

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à Prilly, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA; art. 8 al. 3 let. b LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 22 juin 1975, titulaire d'une maturité en langues modernes, a suivi l'Ecole de commerce et tourisme à Lausanne pendant une année avant d'être engagée en qualité de secrétaire et organisatrice de séminaires auprès de l'O._____ à Lausanne de juin 1999 à septembre 2003. Entre octobre 2003 et novembre 2004, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage. Elle a ensuite été employée en qualité d'assistante administrative par la société M._____ SA à 100% dès le 8 novembre 2004, puis à 75% entre août et octobre 2005 et à 80% dès lors, en dernier lieu pour un salaire mensuel brut de 5'282 francs.

A partir du 9 janvier 2006, elle a vécu plusieurs périodes d'incapacité de travail, soit:

- 100% du 11 janvier au 12 mars 2006;
- 50% du 13 mars au 13 août 2006;
- 30% du 14 août au 30 novembre 2006;
- 20% du 1^{er} décembre 2006 au 28 janvier 2007;
- 50% du 26 mai au 13 juin 2008;
- 100% du 14 juin au 14 septembre 2008;
- 50% du 15 septembre 2008 au 15 mars 2009;
- 100% dès le 16 mars 2009.

Il sera précisé ici qu'à tout le moins dès février 2009, son employeur avait instauré des aménagements de son poste de travail, que l'assurée pouvait quitter quand elle le désirait afin de s'allonger.

Son contrat de travail a été résilié par son employeur avec effet au 15 décembre 2010. L'assurée est au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1^{er} avril 2011.

B. L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 26 janvier 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), indiquant souffrir de troubles de l'équilibre, de vertiges, nausées et avoir besoin de s'allonger fréquemment.

C. Plusieurs rapports médicaux ou extraits de rapports médicaux figurent au dossier de l'OAI s'agissant des troubles physiques de l'assurée. Leur contenu est résumé ci-dessous dans la mesure utile.

Selon rapport du 8 février 2006 du Dr L._____, neurologue, l'assurée présente depuis le 9 janvier 1986 un syndrome vertigineux avec quelques oscillopsies et des troubles de l'équilibre. L'IRM cérébrale pratiquée le 2 février 2006 a mis en évidence un discret hypersignal à la pointe du rocher gauche évocateur d'une neuronite. L'examen neurologique est normal. Selon l'auteur du rapport, l'assurée présente vraisemblablement une neuronite vestibulaire à évolution lente.

Le Dr V._____, spécialiste FMH ORL, consulté par l'assurée entre le 29 mai et le 9 juin 2008, pose, dans un courrier du 16 juin 2008 au médecin traitant de l'assurée, les diagnostics de vertiges peu systématisés depuis un vol en avion lors d'un voyage plutôt lourd sur le plan émotionnel et de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire gauche sans autre anomalie au status ORL. Aucun déficit cochléo-vestibulaire n'est observé à l'examen clinique.

Le 8 décembre 2008, l'assurée a subi une IRM cérébrale, pratiquée par le Dr H._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie. Dans ses conclusions, ce médecin fait état d'une IRM et angio-IRM cérébrale et des CAI dans les limites normales, en tenant compte d'un épaissement muqueux des cellules mastoïdiennes à l'apex pétreux droit, ainsi que de cellules ethmoïdales bilatérales et de sinus maxillaires indiquant une composante inflammatoire des voies aériennes.

Dans un rapport du 16 mars 2009, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assurée depuis le 23 mai

2008, pose les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de vertiges non systématisés persistants depuis juin 2008 ainsi que de dorsolombalgies sur trouble statique existant depuis au moins 1998. Objectivement, sa patiente est en bon état général, se déplace avec précaution, surtout lors des changements de direction et des changements de position (assis-debout, debout-assis, debout-couché, couché-debout). Il n'existe pas de déficit objectivable. L'activité exercée à l'époque est encore exigible, à un degré supérieur à 50% au moins, avec la précision que l'assurée est incapable d'assumer un travail soutenu sans période de récupération (repos allongé) et épuisement rapide. Le Dr D._____ confirme encore que l'assurée a présenté un premier syndrome vertigineux sur une neuronite vestibulaire en janvier 2006, avec signe d'inflammation de l'oreille interne révélée par une IRM. La récurrence actuelle semble nettement moins systématisée et le médecin traitant de l'assurée considère que les facteurs psychologiques (probable trouble anxieux non spécifié F41.9, probable trouble somatoforme non spécifié F45.9) jouent certainement un rôle dans l'épisode actuel. Elle bénéficie d'un traitement sous forme de psychothérapie auprès du Dr N._____, chef de clinique en psychiatrie et médecin traitant de l'assurée depuis le 31 juillet 2008.

Le Dr B._____, neurologue, rappelle dans son rapport du 5 juin 2009 la symptomatologie vertigineuse à type d'instabilité présentée en janvier 2006 par l'assurée et diagnostiquée de neuronite vestibulaire ainsi que la rechute après un voyage au Québec en 2008. Il précise que l'assurée décrit actuellement une symptomatologie d'instabilité et d'insécurité comme si elle était sur un trampoline. L'examen neurologique peut être considéré comme physiologique et ce praticien avoue rester un peu perplexe à l'égard de cette symptomatologie éminemment subjective mais toutefois invalidante. Il n'a pas de diagnostic précis à proposer.

Entre les 20 juillet et 4 août 2009, l'assurée a été examinée à répétition reprises par le Dr C._____, spécialiste FMH ORL et en chirurgie cervico-faciale ainsi qu'en otoneurologie. Dans son rapport du 4 août 2009 au médecin traitant de l'assurée, le Dr C._____ rappelle lui aussi l'anamnèse de l'assurée en ce sens qu'en janvier 2006, elle a présenté un

vertige rotatoire d'installation brusque que l'on semble avoir attribué à un déficit vestibulaire brusque. L'amélioration a été lentement progressive mais en avril 2008 elle a à nouveau présenté un épisode de vertiges ayant débuté après un voyage en avion au Québec. Ce vertige a duré environ une heure mais il a été suivi de récurrence. Depuis 2009, les vertiges sont très souvent présents. Le Dr C._____ observe ensuite que l'examen otoneurologique est normal outre un signe de Halmagyi positif à gauche et une discrète prédominance nystagmique droite à l'épreuve calorique. En conclusion, selon ce praticien, l'assurée a présenté un déficit vestibulaire brusque à gauche. En effet, le signe de Halmagyi est toujours positif signant ce diagnostic. Il s'agit d'un déficit vestibulaire incomplètement compensé avec une prédominance nystagmique droite modérée à l'examen calorique. Le Dr C._____ conclut en relevant qu'il n'existe aucun traitement permettant de restaurer une fonction vestibulaire altérée tout en relevant que la symptomatologie disparaît par mise en place de processus compensatoires centraux. Il propose en conséquence une rééducation vestibulaire. Dans un deuxième rapport adressé à l'OAI le 22 février 2010, ce médecin pose le diagnostic de neuropathie vestibulaire périphérique récidivante depuis janvier 2006. Il relève chez l'assurée des restrictions physiques consistant en difficulté à se déplacer, impossibilité d'utiliser les transports publics ainsi qu'une diminution de rendement liée à un état vertigineux permanent, sans pouvoir se prononcer sur l'exigibilité de l'activité exercée ou d'une activité adaptée. Enfin, il suggère la mise en œuvre d'une expertise ORL.

D. En date du 3 décembre 2009, l'OAI a reçu un rapport du Dr N._____, étant précisé que l'intéressée était suivie précédemment par une psychologue ensuite d'un état dépressif survenu en avril 2003, avec mise à l'arrêt de travail à 100%. Outre le diagnostic de déficit vestibulaire prolongé, ce médecin pose celui de trouble dépressif récurrent (F33) existant depuis mai 2008 et d'endométriose. Il estime sa patiente totalement incapable de travailler en raison des vertiges importants, de douleurs conséquentes dans le bas-ventre ainsi que de grandes difficultés à se concentrer et accomplir ses tâches. Il considère par ailleurs que par la poursuite des nombreux traitements mis en place, une augmentation

progressive de la capacité de travail est possible, sans pouvoir donner d'indication temporelle quant à celle-ci.

E. Suivant la suggestion du Dr C._____, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR), par avis signé du Dr G._____ le 10 mai 2010, demande la mise en œuvre d'une expertise ORL auprès du Dr K._____, ORL, médecin adjoint à l'Unité d'otoneurologie du CHUV.

Dans son rapport d'expertise otoneurologique du 26 juillet 2010, le Dr K._____ pose le diagnostic d'inconfort du mouvement et de l'espace. Après résumé de la situation, exposé de l'entretien avec l'assurée et de ses plaintes actuelles ainsi que de l'anamnèse et des observations cliniques, l'expert relève ce qui suit sous le titre "discussion-conclusion":

"L'examen otoneurologique est normal sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale à l'origine des symptômes. En particulier, l'examen actuel ne retrouve pas le signe de Halmagyi positif à gauche (déficit du réflexe vestibulo-oculaire au mouvement brusque de la tête) décrit en août 2009. Sur le plan fonctionnel, par contre, la patiente montre aux épreuves d'équilibration cliniques et à l'examen posturographique de faibles aptitudes à se maintenir en équilibre dans des situations simples de contrôle postural (tenir debout les yeux ouverts et les yeux fermés), alors que les performances d'équilibre s'améliorent dans des conditions plus complexes nécessitant de manière prépondérante l'information vestibulaire. Les scores sensoriels mesurés à l'Equitest montrent que la patiente utilise les entrées visuelle et vestibulaire pour se maintenir en équilibre, alors que l'information somatosensorielle est peu utilisée. Les examens neurologiques effectués chez cette patiente (voir dossier médical) n'ont toutefois décelé aucun déficit neurologique ni neuropathie sensitive des membres inférieurs. Ces résultats posturographiques évoquent en premier lieu un trouble anorganique de l'équilibre.

Au vu du tableau clinique, la patiente présente une symptomatologie d'inconfort du mouvement et de l'espace liée à un trouble de l'intégration multisensorielle du système d'équilibration, en particulier de l'interaction visuo-vestibulaire, avec diminution de la capacité à distinguer un mouvement du corps d'un mouvement de l'environnement et augmentation de la sensibilité aux stimulations optocinétiques (vertiges d'origine visuelle).

Cette perturbation de la représentation interne du mouvement et du corps dans l'espace se traduit par une sensation permanente d'instabilité et de déséquilibre. Les symptômes sont vraisemblablement aggravés par des facteurs psychologiques (état

dépressif, réaction anxieuse), et la patiente évite à présent les mouvements et les situations visuelles qui la déstabilisent.

En conclusion, l'histoire clinique de cette patiente et la normalité de l'examen otoneurologique parlent en faveur d'un trouble psychophysologique de l'équilibre associé à un conflit sensoriel visuo-vestibulaire. La symptomatologie est grossièrement comparable à un mal de mer permanent sans être sur un bateau. Madame P. _____ se sent très handicapée dans sa vie quotidienne, obligée de se coucher chaque jour régulièrement après quelques heures d'activité. Dans l'état actuel, elle se sent incapable de mener à bien une activité professionnelle, bien que souhaitant sincèrement reprendre un jour son travail.

L'évaluation asséurologique de cette patiente est donc difficile puisqu'elle présente des limitations fonctionnelles rapportées comme invalidantes (trouble de l'équilibre chronique), alors que l'examen somatique est normal. Théoriquement, la capacité de travail de cette patiente est complète sur le plan ORL, mais il est bien clair que sa réinsertion immédiate dans le milieu professionnel est vouée à l'échec vu la longue évolution des symptômes depuis maintenant quatre ans. J'ai longuement discuté avec Madame P. _____ de son état actuel, de la nature perceptuelle de ses symptômes et de l'absence d'une atteinte physique qui l'empêcherait de vivre normalement et de travailler. Elle a reçu ces informations de manière positive admettant même se sentir soulagée. Madame P. _____ est ouverte à la perspective d'une reprise du travail, mais souhaite qu'on lui laisse du temps pour débloquer la situation et qu'on l'aide à améliorer ses symptômes. Je suis d'avis qu'il faut respecter cette demande et propose la démarche suivante: maintien de l'incapacité de travail complète jusqu'à fin octobre au moins (période correspondant à une couverture d'assurance chez [...]), éventuellement à prolonger jusqu'à la fin de l'année selon l'évolution; pendant cette période, poursuite du traitement de rééducation vestibulaire avec orientation plus spécifique sur la conscience corporelle, la perception de l'équilibre et l'amélioration des stratégies posturales avec travail sur la proprioception. Dans ce but, je me permets d'adresser Madame P. _____ au service de physiothérapie du CHUV pour une série de neuf à douze séances de rééducation d'équilibre.

Bien que la patiente soit déjà au bénéfice d'une physiothérapie vestibulaire, cette prise en charge en milieu universitaire avec une nouvelle thérapeute me paraît judicieuse sur le plan psychologique pour essayer de rompre le cercle vicieux des échecs thérapeutiques précédents. Si vous n'y voyez pas d'objection, je me permettrai de revoir la patiente à la fin du mois d'octobre prochain avec une posturographie de contrôle pour évaluer l'évolution. A cette date, nous aurons plus d'information sur la possibilité de changement et de progrès des symptômes, ou au contraire sur la nature consolidée des troubles. Je tiens à souligner que malgré le tempérament battant et motivé de la patiente, le pronostic reste réservé vu la longue évolution stationnaire des troubles. En cas d'échec ces prochains mois, il faut s'attendre à un découragement de la patiente et à la persistance probablement définitive des symptômes. Dans ce cas, une mise à l'AI serait malheureusement inévitable".

L'expert retient en conséquence les limitations suivantes:

- sur le plan physique, vertiges à type de tangage et trouble de l'équilibre chronique, sensibilités aux stimulations visuelles riches;
- sur le plan psychique et mental, trouble dépressif récurrent;
- sur le plan social, diminution des activités quotidiennes, doit fréquemment se coucher, évitement des situations déstabilisantes (ne conduit plus, renonce au cinéma, sort moins).

Selon l'expert, ces troubles influencent l'activité exercée par l'assurée jusqu'alors de par les vertiges et troubles de l'équilibre ainsi qu'en raison de l'interruption régulière de l'activité après quelques heures pour s'allonger. Il estime la capacité résiduelle de travail complète sur le plan somatique mais nulle sur le plan de la symptomatologie rapportée comme permanente et invalidante. Il considère que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible théoriquement pour autant que la symptomatologie évolue favorablement, notamment grâce à la rééducation d'équilibre proposée. Il confirme l'existence d'une diminution du rendement et d'une incapacité de travail de 20% (sic) au moins, datant celle-ci de juin 2008, tout en proposant une réévaluation après le traitement suggéré afin d'évaluer la possibilité d'une reprise partielle ou totale de l'activité.

Enfin, s'agissant de l'influence des troubles sur la réadaptation professionnelle, l'expert s'est déterminé ainsi sur le questionnaire:

- "1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?
Non requises actuellement.
2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?
Probablement oui, par rééducation d'équilibre orientée sur la conscience corporelle.
A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?
Indéterminée. L'état de la patiente peut s'améliorer rapidement comme rester stationnaire. Le pronostic reste réservé.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?
Non évaluables actuellement, à voir selon l'évolution".

A réception de cette expertise, le SMR, dans un courrier signé du Dr G. _____ le 1^{er} septembre 2010, a sollicité de l'expert un rapport final après traitement, ce à titre de complément d'expertise, lequel a été déposé le 18 mars 2011. Il en ressort que l'assurée a bénéficié d'une rééducation vestibulaire et d'équilibre au service de neuroréhabilitation du CHUV du 26 août 2010 au 2 mars 2011. Son évolution a été lentement favorable en ce sens que l'assurée se sent globalement mieux dans son corps et dans son équilibre, mais reste toujours très prudente et réservée quant à ses capacités de se réinsérer dans une vie sociale et professionnelle normale. L'expert préconise en conséquence d'évaluer l'assurée prochainement dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle en lui proposant au début, conformément à son souhait, une activité de deux heures par jour le matin, si possible dans un travail proche de son domicile. Dite activité pourrait commencer aux alentours du 1^{er} mai 2011 et l'expert considère comme probable qu'avec un bon encadrement initial et après une période d'adaptation, la capacité de travail de l'assurée pourra augmenter. Il n'exclut cependant pas la possibilité d'un échec des mesures de réinsertion. L'expert précise encore que l'assurée a été instruite pour poursuivre ses exercices vestibulaires à domicile et continuer ainsi à améliorer sa conscience corporelle et le contrôle de l'équilibre. Enfin, les différents résultats pathologiques observés pendant le traitement argumentent toujours un trouble fonctionnel de l'équilibre d'origine anorganique.

Dans un rapport du 19 juillet 2011, le Dr G. _____ du SMR, adhérant aux conclusions de l'expert, retient le diagnostic de vertiges à type d'inconfort du mouvement et de l'espace à titre d'atteinte principale à la santé, une incapacité de travail durable dès le 16 juin 2008, une capacité de travail exigible de 25% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée avec pour limitations fonctionnelles une activité à répartir sur cinq jours ouvrables, de type sédentaire.

F. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage. Du rapport du 12 mars 2012, il ressort que selon l'assurée, la durée des phases d'aggravation des limitations (troubles de l'équilibre, de la vision et vertiges) ainsi que l'intensité de ces phases est aléatoire. Il en découle l'impossibilité de programmer des activités au quotidien. Par ailleurs, l'assurée ne consulte plus son psychiatre traitant depuis début mars 2012. Au terme de l'enquête, son auteur propose un statut actif à 100% et conclut à un taux d'invalidité ménagère de 38,5%.

Interpellé par le gestionnaire OAI sur l'hypothèse d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique, le Dr G. _____ du SMR a fait part de son avis le 23 avril 2012, dont la teneur est la suivante:

"Mon courrier du 01.09.2010 relevait que l'imprécision du rapport d'expertise ne permettait pas d'écarter des empêchements dont les racines n'étaient pas alors dans la sphère médicale. L'examen du Dr K. _____ du 8 mars 2011 prend en compte un examen posturographique qui reflète une légère amélioration.

Aucun médecin n'attestant une autre capacité de travail que celle de 2 heures par jour avancée par le Dr K. _____, il ne m'est pas possible de m'écarter de cette appréciation.

Le rapport du 4 août 2009 du Dr C. _____ décrivait quand même des troubles en relation avec un problème touchant indiscutablement l'oreille interne gauche, plus précisément le vestibule. L'évolution est cependant atypique.

Vous émettez l'hypothèse que cette assurée souffrirait actuellement d'un problème assimilable à une TSD/fibromyalgie.

Je n'ai pas plus d'éléments objectifs pour m'écarter de l'appréciation du Dr K. _____ que pour écarter un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique tel que vous le définissez".

Se prévalant du temps écoulé depuis le dernier avis du SMR ainsi que de l'interruption du suivi psychiatrique, le Dr G. _____ a proposé de réinterroger les médecins de l'assurée, notamment le spécialiste ORL.

Dans son rapport du 15 mai 2012, le Dr N. _____ confirme les diagnostics posés précédemment et précise avoir reçu l'assurée à sa

consultation pour la dernière fois le jour même du rapport. Il fait état d'une incapacité de travail de 100% et d'un rendement nul en raison des pathologies somatiques et des répercussions psychiques. Les troubles de l'équilibre décrits par sa patiente sont toujours présents de manière similaire. Il considère, sur le plan clinique, que la situation est superposable, voire aggravée, principalement concernant les ruminations liées à l'état de santé de sa patiente et son avenir. Son pronostic est sombre en raison de la persistance des pathologies physiques et de leurs répercussions sur le plan psychique malgré un traitement pluridisciplinaire conséquent. A noter encore que le Dr N. _____ mentionne la prescription d'un traitement médicamenteux sous forme de millepertuis (Rebalance).

D'une communication interne du 15 mai 2012 de la coordonnatrice OAI-SMR au gestionnaire OAI, il ressort ce qui suit:

"A votre demande, j'ai soumis ce dossier au SMR en précisant que la question quant à l'atteinte invalidante ou non demeurerait selon vous ouverte.

La proposition du Dr G. _____ (avis SMR du 23 avril 2012) ne pouvant être mise en oeuvre en l'absence de suivi par un ORL, en sus de l'absence d'un suivi psychiatrique, il apparaît qu'une expertise au sens de l'art. 72bis RAI est opportune.

Elle devra comprendre les disciplines suivantes:

- médecine interne,
- oto-rhino-laryngologie,
- psychiatrie.

Vous pouvez sans autre l'ordonner selon la procédure par attribution via la plate-forme SuisseMed@p".

Dans son avis du 16 mai 2012, le juriste de l'OAI a confirmé la nécessité d'un avis psychiatrique, compte tenu d'un possible syndrome sans pathogénèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique.

G. Par communication adressée à l'assurée le 23 mai 2012, l'OAI a informé celle-ci de la nécessité de la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Par communication et décision du 23 mai 2012 également, l'OAI a signifié à l'assurée l'impossibilité d'ordonner une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, dans la mesure où l'office demeurait dans l'attente des conclusions de l'expertise précitée. Cette décision précisait que si l'instruction ultérieure du dossier devait

démontrer que des mesures professionnelles étaient nécessaires, leur mise en oeuvre serait réexaminée sans délai.

Par courrier du 1^{er} juin 2012, Me Monnard-Séchaud a fait savoir à l'OAI qu'elle était mandatée par l'assurée et a sollicité une prolongation de délai au 16 juillet 2012 pour détermination sur le mandat d'expertise.

Dans un rapport du 22 juin 2012, le médecin traitant de l'assurée a confirmé l'incapacité de travail à 100% depuis le 16 mars 2009. Il observait par ailleurs que la situation de sa patiente était complexe et relevait d'une consultation spécialisée. Il renvoyait l'OAI à se référer à l'expertise du Dr K._____. Pour sa part, il n'avait pas observé d'évolution significative depuis 2009.

En date du 22 juin 2012, le conseil de l'assurée a formulé des objections à l'encontre de la communication de l'OAI du 23 mai 2012 et se fondant sur le rapport SMR du 19 juillet 2011, a conclu à la mise en oeuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel, notamment des mesures de réinsertion ou de placement. Le conseil de l'assurée a sollicité par ailleurs la notification d'une décision formelle dans les meilleurs délais en cas de refus.

Par courrier du 28 juin 2012, le gestionnaire OAI a relevé que le refus de mesures d'ordre professionnel n'était que provisoire en attendant la détermination de la capacité de travail par l'expertise pluridisciplinaire, a précisé que le taux de capacité de travail de 25% était trop faible pour envisager des mesures professionnelles, a réservé l'examen du droit à de telles mesures en fonction du résultat de l'expertise pluridisciplinaire et enfin a procédé à une seconde notification de la décision de refus du 23 mai 2012.

Dans ses déterminations du 28 juin 2012, le conseil de l'assurée a confirmé sa requête de mesures de réinsertion et concluait à l'annulation de la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il se prévalait à cet effet de l'expertise et du complément d'expertise du Dr

K._____, de l'avis du Dr G._____ du SMR retenant une capacité de travail exigible de 25% en toute activité avec limitations fonctionnelles consistant en la répartition de l'activité, sédentaire, sur cinq jours ouvrables. Il a contesté par ailleurs l'approche du cas tel que présentée par le gestionnaire ou l'OAI, faisant grief à celui-ci d'avoir orienté le SMR sur les troubles somatoformes douloureux ou la fibromyalgie sans aucun élément objectif dans la mesure où sa cliente ne s'était jamais plainte de douleurs d'une part et les médecins, SMR inclus, n'y avaient jamais fait référence d'autre part.

Le 14 août 2012, l'OAI a rendu une décision incidente confirmant la nécessité de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire, dont la teneur est la suivante:

"Par communication du 23 mai 2012, nous vous avons informée du fait que l'examen de votre droit à des prestations de l'assurance-invalidité nécessitait une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, ORL, psychiatrie).

Par courrier du 28 juin 2012, votre représentante, Me Monnard Séchaud, a contesté le principe même d'une nouvelle expertise, alléguant que les pièces au dossier, et notamment l'expertise ORL du Dr K._____, seraient suffisantes pour nous permettre de statuer.

Sur la base de l'article 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la personne assurée peut récuser l'expert pour des raisons pertinentes. Elle peut également contester le principe même de l'expertise, comme c'est le cas en l'espèce.

Après avoir examiné vos objections, nous relevons tout d'abord que dans son dernier avis, le Dr G._____ du Service médical régional AI (SMR) n'indique pas qu'il n'a pas d'élément pour s'écarter de l'appréciation du Dr K._____, mais qu'il n'a pas plus d'éléments objectifs pour s'écarter de l'appréciation du Dr K._____ que pour écarter un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

D'autre part, le Dr G._____ proposait effectivement de réinterroger les médecins-traitants, mais cette façon de procéder ne permettrait pas d'obtenir les réponses à nos questions concernant l'aspect invalidant de l'atteinte à la santé.

Nous précisons également que nous n'avons pas parlé de troubles somatoformes ou de fibromyalgie dans votre cas, mais de l'éventuelle application par analogie à cette situation de la jurisprudence concernant les "syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique".

Nous considérons en effet que les conclusions de l'expert K. _____ démontrent l'absence de cause organique aux vertiges ressentis (examen ORL normal, capacité de travail théoriquement complète de ce point de vue); or notre assurance ne saurait admettre une incapacité de travail reposant uniquement sur les plaintes subjectives d'un assuré, sans substrat organique sauf s'il devait y avoir une pathologie psychiatrique invalidante, voire peut-être l'addition de certains facteurs de mauvais pronostic, par application analogique de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, pour autant que cela soit envisageable dans un tel cas.

Dans ces conditions, la mesure d'instruction incontournable est une expertise pluridisciplinaire incluant l'aspect ORL, la médecine interne et la psychiatrie. Nous ne reviendrons donc pas sur la nécessité de procéder à une expertise pluridisciplinaire".

H. Agissant par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a déposé recours le 3 août 2012 contre la décision refusant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Ce recours a été enregistré sous n° AI 166/12. La recourante fait valoir une violation du principe de la libre appréciation des preuves au motif que l'OAI s'est écarté sans raison de l'expertise du Dr K. _____ comme du rapport du SMR du 19 juillet 2011, une violation du droit aux mesures de réadaptation nonobstant la réalisation de ses conditions objectives et subjectives ainsi qu'une violation du principe inquisitoire consacré par l'art. 43 al. 1 LPGA. En relation avec ce dernier grief, la recourante reproche à l'OAI de donner une apparence de partialité en guidant le SMR sur un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, alors que la recourante ne s'est jamais plainte de douleurs. Elle conclut à l'annulation de la décision et à la reconnaissance de son droit à des mesures d'ordre professionnel de l'OAI, évoquant notamment le droit au reclassement dans une nouvelle profession.

Se prévalant de la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, l'OAI a conclu au rejet du recours par acte du 25 septembre 2012.

Par courrier du 8 octobre 2012, la recourante a renoncé à se déterminer plus avant.

I. Le 13 septembre 2012, représentée par son conseil, l'assurée a également déposé recours contre la décision incidente du 14 août 2012 mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, invoquant dans son écriture les mêmes motifs que dans son premier recours. Ce second recours a été enregistré sous n° AI 209/12. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI, considérant que rien ne justifie que cet office ne procède à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire si ce n'est d'envisager de revenir sur la précédente expertise et les mesures prises auxquelles il ne s'est pas tenu durant la dernière année.

Dans sa réponse du 21 novembre 2012, l'OAI a argué la nécessité de compléter les données médicales par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, d'une part en raison de l'impossibilité de réinterroger les médecins traitants de l'assurée dans la mesure où celle-ci n'avait plus de suivi ORL et psychiatrique, d'autre part au motif que le Dr K._____ avait décliné une demande de rapport complémentaire présentée par l'OAI le 9 mai 2012. La valeur probante de l'expertise du Dr K._____ et de son complément n'était pas remise en question par l'intimé.

J. Les causes AI 166/12 et AI 209/12 ont été jointes par décision du 27 novembre 2012, la procédure se poursuivant sous n° AI 209/12.

K. A l'appui de sa réplique du 8 janvier 2013, la recourante, par son conseil, s'est référée aux rapports du Dr N._____ du 15 mai 2012 et du Dr D._____ du 22 juin 2012 pour observer que tous deux faisaient état de l'absence d'évolution significative depuis 2009 et qu'il était donc faux de prétendre que les médecins-traitants ne pouvaient être réinterrogés, le rapport d'expertise du Dr K._____ et son complément demeurant pour le surplus d'actualité.

Par écriture du 15 janvier 2013, l'OAI a observé que la recourante n'avait plus de suivi régulier auprès des médecins précités et maintenu sa conclusion au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 4 février 2013, le conseil de la recourante a conclu subsidiairement, dans l'hypothèse d'une confirmation de la décision incidente, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Par avis du 13 février 2013, parties ont été informées de ce que la cause était en état d'être jugée et invitées à se déterminer.

En date du 26 février 2013, l'OAI a confirmé ses écritures antérieures.

Dans une écriture du 15 avril 2013, la recourante a observé, par l'intermédiaire de son conseil, qu'elle était toujours suivie par le Dr D. _____, la dernière consultation datant du 4 mars 2013.

E n d r o i t :

1. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

En l'espèce, le recours contre la décision du 23 mai 2012 refusant des mesures de réadaptation d'ordre professionnel doit être considéré comme déposé en temps utile compte tenu de la seconde notification intervenue le 28 juin 2012 d'une part et des fêtes estivales

d'autre part. Quant au recours contre la décision incidente du 14 août 2012 de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pluridisciplinaire, il a également été déposé en temps utile. Ces recours remplissent les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables, étant précisé qu'en cas de désaccord des parties, soit sur l'opportunité de procéder à une expertise, soit sur le choix du centre d'expertises ou des experts, le Tribunal fédéral a jugé que, dorénavant, l'expertise devait être mise en œuvre par le biais d'une décision formelle, incidente, laquelle est sujette à recours auprès du tribunal des assurances compétent pour en connaître (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

La question de la composition de la cour pour statuer – à un seul ou à trois juges (art. 94 LPA-VD) – sur une décision incidente en matière d'expertise a fait l'objet d'une concertation au sens de l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1) et sous réserve d'une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., une telle décision relève de la compétence de la cour à trois juges (arrêt de la CASSO AI 143/12 du 26 août 2013).

En l'espèce, la procédure au fond porte sur le refus ou l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesures de réadaptation d'ordre professionnel et/ou rente) de telle sorte qu'elle est onéreuse (art. 69 al. 1 bis LAI) et la valeur litigieuse est en pareil cas réputée supérieure à 30'000 francs. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

2. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'OAI est fondé à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et de ce fait, à refuser des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, à tout le moins provisoirement.

3. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce sens (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1, in RSAS 2008 p. 181), le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité (Ulrich Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht, in Adrian M. Siegel / Daniel Fischer, Die neurologische Begutachtung, Schweizerisches medico-legales Handbuch, vol. 1, 2004, p. 105) et le principe d'une administration rationnelle (Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in RSAS 2006 p. 288).

Selon la jurisprudence (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et la référence citée), 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 "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

La nécessité de mettre en oeuvre 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 façon 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2).

En l'espèce, ni la recourante, ni l'intimé ne remettent en cause la valeur probante de l'expertise et du complément d'expertise réalisés par le Dr K._____. Néanmoins, cette expertise est exclusivement otoneurologique et une éventuelle comorbidité psychiatrique ne saurait d'emblée être exclue. En effet, le Dr D._____ évoque dans son rapport du 16 mars 2009 des facteurs psychologiques tels qu'un probable trouble anxieux non spécifié et un probable trouble somatoforme non spécifié influençant certainement l'épisode de vertiges en cours. Le Dr N._____

pose quant à lui le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Enfin, le Dr K._____ conclut que l'histoire clinique de la patiente et la normalité de l'examen otoneurologique parlent en faveur d'un trouble psychophysique de l'équilibre associé à un conflit sensoriel visuo-vestibulaire. Il mentionne également une vraisemblable aggravation des symptômes par des facteurs psychologiques (état dépressif, réaction anxieuse).

En conséquence, l'instruction médicale doit être complétée sur le plan psychiatrique et elle ne peut l'être par les rapports du Dr N._____ figurant au dossier ou par tout nouveau rapport de ce praticien car la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). De surcroît, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Enfin, il ressort du rapport d'enquête économique que l'assurée ne consulterait apparemment plus le Dr N._____ depuis début mars 2012, la consultation ultérieure du 15 mai 2012 paraissant induite par la demande d'un nouveau rapport présentée par l'OAI au Dr N._____. Pour ces motifs déjà, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'impose.

La recourante fait grief à l'OAI d'avoir orienté sans aucun élément objectif le SMR sur un éventuel syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé au cours de

ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndrome. Selon la jurisprudence, ceux-ci n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354; 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de

grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71).

En l'occurrence, tant l'expertise du Dr K._____ que son complément font état d'examens somatiques normaux et ce praticien observe que théoriquement, la capacité de travail de l'assurée est complète sur le plan ORL. Comme relevé ci-dessus (consid. 3), l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne saurait être a priori exclue, et si elle devait être confirmée par voie expertale, son importance doit encore être évaluée. La première incapacité de travail liée à la symptomatologie litigieuse remonte à janvier 2006 et l'incapacité de travail est durablement complète depuis mars 2009. La rééducation vestibulaire proposée par les Drs C._____ et K._____ n'a pas eu les résultats escomptés dans la mesure où le médecin traitant de l'assurée considère dans son rapport du 22 juin 2012 que la situation est inchangée depuis 2009. Le Dr K._____ évoque encore une diminution des activités sociales. Cela étant, au vu des principes et critères dégagés par la jurisprudence, on ne peut reprocher à l'office intimé d'investiguer un éventuel syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

L'instruction de la présente cause ne saurait être restreinte à une seule expertise psychiatrique. L'expertise doit être pluridisciplinaire et regrouper les disciplines de la psychiatrie, de l'oto-rhino-laryngologie et de la médecine interne. L'assurée ne bénéficie en effet plus d'un suivi ORL et le Dr K._____ s'est refusé à une réactualisation de son rapport faute pour lui d'avoir revu l'intéressée à sa consultation. Les éléments médicaux relevant du domaine de l'oto-rhino-laryngologie sont donc obsolètes et ne peuvent être complétés, l'assurée n'étant plus suivie par un spécialiste ORL. La participation d'un expert médecin interniste s'impose également pour assurer des examens cliniques somatiques les plus exhaustifs possibles, et non seulement restreints au plan ORL.

En conséquence, la décision incidente de l'OAI du 14 août 2012 mettant en oeuvre une expertise pluridisciplinaire regroupant les disciplines de la médecine interne, de l'oto-rhino-laryngologie et de la psychiatrie doit être confirmée.

4. L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, les conditions d'octroi des différentes mesures devant par ailleurs être remplies. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, allocation d'initiation au travail et aide en capital).

S'agissant de la décision de l'OAI du 23 mai 2012 constatant l'impossibilité d'ordonner une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, on ne peut qu'observer qu'elle a été rendue prématurément. L'octroi ou le refus de mesures d'ordre professionnel revient à statuer sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et dans le cas particulier, l'OAI ne pouvait valablement statuer sur ce droit qu'au terme d'une instruction complète sur ce point, soit à tout le moins après avoir connaissance des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. L'OAI l'admet implicitement dans la mesure où dans sa décision, il précise que si l'instruction ultérieure du dossier devait démontrer que des mesures professionnelles étaient nécessaires, leur mise en oeuvre serait réexaminée sans délai. Il doit par ailleurs être déduit de cette prise de position que non seulement la mise en oeuvre mais également le refus de mise en oeuvre de mesures devenaient à nouveau justiciables après dépôt du rapport d'expertise disciplinaire.

La décision de l'OAI du 23 mai 2012 doit donc être annulée.

Par surabondance de droit, il sera relevé que dans les circonstances de fait prévalant à la date de la décision litigieuse, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'aurait pu être ordonnée.

En effet, le droit à une mesure de réadaptation est subordonné à la condition d'une invalidité ou d'une menace d'invalidité imminente. En l'espèce, compte tenu de la jurisprudence développée en relation avec le caractère invalidant du syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, ce n'est qu'à connaissance des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire que la condition d'une invalidité pourra être vérifiée.

Par ailleurs, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2; TF 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2).

Les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ou d'exercer les travaux habituels ne sont pas prises en charge par l'AI. La loi ne prévoit notamment pas de mesures propres à conserver un reste de capacité négligeable et incertain (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, note 1330). En l'espèce, la mesure préconisée par le Dr K._____ prévoit une activité limitée à deux heures par matinée, ce qui représente un taux d'activité de l'ordre de 25%. L'amélioration de la capacité de gain est par conséquent faible. Par ailleurs, le pronostic du Dr K._____ quant au succès de cette éventuelle mesure est réservé, réserve qui doit d'autant plus être prise en considération que la

proposition de mesure litigieuse repose sur le souhait de l'assurée et non sur une évaluation clinique par le médecin d'une part et que l'instauration par son dernier employeur de mesures d'aménagement de sa place de travail n'avait pas empêché la survenance d'une nouvelle incapacité de travail complète d'autre part. En de telles circonstances, le pronostic de succès d'une mesure ne peut être qu'incertain.

5. La recourante a conclu, dans l'hypothèse d'une confirmation de la décision incidente de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, que celle-ci soit ordonnée par le tribunal, citant à l'appui de cette conclusion la jurisprudence fédérale, soit l'ATF 137 V 210.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210; 122 V 163 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Le contexte litigieux est néanmoins différent en ce sens qu'il n'y a pas matière à renvoi de la cause pour un complément d'instruction omis par l'assureur. Bien au contraire, le complément d'instruction a été ordonné par l'OAI. La décision attaquée est une décision incidente et non une décision finale. L'intimé n'ayant pas encore mis fin à la procédure

administrative, une saisine par l'autorité judiciaire est par conséquent exclue.

6. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mai 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La décision incidente rendue le 14 août 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- IV.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour P. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :