

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Jomini et Abrecht
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

V._____, à Chavannes-près-Renens, recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1^{er}, art. 43 al 1^{er} LPGA, art 57 al. 1^{er} let f. LAI, art. 69 RAI

E n f a i t :

A **a)** V._____ (ci-après: l'assurée), née le 1^{er} janvier 1972, ressortissante de [...], mariée, mère de 3 enfants, est arrivée en Suisse en 1992. Elle a travaillé en qualité d'ouvrière pour la société [...] de 1992 à 2002. Elle a ensuite travaillé en qualité d'opératrice de montage pour la société [...] à [...] jusqu'en septembre 2008, période à laquelle elle est tombée en incapacité de travail.

b) Par courrier du 28 novembre 2008, l'assureur perte de gain de l'employeur de V._____ a avisé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), dans le cadre d'une procédure de détection précoce, de l'arrêt de travail de cette dernière.

Par courrier du 3 décembre 2008, l'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien en présence de l'employeur.

Il ressort du rapport d'évaluation de détection précoce de l'OAI du 17 décembre 2008 que l'assurée a indiqué souffrir de migraines chroniques et de dépression à l'origine de son incapacité de travail ayant débuté le 2 septembre 2008 et qu'aucune reprise de travail n'était prévue. L'OAI a invité l'intéressée à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes, ce qu'elle a fait en date du 19 décembre 2008.

c) Le 13 janvier 2009, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI une copie du dossier médical de l'assurée, dont un rapport du 1^{er} octobre 2009 du Dr S._____, spécialiste FMH en neurologie, qui mentionnait la présence d'une petite lésion de la substance blanche en arrière de la corne postérieure du ventricule latérale gauche, qualifiée de banale, mise en évidence par une IRM cérébrale. Le spécialiste était d'avis que l'assuré souffrait d'une céphalée de tension de forme chronique et non d'une migraine chronique et précisait que ce type de céphalée était toujours difficile à traiter.

d) Il ressort du formulaire employeur du 23 janvier 2009 adressé à l'OAI que l'assurée aurait perçu en 2009 un salaire annuel brut de 44'499 fr.

e) Dans son rapport médical transmis le 11 mars 2009 à l'OAI, la Dresse A._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de céphalées de tension et dépression sévère (F 32.29), complication de PTSD probable non traité (F 43.1), avec répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, celle-ci étant évaluée à moins de 50% dans l'activité habituelle.

Dans un rapport reçu par l'OAI le 15 avril 2009, le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère (F 33.2), relevant les symptômes suivants: tristesse, maux de tête, trouble de la concentration. Il a en outre indiqué qu'il avait adressé sa patiente aux psychiatres et psychologues de l'association Appartenances en raison de problèmes de langue.

En date du 4 mai 2009, l'OAI a reçu une copie du rapport d'expertise du 23 avril 2009 du Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'assureur perte de gain, qui faisait état des éléments suivants:

"4. DIAGNOSTIC SELON CIM- 10

Ayant des répercussions sur la capacité de travail

F 45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

G44.2 Céphalées de tension

Sans répercussion sur la capacité de travail

Personnalité avec des traits histrioniques, émotionnellement immature et instable, de type impulsif

5. AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER CONCERNANT LES INVESTIGATIONS, LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE?

.....

En résumant ce qui précède, Mme V. _____ semble capable en respectant les conseils thérapeutiques et en se soumettant à une prise en charge psychiatrique conséquente de reprendre une activité professionnelle au moins à 50% à partir du 1^{er} juin 2009 au plus tard. A partir du 1^{er} juillet 2009, la capacité de travail devrait être à considérer comme entière du point de vue purement psychiatrique. Une éventuelle répercussion des céphalées de tension sur la capacité de travail doit être évaluée par un médecin neurologue.

Considérant tous les facteurs psychosociaux, non liés à la maladie, comme la grande demande de reconnaissance, le bénéfice secondaire actuelle ainsi que les traits de la personnalité accentués de Mme V. _____ et ses perspectives sur le marché de travail sans formation ni connaissance linguistique, le pronostic même de moyen à long terme semble plutôt réservé.

6. L'AFFECTION PSYCHIATRIQUE EST-ELLE PRIMAIRE OU SECONDAIRE?

Considérant que l'affection psychiatrique s'est développée suite à la manifestation des céphalées de tension, on peut classer la psychopathologie actuelle comme secondaire.

7. DANS QUEL LAPS DE TEMPS PEUT-ON CONSIDERER QU'UNE CAPACITE DE TRAVAIL TOTALE PEUT A NOUVEAU ETRE RECONNUE?

Considérant ce qui précède, la capacité de travail est à considérer à 50% à partir du 1^{er} juin 2009 au plus tard. A partir du 1^{er} juillet 2009, la capacité de travail dans n'importe quelle activité est à considérer comme entière.

8. REMARQUES PERSONNELLES?

Considérant que nous nous trouvons face au diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux, je peux répondre aux questions de cette rubrique comme suit:

L'assurée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique manifeste?

Non.

L'assurée présente-t-elle une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable?

L'assurée souffre de céphalées de tension attestées par un médecin neurologue; cette affection est pourtant à considérer comme plutôt légère et objectivement peu limitante. C'est au médecin spécialiste en neurologie de se prononcer sur l'intensité de cette affection physique et de juger s'il s'agit vraiment d'une maladie invalidante dans le sens d'un «processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ».

L'assurée présente-t-elle une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?

Non. Un retrait social s'est installé mais est aussi imputable à certains facteurs psychosociaux.

L'assurée présente-t-elle un état psychique cristallisé?

Non.

L'assurée présente-t-elle des échecs à des traitements conformes aux règles de l'art?

Considérant le traitement neurologique, probablement oui, à évaluer par un médecin neurologue.

La prise en charge psychiatrique vient de débuter fin 2008 et est poursuivie pour l'instant en ambulatoire. Une prise en charge éventuellement plus globale, par exemple sous la forme d'une intégration dans un Hôpital de Jour ou même une hospitalisation sont des options à discuter afin d'éloigner l'assurée de son entourage actuel et d'objectiver ses limitations".

Dans son rapport médical du 8 mai 2009, le SMR a retenu une atteinte principale à la santé, sans répercussion sur la capacité de travail, sous la forme de céphalées de tension chroniques (G44.2), avec un diagnostic associé ne ressortant pas de l'AI de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50% dès le 1^{er} juin 2009, ajoutant que la capacité de travail devrait être entière 6 mois après le début de la psychothérapie, soit en juillet 2009.

Le 14 mai 2009, l'OAI a reçu un rapport médical daté du 28 avril 2009 et signé par la Dresse I. _____ et la psychologue F. _____ de l'association [...] qui faisait état des atteintes à la santé psychiques avec les répercussions sur la capacité de travail de l'assurée suivantes: un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F 33.10) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), avec symptômes de céphalées violentes chroniques, fatigue, manque de motivation, tristesse, dissociation de type traumatique, retrait social, détachement, perte d'espoir et vision pessimiste de l'avenir. L'importance des conséquences sur la capacité de travail n'était toutefois pas précisée.

f) Le 2 juillet 2009, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus à l'assurée de tout droit à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé s'était amélioré et permettait la reprise de l'activité habituelle à 50 % dès le 1^{er} juin 2009 et à 100% dès le 1^{er} juillet 2009, soit avant l'échéance du délai d'attente d'un an fixé au 2 septembre 2009.

Par courrier du 31 juillet 2009, Me Guy Longchamp, avocat à Lausanne, a informé l'OAI qu'il était consulté par l'assurée au sujet du projet de décision du 2 juillet 2009.

Par acte motivé du 28 août 2009, l'assurée a adressé à l'OAI ses objections au projet de décision précité. Elle reprochait à ce dernier de s'être fondé sur le rapport médical du SMR du 8 mai 2009 qui retenait une pleine capacité de travail au 1^{er} juillet 2009. Elle faisait grief au SMR de ne pas avoir procédé à un examen clinique de son état de santé et de s'être basé essentiellement sur l'expertise (qu'elle contestait) du Dr J. _____, mandaté par l'assureur perte de gain. Elle concluait à ce qu'une expertise pluridisciplinaire fût mise en place pour évaluer son degré d'invalidité, spécialement par un neurologue; subsidiairement elle invoquait le droit à des mesures de réadaptation.

g) Par décision du 22 septembre 2009, l'OAI a confirmé le refus de toutes prestations de l'AI à l'assurée et a repris les motifs avancés

dans son projet de décision du 2 juillet 2009. Il a précisé que les objections de l'assurée n'amenaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa décision.

B. **a)** Par acte du 26 octobre 2009, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 22 septembre 2009. Elle fait valoir en substance qu'elle présente une incapacité totale de travail en raison d'une maladie de longue durée dans toute activité quelle qu'elle soit. Elle fait grief à l'OAI de s'être fondé uniquement sur l'avis médical du SMR du 8 mai 2009, lequel est lui-même basé sur les conclusions contestées de l'expert privé mandaté par l'assureur perte de gain. Elle conclut principalement à ce qu'une rente entière lui soit octroyée et subsidiairement à ce que la décision querellée soit annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire afin d'évaluer son invalidité et nouvelle décision.

b) Par courrier du 31 mai 2010, l'assurée a demandé le réexamen de son cas à l'OAI et a produit un rapport médical daté du 7 janvier 2010 de la Dresse D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et de la psychologue F._____ de l'association [...], qui expose notamment ce qui suit:

"Nous confirmons les éléments médicaux inscrits dans le rapport AI du 28 avril 2009. Cependant, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise psychiatrique effectué par le Dr J._____, nous aimerions apporter quelques précisions. Selon nous, les diagnostics de Trouble dépressif récurrent (F33 selon la CIM-10) et de Modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (F62.0 selon la CIM-10) doivent être pris en compte.

Les symptômes présentés par la patiente justifient selon nous un diagnostic de Trouble dépressif (catégorie F32) selon les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies par l'OMS):

...

Des symptômes traumatiques classiques tels que la nervosité, les troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), des pensées intrusives et récurrentes, des tremblements et des dissociations sont

présents. Le diagnostic de Modification durable de la personnalité (F 62.0 selon la CIM-10) est ici indiqué pour les raisons suivantes:

(Source: CIM -10)

- Le facteur de stress est d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité,
- Retrait social,
- Sentiments de vide et de désespoir,
- Impression permanente d'être "sous tension" comme si on était constamment menacé
- Détachement

...

Aujourd'hui, l'ensemble des symptômes présentés par la patiente se sont chronifiés et cristallisés. Le pronostic est réservé. Une prise en charge plus intense ainsi qu'une aide éducative et ménagère à domicile seraient à envisager. Selon nous, Madame V._____ présente une incapacité totale de travail".

c) Dans sa réponse du 29 juillet 2010, l'OAI conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique selon l'avis médical du SMR du 20 juillet 2010, qu'il joint à son courrier. Selon ce dernier, il est hasardeux de se prononcer sur la capacité de travail prospective après un traitement adéquat. Il estime qu'après l'expertise du Dr J._____, il eût été préférable de déclarer que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et de revoir la situation après la mise en place du traitement proposé dans un temps adéquat. Il estime ainsi ne pas pouvoir se prononcer sur le rapport médical de l'association Appartenances sans une description de l'évolution après expertise qui fait défaut. Il conseille de demander un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle évaluation par le Dr J._____ qui pourrait ainsi confirmer ou infirmer son hypothèse de travail.

La réponse de l'OAI et son annexe ont été transmises à la recourante le 5 août 2010.

d) Le 10 août 2010, la recourante a adressé à la Cour de céans un courrier dans lequel elle rappelle qu'elle-même avait demandé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, en particulier une expertise neurologique. Elle ne s'oppose toutefois pas à un complément d'expertise psychiatrique et requiert de pouvoir prendre connaissance des questions transmises à l'expert au préalable.

Il n'y a pas eu d'autres déterminations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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 Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres exigences de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V

310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

d) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en

va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI ayant nié dans sa décision du 22 septembre 2009 tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'OAI a considéré, suite à l'avis du SMR du 8 mai 2009, que la recourante souffrait d'une atteinte principale à sa santé sous la forme de céphalées de tension chroniques qui n'avaient toutefois pas de répercussions sur la capacité de travail et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui ne ressortait pas à l'AI. La recourante fait valoir pour sa part qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, au motif qu'elle serait atteinte d'une maladie de longue durée qui l'empêcherait d'exercer toute activité. Elle conteste l'avis médical du SMR du 8 mai 2009, auquel elle fait grief de n'avoir pas procédé à un examen clinique de son état de santé et de s'être fondé essentiellement sur les conclusions contestées du rapport médical du Dr J._____, mandaté par l'assureur perte de gain de son employeur; elle requiert subsidiairement qu'une expertise pluridisciplinaire, en particulier neurologique, soit ordonnée.

b) Dans sa réponse du 29 juillet 2010, l'OAI reconnaît la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique selon l'avis médical du SMR du 20 juillet 2010 et reconnaît ainsi que le dossier de la recourante n'a pas été instruit de manière complète.

A cet effet il convient d'admettre, à l'instar de l'avis médical du SMR du 20 juillet 2010, que les conclusions du rapport d'expertise du Dr J._____ du mois d'avril 2009 sur la capacité de travail de la recourante au 1^{er} juillet 2009 ne sont guère convaincantes. En effet, ce médecin

concluait au mois d'avril 2009 déjà, sur la base des résultats hypothétiques du traitement psychiatrique en cours, à une pleine capacité de travail au 1^{er} juillet 2009. L'état de santé de la recourante n'étant pas stabilisé au mois d'avril 2009, le Dr J._____ ne pouvait pas se déterminer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail prospective de la recourante.

c) Il ressort en outre des pièces médicales du dossier que les Dresses I._____ et D._____ retiennent toutes deux une atteinte principale à la santé de la recourante avec répercussions sur la capacité de travail, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent (F 33.10) et d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), avec symptômes de céphalées violentes chroniques. Le trouble dépressif récurrent est également mentionné par le Dr Z._____ et la Dresse A._____. Seul le Dr J._____ exclut l'existence d'un tel trouble et classe les symptômes dépressifs dans la symptomatologie du trouble somatoforme persistant. Les conclusions de ce médecin ont pourtant été suivies intégralement par le SMR dans son avis du 8 mai 2009 sans autre forme de motivation et reprises par l'OAI dans la décision querellée. Or, Il existe des contradictions évidentes entre les conclusions des médecins consultés par la recourante et celles du médecin mandaté par l'assureur perte de gain.

d) La recourante demande également à ce qu'une expertise neurologique soit ordonnée afin d'évaluer les répercussions des céphalées de tension (mises en évidence par l'ensemble des médecins consultés) sur sa capacité de travail. A cet égard, on observe que dans son rapport du 23 avril 2009, le Dr J._____ reconnaît que les conséquences des céphalées de tension sur la capacité de travail de la recourante doivent être évaluées par un médecin spécialisé en neurologie bien qu'il conclue tout de même que ladite atteinte est légère et objectivement peu limitante. Quant aux Dresses A._____, I._____ et D._____, elles considèrent que cette atteinte a des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, sans en préciser toutefois l'étendue ni la forme. Force est d'admettre que

cet aspect du dossier de la recourante n'a pas été instruit par l'intimé malgré les éléments médicaux figurant au dossier.

e) Au vu de ce qui précède, il est patent que l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse n'avait pas été suffisamment analysé, tant sur le plan psychiatrique que neurologique. Il n'était pas non plus stabilisé.

Dès lors, afin de préciser les atteintes à la santé que présente l'assurée tant sur le plan psychiatrique que physique et les limitations qui en résultent, afin de préciser sa capacité de travail exigible respectivement dans une activité d'ouvrière de montage et dans une activité strictement adaptée aux éventuelles limitations, afin de préciser l'évolution de l'incapacité de travail le cas échéant dans ces activités, il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à des experts indépendants spécialisés FMH en psychiatrie et en neurologie.

Le recours paraît ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical. La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical.

4. Le recours ayant été admis et la cause renvoyée à l'autorité pour complément d'instruction, la recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée rendue le 22 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante, V._____, un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour V._____)
- 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 :