

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Schmutz et Zbinden, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Christophe Maillard, avocat à Lausanne

et

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

Art. 1, 28 LAI; 6, 7, 8 43, 44, 61 let. g LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée) est née en 1974 au Kosovo. Elle est mariée depuis 1998, époque à laquelle elle s'est installée en Suisse, et elle a deux enfants, nés en 1998 et 2000. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme femme de chambre à l'hôtel I._____ à Lausanne du 7 avril 2005 au 29 mai 2006. Elle n'a pas repris ensuite d'activité professionnelle.

L'assurée a déposé en janvier 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (reclassement dans une nouvelle profession, mesures médicales de réadaptation spéciales, rente). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) traite cette demande.

B. B._____ avait cessé le travail à cause de douleurs intenses (lombalgies) apparues en avril 2006. L'assureur F._____ a versé des prestations dans le cadre d'une couverture d'assurance indemnités journalières maladie. Cet assureur a fait établir plusieurs expertises médicales :

- par le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne, à Puidoux (rapport du 10 novembre 2006);
- par le Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, à Lausanne (rapport du 11 mai 2007);
- par le Dr P._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, à Vevey (rapport du 29 mai 2007).

L'expertise psychiatrique du Dr P._____ contient notamment les passages suivants (aux pages 14 à 18, d'après la copie du rapport remise par F._____ à l'OAI, indexée dans le dossier AI le 3 juillet 2007) :

"(...)

4. DIAGNOSTICS (CIM-10 ET DSM-IV)

Axe I

- Trouble dépressif majeur, épisode isolé F32 [296.2], en rémission partielle, actuellement de gravité majeure moyenne, avec caractéristiques psychotiques
- Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale F45.4 [307.89]

Axe II

- Diagnostic différé [799.90]

Axe III

- Troubles statiques modérés à importants du rachis

Axe IV

- Epuisement professionnel (mai 2006)

Axe V

- Evaluation globale du fonctionnement EGF à 55 actuellement

5. DISCUSSION

La médication consiste en (...), depuis août 2006, initialement à une dose de 50 mg augmentée à 100 mg en mars dernier. L'analyse de la médication donne des taux plasmatiques en dessous de la fourchette thérapeutique taux cependant difficilement interprétables car l'expertisée a mal compris les consignes et n'a pas pris son traitement le jour précédent l'expertise.

5.1 Diagnostics

Sur le plan de l'axe I, en présence d'une humeur dépressive permanente, d'une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour presque toutes les activités quotidiennes, de troubles du sommeil importants traduits par des difficultés d'endormissement, des cauchemars et des réveils nocturnes et matinaux, d'un ralentissement psychomoteur, d'une fatigue et d'une perte d'énergie permanente, d'une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer, développés pour la première fois en juin 2006 et encore clairement manifestes à ce jour, le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, est retenu. Actuellement, en référence à l'échelle de dépression de Hamilton, l'état présente une rémission partielle avec une intensité moyenne. Par ailleurs, en raison de la présence de troubles réceptifs, tels que des visions ou des voix, des caractéristiques psychotiques s'associent au tableau dépressif. Ces caractéristiques, manifestes depuis plus de six mois, ne motivent cependant pas le diagnostic d'une base prodromique d'une schizophrénie, n'étant pas associées à un vécu délirant persécutif et sont dans une certaine mesure critiquées par l'assurée.

Sur l'axe I toujours, en présence de douleurs dans plusieurs localisations anatomiques (dos et membres gauches) au centre du tableau clinique, d'une intensité suffisante pour justifier et multiplier les examens cliniques, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative associée à une altération du fonctionnement social, professionnel et familial, liées à des facteurs psychologiques jouant un rôle prépondérant dans le déclenchement mais aussi à des troubles statiques du rachis, modérés à importants, l'intensité, l'aggravation et la persistance, manifestes depuis plus de 6 mois et n'étant pas produites de manière intentionnelle, le diagnostic de trouble douloureux chronique, associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, est retenu.

Au niveau de l'axe II, mis à part un fonctionnement de personnalité frustré, nous n'avons pas investigué spécifiquement cet axe, tout en considérant que cette expertisée a bien fonctionné jusqu'à l'âge de 31 ans.

Par rapport au diagnostic de trouble douloureux et en référence aux critères de Mosimann, l'expertisée présente un fonctionnement de personnalité frustré mais ne semble pas souffrir d'un trouble majeur de la personnalité. En outre, le tableau dressé sur le plan de l'axe I objective la présence d'une comorbidité psychiatrique importante et handicapante, notamment en raison des caractéristiques psychotiques. Dans ce contexte, l'assurée présente une perte évidente d'intégration sociale. En d'autres termes, la situation présente, par les critères explicités ci-dessus, induit un pronostic défavorable.

5.2 Les limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles découlent d'une part de l'atteinte dépressive au travers de l'humeur dépressive, de l'aboulie et l'anhédonie, des troubles du sommeil et des caractéristiques psychotiques en lien avec un état d'angoisse important et d'autre part du trouble douloureux caractérisé par des douleurs intenses et permanentes impliquant des changements de position fréquents.

5.3 Développement de la personnalité

Le développement de la personnalité de Mme B. _____ est marqué, dans l'enfance et l'adolescence, par une bonne entente familiale constituant un climat favorable. L'expertisée trouve ainsi une certaine stabilité personnelle et arrive à faire face à différents événements de vie en montrant une bonne gestion sur le plan personnel. L'anamnèse est ainsi vierge tant sur le plan personnel que familial.

5.4 Facteurs de décompensation

En tenant compte que l'expertisée, jusqu'à l'année dernière, a réussi à gérer adéquatement sans décompensation psychique, plusieurs étapes significativement difficiles de sa vie, la seule explication de la décompensation actuelle s'inscrit dans un épuisement professionnel induit par une surcharge de travail et des troubles somatiques mineurs. L'assurée est probablement très investie dans ses

responsabilités familiales selon son modèle de famille nucléaire et voit ses responsabilités s'accroître avec l'arrivée des enfants. Face à une surcharge professionnelle, elle développe dans un premier temps une symptomatologie douloureuse, puis décompense sur un mode dépressif, avec des caractéristiques associées.

5.5 Éléments pronostics

Le pronostic quant au regain d'une activité dans l'économie actuelle demeure réservé.

Les éléments pronostiques positifs sont :

- réserves thérapeutiques non exploitées
- motivation de l'expertisée.

Les éléments défavorables sont :

- manque de soutien social,
- absence de formation professionnelle.

6. QUESTIONS SPECIFIQUES

Questions 1 à 4 voir pages précédentes

5. Traitement médical actuel ? Des mesures thérapeutiques seraient-elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé actuel ?

Oui, eu égard aux troubles dont souffre l'expertisée, un traitement antidépresseur SSRI, tout en gardant une dose de 50 mg (...) le soir, semblerait plus approprié. Par ailleurs, pour résorber les caractéristiques psychotiques, un traitement neuroleptique sédatif type (...), serait adéquat, avec des doses de 100-200 mg à adapter. En outre, ce traitement sera susceptible dans un deuxième temps de réduire les troubles du sommeil récurrents.

6 Quel est le degré de l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de femme de chambre (licenciement au 31.122006) ? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession ?

Le degré de l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de femme de chambre est total. Le pronostic pour une reprise du travail totale dans cette profession est clairement défavorable.

7. Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le plus adaptées en l'espèce ?

En l'état, il est prématuré pour se prononcer avec certitude sur la possibilité de regain d'une capacité de travail de l'expertisée. En effet, la priorité est aux soins et il est impossible de prédire l'évolution de son état de santé psychique. Il est nécessaire d'évaluer l'état de l'assurée 2 à 3 mois après l'application du traitement prescrit ci-dessus. Il est possible qu'une capacité de travail de l'ordre de 50% soit exigible dans une activité adaptée.

8. Quelles caractéristiques une telle activité adaptée doit-elle avoir ?

Il est probable qu'une réadaptation par l'AI passant par une phase d'évaluation dans un centre ou un stage professionnel soit nécessaire. Une activité manuelle (ouvrière) serait en théorie possible.

9. Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle exerce une telle activité professionnelle (taux/temps) ?

Actuellement, l'incapacité de travail de l'expertisée est totale dans toute activité. Dans cette situation, la priorité absolue va aux soins. En référence aux mesures médicales précitées, une réévaluation de la situation dans quelques mois est indiquée.

C. L'OAI a consulté le SMR (Service médical régional Suisse romande). Dans un avis médical du 15 mai 2008 signé par les Drs O. _____ et V. _____, le SMR a indiqué qu'il fallait organiser un examen psychiatrique par un de ses médecins (avec un interprète parlant l'albanais), vu les conclusions de l'expertise du Dr P. _____ et "en raison d'un doute quant au caractère durable et invalidant de l'affection diagnostiquée et pour actualiser les données de cette expertise qui date d'une année".

Le Dr E. _____, psychiatre FMH, du SMR, a procédé à un examen clinique psychiatrique le 2 juin 2008. Son rapport d'examen, du 4 juillet 2008, comporte les passages suivants :

"(...)

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES NON ORGANIQUES (F 28)
- SYNDROME DOULOUREUX SOMATOFORME PERSISTANT (F 45.4).

APPRÉCIATION DU CAS

L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé avant juillet-août 2007 (d'après l'assurée). A l'époque, elle est adressée chez un psychiatre par son médecin traitant à cause de difficultés de sommeil. Le diagnostic d'épisode dépressif a été retenu et un traitement de (..) a été introduit. Le 29.05.2007, le Dr P. _____ va

faire une expertise psychiatrique pour l'F. _____ Assurances, dans le contexte de l'assurance perte de gain. Le Dr P. _____ va retenir un trouble dépressif d'intensité moyenne avec caractéristiques psychotiques et un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (...). Une incapacité de travail de 100% va être retenue et une modification du traitement psycho-pharmacologique proposée. En ce qui concerne la dite expertise, l'examinateur partage les conclusions du Dr P. _____ en ce qui concerne l'épisode dépressif mais il est difficile de lier la symptomatologie psychotique au dit épisode, vu les caractéristiques décrites par l'assurée elle-même de phénomènes hallucinatoires et persécutatoires. Les voix ne sont pas congruentes à l'humeur. Par rapport à l'expertise du Dr P. _____, l'intensité de la symptomatologie psychotique semble avoir diminué, elle se limite à des épisodes que l'assurée situe très clairement dans le temps : début durant l'été 2007, 2^{ème} épisode en décembre 2007, 3^{ème} épisode en avril 2008. Pour ce motif, le diagnostic de "Autres troubles psychotiques non organiques" (code CIM F 28) est retenu.

L'examen psychiatrique au SMR ne constate pas une symptomatologie anxieuse ou dépressive. Des idées de référence et d'hallucinations auditives occasionnelles sont décrites par l'assurée. Les critères correspondant à un trouble de la personnalité compensé ou décompensé ne sont pas constatés.

En conclusion, l'assurée a présenté un épisode dépressif actuellement en rémission, a toujours des plaintes douloureuses et un sentiment de détresse lié à la douleur, et une symptomatologie psychotique dont la fréquence et l'intensité a diminué par rapport à l'expertise du Dr P. _____ et qu'il est difficile pour l'examinateur de l'inclure dans l'épisode dépressif ou dans un trouble psychotique autre, comme la schizophrénie, un trouble schizotypique ou un trouble délirant.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité n'est pas constatée. D'après l'assurée, une perte d'intégration sociale (sic) ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas observés.

Les limitations fonctionnelles : sur le plan psychiatrique, aucune.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur le plan psychiatrique, depuis juin 2007.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan psychiatrique, l'évolution est favorable, une amélioration est déjà constatée au mois de mai en ce qui concerne l'épisode dépressif et les troubles psychotiques présentent une amélioration à partir du mois de décembre 2007. Par contre, une persistance de plaintes douloureuses est toujours constatée.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, elle est de 100%.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%
DEPUIS : JANVIER 2008

(...)"

Le rapport médical final du SMR, du 22 juillet 2008 (rapport du Dr O. _____), qui se réfère aux expertises D. _____ et P. _____ ainsi qu'à l'examen psychiatrique SMR précité, retient une incapacité de travail à 100 % du 29 mai 2006 au 31 décembre 2007, et une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée (activité légère, sans efforts répétés du rachis en porte-à-faux, poids limité à 15 kg); la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre est estimée à 80 %, sur la base de l'expertise rhumatologique. Le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé au mois de janvier 2008.

D. Le 26 août 2008, l'OAI a envoyé à B. _____ un préavis (projet d'acceptation de rente) dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} mai 2007 jusqu'au 31 mars 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI a comparé le revenu sans invalidité (en 2008 : 43'018 fr.) avec le revenu annuel d'invalidité calculé en fonction des statistiques (46'925 fr., après abattement de 10 %); aucune invalidité au sens du droit fédéral n'était donc retenue.

Le 12 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision formelle dans le sens de son préavis, avec une motivation identique.

E. B. _____, désormais représentée par Me Christophe Maillard, avocat à Lausanne, a recouru le 12 février 2009 contre la décision précitée. Elle demande à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2007, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il fixe le montant de la rente; à titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à une nouvelle expertise psychiatrique. Elle fait valoir en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis le dépôt du rapport de l'expert Dr P. _____, et qu'elle est régulièrement suivie par

une Dresse Q._____ qui retiendrait la persistance d'une symptomatologie dépressive sévère ainsi que l'existence d'autres pathologies invalidantes nécessitant un suivi régulier ainsi qu'une médication importante. La recourante a ensuite produit deux avis écrits : un certificat du 6 mars 2009, signé par le Dr X._____, pédopsychiatre (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents), et par la psychologue Q._____, à Lausanne; elle a aussi produit une lettre du 10 mars 2009 de la Dresse A._____, généraliste à Lausanne.

Invité à répondre au recours, l'OAI s'est simplement référé à sa décision. La recourante a déposé des déterminations et a confirmé ses conclusions.

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. La recourante critique l'appréciation faite par l'OAI de son état de santé, sur le plan psychiatrique. Elle reproche en substance à cet office d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport du SMR (rapport d'examen clinique psychiatrique du 2 juin 2008).

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al.1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA dispose que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). 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 son auteur 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). Ces critères s'appliquent à l'appréciation des rapports de médecins travaillant pour une assurance ou pour un service médical régional AI (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee); de tels rapports ne doivent donc pas être écartés au prétexte que leurs auteurs ne seraient pas des experts indépendants. Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La question décisive, dans le cas particulier, est de savoir si la recourante a retrouvé une capacité de travail entière (dans une activité adaptée) en janvier 2008. En d'autres termes, sur le plan psychiatrique, il faut déterminer si le trouble dépressif diagnostiqué par le Dr P._____, dans son expertise du mois de mai 2007 (trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques) n'était plus, huit mois plus tard, une cause d'incapacité de gain ou de travail. Le médecin psychiatre du SMR (Dr E._____) n'a pas critiqué fondamentalement l'expertise du Dr P._____; il a précisé qu'il adhérait aux conclusions en ce qui concerne l'épisode dépressif, mais qu'il considérait "difficile de lier la symptomatologie psychotique au dit épisode". Il a également retenu que la symptomatologie psychotique semblait avoir diminué en fréquence et en intensité. Cela étant, ce rapport contient des contradictions, puisque son auteur, nonobstant les considérations précitées, ne retient aucun diagnostic de dépression.

Dans son acte de recours, la recourante se réfère à un traitement dispensé par la "Dresse Q._____". Il résulte du dossier qu'elle se réfère plutôt à un "suivi en psychothérapie" ("psychothérapie individuelle à long terme") assuré depuis le mois de mai 2007 par la psychologue Q._____, du cabinet du pédopsychiatre Dr X._____.

certificat médical du 6 mars 2009, signé par le Dr X.____ et Mme Q.____, a été établi sur la base de constatations faites à l'occasion de cette psychothérapie. Il ne s'agit pas d'un rapport d'expertise psychiatrique; il a plutôt la valeur d'un rapport établi par un médecin traitant (avec une description clinique exempte de contradictions). Ce document est insuffisant surtout sur la question de la médication. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas dans ce certificat d'éléments médicaux objectifs suffisamment probants pour trancher la question litigieuse.

Le rapport du SMR n'est pas très détaillé à propos de l'affirmation selon laquelle l'épisode dépressif serait "actuellement" (en juin 2008) en rémission complète (le Dr P.____ évoquait une année plus tôt une rémission partielle) ni, surtout, à propos de la symptomatologie psychotique décrite dans le rapport du Dr P.____. Il n'y a pas d'indications claires au sujet du traitement neuroleptique complémentaire préconisé par le Dr P._____.

Dans ces conditions, il faut considérer qu'il subsiste des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. C'est en fonction de ces constatations que l'OAI a admis une capacité de travail entière en janvier 2008; or ni le degré de la rémission, ni les caractéristiques psychotiques n'ont été décrits de manière parfaitement convaincante, alors qu'une analyse complète s'imposait après que l'expert P.____ avait, dans un rapport récent, reconnu une incapacité de travail. Compte tenu de ces doutes, conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 465), il incombait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. En statuant sur la base du seul rapport du SMR, l'OAI a donc violé les règles du droit fédéral en matière d'appréciation des preuves. Il s'ensuit que le recours est fondé et que la décision attaquée doit être annulée.

c) Il se justifie de faire droit à la conclusion subsidiaire de la recourante et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction (art. 43 ss LPGA, art. 69 al. 2 RAI) en ordonnant une expertise

psychiatrique indépendante (art. 44 LPGA) - éventuellement en demandant un complément d'expertise au Dr P. _____ - et rende ensuite une nouvelle décision sur le fond.

3. Le présent arrêt doit être rendu sans frais. La recourante, assistée par un avocat, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens, à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer à la recourante B. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Maillard, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :