

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juillet 2025

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Despland, assesseur  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, d'origine colombienne, arrivée en Suisse en 2009, divorcée, mère d'un fils né en janvier 2017, a exercé, en dernier lieu, comme ouvrière au contrôle qualité auprès d'A.\_\_\_\_\_ SA, poste dont elle a été licenciée en juillet 2014. Auparavant, elle s'était trouvée en arrêt de travail depuis mai 2014.

Le 17 octobre 2014, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant avoir subi une agression par son mari et avoir commis un tentamen.

A cette même date, a notamment été versé au dossier de l'OAI, le dossier de l'assurance-maladie perte de gain, auquel figuraient les pièces suivantes :

- un avis de sortie établi par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_ ( [...]), dont il ressort que l'assurée a été hospitalisée du 23 au 31 mars 2014 au sein de ce service et posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de solitude (Z60.2) et de difficultés avec le conjoint (Z63.0) ;
- un rapport d'expertise établi le 3 septembre 2014 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9). La capacité de travail dans toute activité était nulle, puis de 40% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, augmentant de 20% chaque mois pour atteindre 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2015, moyennant un suivi hebdomadaire par un médecin psychiatre et une adaptation de la médication.

**b)** L'OAI a recueilli différents rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, notamment auprès de la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotique (F33.2), de solitude (Z60.2) et de difficultés avec le conjoint (Z63.0) (cf. rapport médical du 14 novembre 2014) et du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble de l'adaptation (F41.1) et de réaction dépressive prolongée (F43.21) (cf. rapport médical du 23 décembre 2014). En outre, l'assurée a été suivie par le Centre médico-chirurgical H.\_\_\_\_\_ de février à mai 2015 pour des douleurs polyarticulaires diffuses, conduisant au diagnostic de fibromyalgie (cf. rapport médical du 3 février 2016). Les différents médecins ont attesté d'une incapacité totale de travail dans toute activité.

Dans un rapport du 26 mai 2017, postérieur à la grossesse et à l'accouchement de l'assurée, en janvier 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles de la personnalité (F61), de troubles graves de l'adaptation (réaction dépressive prolongée F43.21), d'anxiété généralisée (F41.1) sur fond d'insécurisation chronicisée et de trouble mental de la puerpéralité. Il a attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante à la suite de la naissance de son fils et d'une incapacité totale de travail dans toute activité.

**c)** En raison des diagnostics divergents posés par les différents médecins, le Service médical régional de l'AI (SMR) a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique dans son avis du 13 juin 2017. L'OAI a confié le mandat à B.\_\_\_\_\_SA (ci-après : le [...]).

**d)** Le 4 octobre 2019, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, ont rendu leur rapport. Aux termes de celui-ci, ils ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte (F61.0), avec des traits anxieux, dépendante et histrionique, existant depuis

l'adolescence et de douleur diffuse sans support anatomique. Ils ont indiqué que les seules limitations fonctionnelles retenues étaient d'ordre psychiatrique, pendant l'hospitalisation à [...] en 2014, en lien avec la décompensation de son trouble de la personnalité. L'assurée avait présenté une incapacité totale de travail entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 30 octobre 2014 ainsi qu'entre le 2 et le 16 juin 2016. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle en dehors de ces périodes.

**e)** Dans un avis du 10 octobre 2019, le SMR a estimé que l'expertise était globalement probante mais a souhaité que l'expert psychiatre apporte des précisions quant aux diagnostics écartés et aux périodes d'incapacité.

**f)** Par courrier du 22 janvier 2020, l'expert psychiatre a estimé que les réponses quant aux diagnostics figuraient dans le rapport du 4 octobre 2019, auquel il a renvoyé. S'agissant de l'incapacité de travail, il a indiqué qu'elle était totale entre mai 2014 et fin 2015.

**g)** Par projet de décision du 5 mars 2020, confirmé par décision du 4 juin 2020, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mars 2016. Il a constaté qu'en raison des atteintes à sa santé, elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis mai 2014 et qu'au terme du délai d'attente en mai 2015, sa capacité de travail était toujours nulle, ouvrant le droit à une rente entière. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, elle avait retrouvé une capacité totale de travail dans toute activité. Son droit s'éteignait le 31 mars 2016, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

La décision du 4 juin 2020 n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.** **a)** Dans un courrier adressé à l'OAI le 16 juin 2022, le Dr K. \_\_\_\_\_ l'a informé de la modification de l'état clinique de l'assurée. Il a ainsi indiqué qu'elle présentait des phénomènes sensoriels hallucinatoires typiques de psychose qui avaient été constatés à sa consultation du 4 juin

2020. Ceux-ci entraînaient des absences médicales de l'assurée, lors du stage professionnel, toujours en cours, qui avait été initié par celle-ci et par l'OAI. Un traitement neuroleptique avait été mis en place. Toutefois, les imprévus de la vie quotidienne de l'assurée augmentaient son angoisse et son sentiment d'insécurité.

**b)** Par courrier du 9 février 2023, le Dr K. \_\_\_\_\_ a adressé un rappel de son précédent courrier à l'OAI, qui était resté sans réponse.

**c)** Le 13 février 2023, l'OAI a adressé à l'assurée, désormais représentée par Procap CCAS (Centre de conseils en assurances sociales), un formulaire de demande de prestations, que l'assurée a complété et renvoyé le 6 avril 2023.

**d)** Dans un rapport rédigé à la demande de l'OAI le 7 juin 2023, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F20) depuis au moins le 4 juin 2020, de troubles dépressifs récurrents avec symptômes psychotiques (F33) depuis au moins le 4 juin 2020 et de troubles dépressifs récurrents sans symptômes psychotiques apparents (F33) au moins depuis 2014. Il a relevé une péjoration thymique, une souffrance morale, une inhibition psychomotrice, par angoisse, une aggravation du sentiment de persécution et du risque interprétatif délirant et la réapparition de la peur de sortir. L'assurée restait confinée chez elle sauf obligation, ne sortait qu'accompagnée sinon au prix de gros efforts avec anxiolytiques, présentait des crises d'angoisse deux à trois fois par jour et des crises de vomissement itératives en présence de stress même modéré. La capacité de travail était nulle dans toute activité et l'assurée avait dû arrêter son stage en raison d'angoisse et d'interprétation délirante persécutive. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr K. \_\_\_\_\_ a noté une peur d'autrui d'ordre psychotique avec le sentiment persécutif en rapport avec cette peur, un trouble de l'attention et de la concentration « trop élevé », et particulièrement encore plus invalidant lors de toute forme de stress dont une angoisse de performance et une peur d'autrui, le stress et une aggravation du tableau psychotique.

Était joint à ce rapport un bilan neuropsychologique du 5 février 2018 qui faisait état d'une perturbation de la mémoire immédiate/de travail verbale, de légers troubles mnésiques épisodiques antérogrades en modalité verbale, d'importants troubles du calcul oral (à mettre probablement en lien avec les troubles en mémoire de travail, ainsi qu'avec un défaut d'acquisition scolaire) associés à de légères difficultés de calcul écrit, un léger fléchissement exécutif (difficultés de planification et d'inhibition), un manque du mot modéré et des capacités d'évocation lexicale limites, ainsi que des capacités d'attention sélective et soutenue globalement limites. Le tout était en lien avec la symptomatologie anxio-dépressive connue, présentée par l'assurée, et son état d'épuisement physique et mental depuis la naissance de son fils. Les plaintes subjectives n'étaient que partiellement objectivées dans les tests, ce qui était probablement à mettre en lien avec les troubles de l'humeur.

**e)** Dans un avis du 11 juillet 2023, le SMR a estimé qu'il ressortait des différents rapports médicaux plusieurs éléments, notamment de la lignée anxieuse, parlant pour une aggravation en comparaison des constatations de l'expertise, éléments qui avaient toutefois déjà été rapportés en partie par le Dr K. \_\_\_\_\_ en 2017 et réfutés par l'expert en 2019. Il a alors interpellé le Dr K. \_\_\_\_\_ lui soumettant une série de questions complémentaires.

**f)** En réponse au SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_ a précisé, dans un rapport du 10 septembre 2023, les motifs le conduisant à retenir le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il a ainsi exposé que la recourante présentait depuis plusieurs années, de façon constante, des hallucinations de type cénesthopathies (perception de présence qui l'effleure la nuit), auditif (souffle humain contre elle à caractère diabolique), un délire persécutif en rapport avec le regard de certaines personnes dès qu'elle sortait de chez elle, un délire persécutif sexualisé ciblant certaines personnes, ainsi qu'un repli sur elle en rapport avec l'angoisse suscitée par les idées délirantes l'empêchant de sortir. En même temps, le discours de l'assurée restait organisé, assez structuré, avec une capacité pour s'occuper des tâches journalières, ménagères et administratives,

fluctuante. Ces signes cliniques observés durant les séances permettaient de poser le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Le psychiatre traitant a encore indiqué que les interprétations faites par l'assurée consistaient à croire, par exemple, qu'une caissière (sans autre particularité) lui en voulait, au point qu'elle devait se faire accompagner pour faire les courses ou que tel thérapeute alternatif voulait la violer. Les délires étaient de nature mystique à connotation religieuse de possession diabolique. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a souligné que, dès l'introduction du traitement par Abilify (neuroleptique), les plaintes en rapport avec les cénesthopathies nocturnes avaient disparu ou étaient devenues supportables. A la question de l'amélioration sous Abilify constatée en juin 2022, puis de l'aggravation constatée en juin 2023 avec l'arrêt du stage professionnel, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé que la caractéristique de la maladie schizophrénique paranoïde était d'évoluer avec des aggravations et des améliorations, selon un modèle de variation constante. Ainsi, au moment de l'introduction de l'Abilify, il avait pu être remarqué une réponse positive avec une diminution des signes cliniques ; dès que l'assurée s'était vue exposée, une fois de plus, à des facteurs stressants, considérés pour quelqu'un ne souffrant pas de cette maladie, comme des événements de vie adverses gérables, ces facteurs avaient enclenché, chez elle, des décompensations avec des signes cliniques de type psychotiques (hallucinations, délires persécutifs et mystique, repli sur soi par crainte d'une menace). Sur le long terme, lors de ces décompensations, le constat de la perte de toute interaction psychosociale entraînait un effondrement de l'humeur.

**g)** Dans un avis du 6 novembre 2023, le SMR a relevé que, depuis la dernière décision, le Dr K. \_\_\_\_\_ avait mis en exergue la présence d'une symptomatologie psychotique, symptomatologie déjà présente lors de la première demande selon le médecin précité, mais faussement attribuée à une phobie sociale et à des phénomènes hypnagogiques, avec un diagnostic posé tardivement de schizophrénie paranoïde. Comparativement à la dernière expertise, les répercussions sur le quotidien selon son psychiatre traitant étaient plus importantes et une aggravation depuis 2023 était plausible (arrêt des mesures de réinsertion,

intensification du traitement) mais restait à confirmer. Il était préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**h)** Le 30 janvier 2024, l'assurée a été soumise à un examen clinique psychiatrique du SMR, effectué par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 26 février 2024. Ce médecin a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'autres troubles psychotiques non organiques (F28), de troubles mixtes de la personnalité avec traits anxieux et dépendants principalement (F61.0) et d'anxiété généralisée (F41.1). L'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle et disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis la dernière décision de l'OAI de juin 2020.

**i)** Par projet de décision du 19 mars 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif qu'aucune modification de son état de santé, ayant une influence sur sa capacité de travail, n'était intervenue depuis la précédente décision.

**j)** Par courrier du 3 mai 2024, l'assurée, toujours représentée par Procap CCAS, s'est opposée au projet de décision précité, concluant à son annulation et au complément de l'instruction. A l'appui de ses objections, elle a produit un rapport établi le 20 avril 2024 par le Dr K.\_\_\_\_\_, prenant position sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du 26 février 2024.

**k)** Par avis du 4 juin 2024, le SMR, a estimé, après examen du rapport établi le 20 avril 2024 par le Dr K.\_\_\_\_\_, que l'expertise psychiatrique menée par le Dr T.\_\_\_\_\_ avait été réalisée dans les règles de l'art avec une analyse détaillée du dossier, une anamnèse prenant en compte les plaintes et un examen clinique soigneux. Il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux à même de démontrer une aggravation durable des atteintes reconnues ou de nouvelles atteintes durablement incapacitantes ; il s'agissait d'une évaluation différente de la même situation.

**I)** Par décision du 14 juin 2024, l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations formée par l'assurée, confirmant son projet de décision du 19 mars 2024.

**C. a)** P.\_\_\_\_\_, assistée de Procap Suisse, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 juillet 2024, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a, par ailleurs, requis l'octroi de l'assistance judiciaire pour les frais. En résumé, la recourante a fait valoir que le rapport du 20 avril 2024 jetait un doute suffisant sur le rapport d'examen établi par le SMR le 26 février 2024, les avis des deux médecins sur les diagnostics étant contradictoires, et devait amener à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

**b)** Par décision du 22 juillet 2024, la juge instructrice a octroyé à la recourante l'assistance judiciaire avec effet au 18 juillet 2024, l'a exonérée des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

**c)** Dans sa réponse du 20 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant au rapport d'examen clinique du SMR du 26 février 2024.

**d)** Par courrier du 5 septembre 2024, la recourante a renoncé à formuler des observations complémentaires.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité en lien avec la nouvelle demande qu'elle a déposée le 11 avril 2023.

**a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 14 juin 2024 fait suite à une nouvelle (deuxième) demande de prestations, déposée le 11 avril 2023. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit, en l'espèce, le 1<sup>er</sup> octobre 2023, si bien qu'on appliquera le droit en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**e)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, le caractère invalidant des atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5.** L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par la recourante le 11 avril 2023, qu'il a instruite en demandant des rapports au Dr K. \_\_\_\_\_ et en soumettant la recourante à un examen clinique psychiatrique auprès du SMR. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 4 juin 2020, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 14 juin 2024, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** La recourante a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 octobre 2014, à la suite de problèmes psychiques. Pour l'essentiel, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du B. \_\_\_\_\_ SA du 4 octobre 2019 et son complément du 22 janvier 2020 pour motiver sa décision du 4 juin 2020. En résumé, les experts ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte (F61.0), avec des traits anxieux, dépendante et histrionique, existants depuis l'adolescence et de douleur diffuse sans support anatomique et n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle. Ils ont estimé que la recourante avait présenté une incapacité totale de travail entre le mois de mai 2014 et ce jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, date à partir de laquelle elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité.

**b)** La deuxième demande déposée par la recourante est motivée par les nouveaux diagnostics posés par le Dr K. \_\_\_\_\_, présents depuis à tout le moins le mois de juin 2020, à savoir une schizophrénie paranoïde (F20) et des troubles dépressifs récurrents avec symptômes

psychotiques (F33) (cf. rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2023). Par ailleurs, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'examen clinique établi par le SMR le 26 février 2024, en particulier s'agissant des diagnostics posés et de leurs conséquences sur sa capacité de travail.

Pour sa part, l'intimé estime que le rapport du SMR en question remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

**c)** Selon le rapport d'examen clinique du 26 février 2024, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'autres troubles psychotiques non organiques (F28), de troubles mixtes de la personnalité avec traits anxieux et dépendants principalement (F61.0) et d'anxiété généralisée (F41.1). Il a écarté le diagnostic de schizophrénie. A cet égard, il a indiqué que les phénomènes hallucinatoires ne se produisaient qu'en situation hypnagogique, selon l'anamnèse de la recourante, à savoir la nuit aux réveils. Il n'y avait pas d'hallucinations auditives et il n'y en avait jamais eues. Les hallucinations cénesthésiques décrites étaient plutôt un vécu de sensation de présences à côté d'elle et ne mettaient pas en jeu des sensations corporelles qui, *stricto sensu*, correspondaient à des hallucinations cénesthésiques. Les hallucinations auditives étaient uniquement des bruits entendus aux réveils, qui pouvaient durer de quelques minutes jusqu'à l'endormissement (endormissement qui ne dépassait pas une demi-heure) et il n'y avait pas d'hallucinations verbales. Ces phénomènes existaient même avant le début de l'âge adulte. Il n'était retrouvé aucun autre phénomène de type psychotique. En situation d'interactions sociales, en particulier avec des personnes que la recourante ne connaissait pas ou, même si elle les côtoyait régulièrement dans le voisinage, elle ne pouvait connaître les pensées et les jugements mais elle pouvait se sentir rapidement méfiante, avec un sentiment de préjudice de la part de l'interlocuteur. Ce phénomène était général et existait depuis l'adolescence, voire selon la recourante, depuis l'enfance. Était également atypique le fait que ce sentiment de préjudice ou méfiance

s'accompagnait d'un vécu plus « dépressif » de catastrophe imminente, permanent depuis l'adolescence de la recourante. Cela s'intégrait également dans un vécu très pessimiste depuis l'adolescence. Il n'était repéré à l'examen aucun autre symptôme de type psychotique et les rapports psychiatriques ne faisaient pas mention d'autres symptômes. Ainsi, le Dr T. \_\_\_\_\_ a rejeté le caractère typique des hallucinations, tel que retenu par le psychiatre traitant, au vu des caractéristiques purement hypnagogiques des phénomènes. Quant aux phénomènes diurnes, ils existaient uniquement en situation d'interactions sociales ou lorsque la recourante quittait le domicile et ils s'intégraient avec une thématique de catastrophe, qui n'était pas non plus typique. Il n'y avait aucun phénomène d'ordre interprétatif. Par ailleurs et ce qui renforçait le caractère atypique des phénomènes, était le manque d'adhésion à ces symptômes, puisque même si la recourante ne remettait pas en cause leur existence, elle critiquait le caractère normal et considérait qu'ils étaient pathologiques. De ce fait, au vu de la forte atypicité des symptômes, le diagnostic de schizophrénie paranoïde devait être écarté et celui d'autres troubles psychotiques non organiques (F28) devait être retenu.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a rejeté le diagnostic de trouble schizotypique. En effet, il n'y avait pas de croyances ou d'idées bizarres magiques qui influençaient le comportement de la recourante. Le contact était normal et pas pauvre. La tendance au retrait social était ancienne et finalement modérée, au vu de sa vie quotidienne, avec une assurée qui, depuis longtemps, avait restreint le réseau social à un réseau familial, qui maintenait les quelques centres d'intérêt préexistants et qui était globalement autonome dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. Il n'y avait pas d'affect inapproprié ou restreint. Il n'y avait pas d'épisode transitoire quasi psychotique autre que ceux décrits. La pensée n'était pas vague et circonstanciée. Au total, il n'existait que deux symptômes sur les huit composant le trouble schizotypique. La Classification internationale des maladies (CIM) imposait au moins quatre symptômes, éventuellement trois, pour parler de trouble schizotypique, ce qui a amené le Dr T. \_\_\_\_\_ à rejeter ce diagnostic.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. En effet, à l'examen, il n'était repéré aucun des trois critères majeurs de dépression, à savoir humeur triste, diminution de l'activité ou du plaisir ou restriction du style de vie et fatigabilité. A l'anamnèse, la recourante ne décrivait qu'une fatigue, plus ou moins permanente, qui n'était pas repérée lors des deux heures d'examen. Elle ne décrivait de tristesse que de manière cyclique et labile, accompagnant parfois les épisodes anxieux. La recourante, qui avait toujours eu peu de centres d'intérêt, les maintenait dans le temps et il n'y avait donc aucune diminution de l'activité ou du plaisir pour des activités qui en procuraient auparavant. Par ailleurs, la recourante ne verbalisait pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité. Elle n'exprimait pas une vision pessimiste de l'avenir, si ce n'était sur l'état de santé de son père et de sa sœur cadette. La recourante niait avoir eu une mésestime de soi, même étant jeune et en avoir actuellement. Il n'y avait pas de diminution de l'appétit chez une assurée qui grossissait régulièrement. Elle ne présentait pas actuellement de troubles du sommeil, puisque les ré-endormissements, même après les épisodes hypnagogiques, se faisaient au maximum en une demi-heure. L'endormissement, le soir, se faisait entre une demi-heure et une heure. L'assurée n'exprimait aucune idée suicidaire et, hormis l'épisode qui avait motivé une hospitalisation, il n'y avait jamais eu d'autres actes suicidaires. En accord avec l'expertise de 2019, il fallait écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, la situation n'étant pas différente sur le plan thymique depuis lors et le psychiatre traitant n'invoquant pas de symptômes nouveaux, qui n'avaient pas déjà été écartés par l'expertise.

En revanche, le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), en raison des épisodes neurovégétatifs fréquents décrits par la recourante (chaleur dans les épaules ou constriction thoracique, avec sensation de mourir). Il a également retenu le diagnostic de trouble mixte de personnalité avec traits dépendants et anxieux (F61.0), en accord avec l'expertise de 2019.

S'agissant de l'effet des diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'analyse des indicateurs standards montrait que le diagnostic d'autres troubles psychotiques et non organiques, qui était présent depuis au moins l'adolescence, n'avait jamais empêché la recourante de travailler à 100 %, que ce soit comme agente d'entretien ou comme contrôleuse qualité. Les symptômes pouvaient être plus intenses et fréquents surtout en périodes d'anxiété et de stress, liés à des événements de vie négatifs mais ils n'entraînaient pas de décompensation. Par ailleurs, la recourante était autonome. Le diagnostic d'anxiété généralisée impliquait des phénomènes neurovégétatifs épisodiques, de manière récurrente depuis des années, qui n'étaient pas incapacitants du fait de leur faible durée, surtout lorsqu'ils se produisaient à certains horaires, comme l'endormissement. Ils pouvaient entraîner une incapacité partielle lorsqu'ils étaient journaliers, voire pluri-journaliers, comme ça avait été le cas entre mai et septembre 2023, lorsque la recourante avait appris les problèmes de santé de sa famille. Ce diagnostic qui existait depuis des années, y compris lorsque la recourante avait pu travailler à 100 %, n'entraînait que des incapacités partielles non durables, inférieures à six mois. Enfin, le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et anxieux, qui n'était pas en décompensation lors de l'expertise, ne l'était toujours pas au jour de l'examen. Il n'était donc pas incapacitant et ne l'avait jamais été.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a ainsi estimé que la capacité de travail de la recourante dans toute activité était de 100%, depuis la dernière décision de l'OAI de 2020.

**d)** A la demande de la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris position, dans un courrier du 20 avril 2024, sur le rapport du SMR du 26 février 2024. En résumé, le médecin précité a relevé que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'avait ni discuté, ni étudié de façon argumentée les conséquences de la prise des neuroleptiques sur la clinique objective de la recourante. Il a souligné que les diagnostics posés par le Dr T. \_\_\_\_\_ n'étaient pas en adéquation avec les signes cliniques qu'il avait observés, en particulier

parce que ceux-ci étaient partiellement contrôlés par la prise de la médication. A cet égard, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que la recourante avait arrêté la prise de l'Abilify (neuroleptique) et du Trittico (anxiolytique et antidépresseur), en raison d'une grossesse présumée en décembre 2024. L'arrêt de ces médicaments avait eu pour conséquence une aggravation nette des symptômes, en particulier la réapparition des bruits nocturnes et de l'angoisse. En raison de l'intensité très importante des symptômes, la recourante, qui souhaitait avoir un autre enfant, avait renoncé à ce projet pour permettre la reprise de sa médication. Cette reprise avait eu un effet rapide et significatif sur les symptômes. Par ailleurs, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'aucun autre médicament ou psychothérapies testés par la recourante n'avait permis une amélioration ou une stabilisation, contrairement à l'Abilify.

S'agissant des bruits entendus par la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_ a souligné qu'il ne s'agissait en aucun cas de bruits hypnagogiques. Il s'agissait de bruits qui la réveillaient et une fois éveillée, elle éprouvait des sensations tactiles de type attouchement sexuel, de façon constante, toutes les nuits, accompagnées d'angoisse et du sentiment envahissant d'être vue par une présence diabolique la nuit. L'intensité des symptômes se chiffraient à 8 sur 10. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a, en outre, relevé que la constance quotidienne, des années durant, sans aucune variation ni modification de la perception d'attouchements sexuels, de présence angoissante paranormale, rendait inadéquate la notion d'étiologie hypnagogique, dont les pseudo-hallucinations, par nature ou définition, ne pouvaient pas être si nettes, si stables, si précises d'une nuit à l'autre quelles que soient les conditions de repos, de fatigue etc. En outre, il fallait également tenir compte du fait que ces symptômes s'inscrivaient dans un vécu globalement persécutif d'autrui, argument plaidant aussi contre la qualification de phénomène hypnagogique. S'agissant du diagnostic de schizophrénie paranoïde, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé que, dans ce cadre, les idées délirantes devaient être au premier plan de la symptomatologie, les perturbations de l'affect, de la volonté et du langage ainsi que les symptômes catatoniques devaient être relativement discrets. Les idées délirantes pouvaient être de n'importe

quel type mais les idées de persécutions ou d'influence étaient parmi les plus caractéristiques. La recourante présentait des autres idées délirantes inadéquates à la culture (comme, dans son cas, le fait de croire qu'avoir un garçon était dangereux), des hallucinations persistantes et une modification globale persistante du comportement à type de retrait social.

Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, les signes cliniques ne répondaient pas au diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques tel que posé par le Dr T.\_\_\_\_\_. En effet, si les perceptions nocturnes n'étaient qu'hypnagogiques, comme le prétendait le Dr T.\_\_\_\_\_, celui-ci aurait dû expliquer en quoi consistait la psychose, nécessaire pour répondre au diagnostic d'autres troubles psychotiques. En revanche, si les perceptions n'étaient pas hypnagogiques, le diagnostic susmentionné était trop indéterminé, en particulier en présence d'autres mécanismes délirants et inadéquats.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a, par ailleurs, exposé, de manière détaillée, les motifs expliquant l'évolution de son diagnostic depuis le début de sa prise en charge en 2014. Il a encore indiqué que les diagnostics d'anxiété généralisée, de personnalité dépendante, anxieuse ou borderline ne tenaient pas suffisamment compte des éléments cliniques qu'il avait observés et celui de trouble de l'adaptation aurait dû, au moins partiellement, être amendé par les différentes et multiples psychothérapies suivies par la recourante. S'agissant du diagnostic de personnalité anxieuse, il a souligné que toute psychose comportait de l'anxiété et de l'angoisse. La recourante avait un besoin très fort de savoir que la qualité de son geste professionnel ou privé était parfaite et si l'un de ses supérieurs ou de ses collègues la critiquait, son niveau de stress augmentait au point que, n'arrivant plus à gérer, elle quittait l'atelier. Cela allait au-delà du simple besoin de reconnaissance, dont une personnalité anxieuse avait besoin.

Enfin, sur la question de la capacité de travail, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que, même sous traitement, la recourante devait faire de gros efforts pour contenir son trouble anxieux et que, dès que le niveau de

stress augmentait, elle se trouvait à la limite de la décompensation devant s'isoler et quitter son atelier ou son stage. Une augmentation du dosage de la médication n'était toutefois pas envisageable en raison de l'augmentation des effets secondaires et du risque sur la santé (risque métabolique, risque de sédation métabolique, cognitive et comportementale). Si l'état de la recourante était actuellement stable, c'était grâce à la médication mais aussi par une exposition au stress minimale. Une exposition supérieure au stress mettrait en péril cette stabilité. La capacité de travail était donc nulle dans toute activité.

e) Tant l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR que celui du Dr K.\_\_\_\_\_ sont motivés de manière détaillée et convaincante, en particulier sur les motifs pour lesquels chacun de ces médecins retient un diagnostic plutôt qu'un autre. Dans la mesure où ils ne s'accordent pas sur ces points, il apparaît difficile, déjà pour ce motif, de départager ces avis, sans connaissances médicales approfondies. En outre, il semble que les deux médecins se soient fondés, s'agissant des phénomènes hallucinatoires (bruit, effleurement, présence) dont souffre la recourante, sur un état de fait différent, à savoir pour le premier nommé, ceux-ci intervenaient lors de l'état de conscience intermédiaire entre celui de la veille et du sommeil (état hypnagogique) et pour le second alors que la recourante était bien éveillée. De plus, alors que le Dr K.\_\_\_\_\_ rapporte que la recourante éprouve, outre des sensations de présence, des sensations tactiles de type attouchements sexuels, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne parle que des sensations de présence et écarte ainsi les hallucinations cénesthésiques. Dans la mesure où ces éléments apparaissent déterminants pour la qualification du diagnostic, il conviendra d'éclaircir ces points. Par ailleurs, le Dr T.\_\_\_\_\_ fait état, dans son examen du diagnostic de schizophrénie, d'un vécu « dépressif » de catastrophe imminente et d'un vécu très pessimiste depuis l'adolescence de la recourante. Toutefois, dans le cadre de son examen du diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, il indique que la recourante n'exprimait pas une vision pessimiste de l'avenir, ce qui apparaît contradictoire. Enfin, bien qu'il ait eu connaissance du traitement médicamenteux de la recourante, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne semble pas en tenir

compte dans son appréciation, en particulier quant à l'effet de celui-ci pour contenir la gravité des phénomènes hallucinatoires et l'aggravation de ceux-ci lors de l'arrêt du traitement. Il ne se prononce pas davantage sur la pertinence de ce traitement, plus particulièrement sur les conséquences en matière de diagnostic de l'effet bénéfique du traitement rapporté par le Dr K.\_\_\_\_\_.

Quant aux effets des atteintes à la santé dont souffre la recourante, là encore les deux médecins ne sont pas d'accord. Chacun des médecins ayant motivé son appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, se fondant sur leurs diagnostics respectifs, il y a lieu, là également, de constater qu'il n'est pas possible de départager ces avis, sans des connaissances médicales approfondies.

**f)** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient d'admettre qu'au terme de l'examen des rapports médicaux produits par la recourante, des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. Il était donc nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique afin de lever ces doutes. En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 44 LPG), pour qu'il mette en œuvre une telle expertise, au besoin après avoir complété le dossier de la recourante.

**6.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 14 juin 2024 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal

cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 14 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2500 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 :

- Procap Suisse (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 :