en précisant ce qui suit à défaut : "*nous statuerons par un refus de prestations faute d'avoir pu mener l'instruction du dossier à son terme en raison de votre manque de collaboration*". Par acte du 15 septembre 2011, le conseil de la recourante a requis de l'intimé une décision relative à l'opportunité d'une nouvelle expertise avec indication des voies de droit.

b) Au vu des éléments précités, il y a lieu de considérer que l'intimé ne pouvait éluder la requête formée par la recourante tendant à la notification d'une décision incidente relative à l'opportunité de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et ce, avec indication des voies de droit. La décision litigieuse consistant à refuser de procéder à l'examen matériel du droit aux prestations est dès lors prématurée, peu important qu'il y ait eu préalablement une sommation régulière ou non de se conformer au devoir de collaborer. Au vu des conséquences graves d'un refus de collaborer, correspondant dans le cas d'espèce au refus de prestations depuis 2003, une telle décision était nécessaire conformément à la jurisprudence récente du TF (cf. consid. 5b ci-dessus). En d'autres termes, l'intimé ne pouvait pas rejeter la demande de prestations avant que la décision précitée ne soit entrée en force. La recourante devra dès lors se soumettre à une expertise psychiatrique; à défaut l'intimé sera en droit de statuer en l'état du dossier. Toutefois, à ce stade de la procédure, la Cour

de céans considère qu'il ne se justifie pas d'ordonner une expertise psychiatrique auprès du Dr G. _____, ni de se prononcer sur les motifs de récusation soulevés par la recourante à l'encontre du psychiatre précité. En effet, la recourante doit pouvoir bénéficier de la procédure instaurée par la Tribunal fédéral qui prévoit la possibilité pour les parties de tenter de s'entendre sur le choix de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.4, 3.4.2.6 et 3.4.2.7). C'est seulement dans l'hypothèse d'un échec que la recourante pourra faire valoir ses motifs de récusation contre l'expert qui aura finalement été désigné par l'intimé.

c) Cela justifie l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il statue selon la procédure introduite par la nouvelle jurisprudence, laquelle consacre de nouvelles garanties en faveur de l'assuré en restreignant la très grande liberté d'appréciation reconnue jusqu'alors à l'administration quant aux mesures d'instruction jugées nécessaires.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision dont est recours annulée et la cause renvoyée à l'intimé, afin qu'il reprenne l'instruction du dossier conformément aux considérants précités.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, _____ se _____ référant _____ à l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et mis à la charge de l'intimé.

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g

LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Vuithier.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office précité pour la reprise de l'instruction conformément aux considérants.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1500 fr. (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 Alain Vuithier (pour la recourante), avocat à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

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 :