

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 septembre 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Zbinden, assesseur  
Greffier     :       M. Tissot

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, du Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 et 43 LPGA, 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 8 juillet 2005, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante ou l'assurée), née en 1964, divorcée, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). A l'appui de celle-ci, l'assurée faisait valoir un état anxieux et dépressif à la suite d'un conflit de couple grave avec violence physique et psychologique. Elle expose qu'en juin 2003, son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a constaté des maltraitances et une dépression, avec pour suite une prise en charge psychiatrique par le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH. Sous la rubrique "impotence" (point 7.7), Mme V.\_\_\_\_\_ a écrit avoir besoin "totalement" de ses proches pour qu'ils l'aident à affronter son quotidien. L'assurée demandait à être placée professionnellement et subsidiairement à recevoir une rente. Dans les remarques complémentaires, elle a détaillé plus largement ses symptômes, déclarant souffrir notamment de crises d'anxiété, de difficultés à dormir et de cauchemars, de fatigue et de problèmes de concentration.

Professionnellement, une lettre, annexée au questionnaire du 13 janvier 2006 de son employeur, indique que l'assurée avait reçu un avertissement en août 2001 en raison de «nombreux manquements dans l'exercice de ses fonctions» avec un travail de qualité insuffisante «imputable à un manque de concentration, de suivi dans les dossiers et de maîtrise de l'orthographe ainsi qu'un usage abusif du téléphone professionnel à des fins privées». L'employeur avait ensuite attendu l'issue du délai de protection contre les licenciements résultant d'une incapacité survenue en juin 2003 pour résilier, en octobre 2003, les rapports de travail avec effet à fin décembre de la même année. Il notait qu'après l'avertissement de 2001, la situation s'était encore dégradée. Compte tenu de l'état de santé de son employée, il la dispensait de son obligation de travailler jusqu'au terme du contrat.

**B.** L'incapacité de travail de l'assurée, survenue avant son licenciement, est documentée par un certificat du Dr B.\_\_\_\_\_ du 28 août

2003 adressé au médecin-conseil de l'assurance perte de gain N.\_\_\_\_\_. Le médecin y attestait une incapacité de travail totale du 25 juin 2003 au 2 juillet 2003 au motif d'un état anxio-dépressif décompensé avec pleurs, nervosité et trouble du sommeil. Par la suite, dans des certificats à l'intention du médecin-conseil de l'assurance des 10 septembre 2003, 21 juin 2004, 30 août 2004 et 13 janvier 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a attesté un état anxieux et dépressif chez l'assurée, cela suite à un conflit conjugal grave et chronique ayant conduit au divorce, avec une incapacité de travail totale depuis le 2 juillet 2003. Il mentionnait une psychothérapie bien investie, mais une situation sociale et familiale restée instable avec une perturbation significative du fonctionnement social. Le Dr T.\_\_\_\_\_ y évoquait des espoirs déçus d'une reprise du travail par l'assurée, même à temps partiel, dès le mois d'octobre 2004, puis en juillet 2005.

Dans un rapport du 27 avril 2004 à l'Institut de médecine légale, Unité de Médecine du trafic, le Dr T.\_\_\_\_\_ et Mme M.\_\_\_\_\_, psychologue, ont relevé une alcoolisation, par le passé, de l'assurée pour ajouter qu'au jour du rapport la patiente n'avait plus de problèmes d'alcool et était apte à la conduite automobile. Suivie régulièrement, une fois par semaine depuis juillet 2003, l'assurée semblait faire des progrès, adoptant une attitude adéquate et responsable.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de N.\_\_\_\_\_, dans ses rapports à l'assurance de novembre 2004, a constaté une violence extrême du mari, une perte de rendement avec licenciement au travail, un état dépressif profond avec idées suicidaires, des attaques de panique, une consommation de fortes doses d'anxiolytique, des antécédents d'abus d'alcool avec accident de la circulation et traitement par Antabuse, un manque de confiance en soi et la présence de fortes angoisses ne permettant toujours pas d'envisager une reprise du travail, reprise qui devrait être déterminée par le psychiatre traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ décrivait une femme en bonne santé habituelle, mère de deux garçons de [...] et [...] ans, ayant travaillé antérieurement comme secrétaire à la commune de [...], encore aux prises avec son ex-mari, ainsi

qu'avec un fils aîné également violent. Il relatait, outre des phénomènes dépressifs et anxieux, des «sensations d'étranglement, de dépersonnalisation ou de déréalisation» ainsi que des attaques de panique, une perturbation du rythme nyctéméral et une prise de 15 kg depuis le début de son conflit conjugal.

Dans son rapport AI du 8 septembre 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_, qui connaissait la l'assurée depuis 1987, a relevé des antécédents d'accidents, de décompensation psychique avec alcoolisations et tentatives de suicide. Il décrivait une femme anxieuse, préoccupée, insomniaque, épuisée, souvent en pleurs. Selon le médecin, le pronostic quant à une aptitude au travail relevait des compétences d'un psychiatre. La médication comprenait 2 mg de Xanax, 20 mg de Fluctine, ainsi que 10 à 20 mg de Tranxilium en réserve. Le Dr B.\_\_\_\_\_ relevait encore qu'au vu des nombreuses décompensations antérieures, il ne jugeait pas l'assurée capable d'affronter «même le stress simple de la vie courante», mais qu'une activité en milieu protégé pouvait être discutée.

Le rapport à l'AI du Dr T.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2005 a évoqué notamment une personnalité dépendante de l'assurée, des peurs sociales envahissantes, une méfiance et un repli social considérables, pour en définitive réserver le pronostic quant au succès du traitement. Le psychiatre énonçait un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble de la personnalité dépendante. Il qualifiait de partielle la motivation de l'assurée pour une reprise du travail ou un reclassement et notait un absentéisme prévisible en raison d'une atteinte à l'état de santé qu'il jugeait importante. Il renvoyait l'évaluation quant à une possible reprise d'activité lucrative au délai d'une année relevant qu'au moment de son rapport la baisse de rendement dans l'activité antérieure était très grande et qu'une reprise n'était pas exigible. Enfin, le psychiatre appuyait son diagnostic en détaillant les troubles aboutissant à considérer l'assurée comme souffrant d'une dépression sévère (score Hamilton à 31), la décrivant comme tendue en permanence, sans espoir ni estime d'elle-même, désorientée et perdue, avec des troubles de la concentration et de la mémoire.

**C.** Dans le document «statut de ménagère/active» (questionnaire 531bis) du 25 octobre 2005, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur "à 50 %", en plus de la tenue de son ménage, précisant même «50% et moins, car panique et fatigue, manque total de confiance».

Dans le "questionnaire pour l'employeur" du 13 janvier 2006, la commune faisait état d'une activité à 70%, avant l'incapacité de travail ayant ensuite mené à la résiliation du contrat, comme déjà évoqué.

L'enquête économique sur le ménage du 14 juin 2006 a indiqué des conduites alimentaires sous forme de boulimies dès 2001 avec des vomissements qui ont cessé depuis et fait place à la prise de poids. L'enquêtrice relevait qu'à son avis, l'assurée "fait tout à moitié", sauf le travail à l'extérieur, au jardin, qui représentait une thérapie. Le traitement mentionné correspondait à celui évoqué par le rapport du 8 septembre 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, accompagné encore d'Antabuse. Le taux d'activité en cas de bonne santé était évalué à 100% à l'issue du rapport.

Le 19 juin 2006, un avis médical du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du Service médical régional Suisse romande (ci-après: SMR), proposait un examen dans ce service, vu l'absence d'amélioration, l'interruption de l'Antabuse sans raison connue et un diagnostic de dépression se fondant uniquement sur un score de Hamilton, et non sur la CIM-10.

Dans son compte-rendu de l'examen du 22 novembre 2007, daté du 6 du même mois (!), le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH au SMR, a retenu notamment dans son anamnèse que l'assurée a été adoptée par une famille qui avait déjà adopté un frère aîné, et que des antécédents psychiatriques existaient du côté de la famille biologique. Selon ce rapport, l'enfance de l'assurée a été heureuse, insouciante et joyeuse, suivie d'une adolescence plutôt rebelle. Mme V.\_\_\_\_\_ a obtenu un CFC d'employée de commerce, puis s'est marié en

1985 avec un mari qui s'est avéré alcoolique et violent «d'après l'assurée». Elle a cessé son travail dans une agence immobilière à la suite de la naissance du premier de ses deux enfants. Une séparation conjugale est intervenue en 2001, puis un divorce en 2003, avant la perte de son emploi à la commune. Le médecin du SMR relevait qu'une incapacité de travail est attestée médicalement depuis juillet 2003, justifiée selon l'assurée pour tristesse, idées suicidaires, pleurs et abus d'alcool aigus. D'un point de vue thymique, le médecin rapporte que l'assurée se sentirait bien le 95% du temps où elle est chez elle et ferait le minimum de tâches ménagères. Elle serait mal les 5% où elle doit sortir de chez elle pour des commissions et des rendez-vous. L'assurée déclarait souffrir d'une anxiété relativement permanente avec des crises d'angoisses l'obligeant à rentrer chez elle. A l'examen, le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas trouvé d'éléments en faveur d'une anxiété généralisée, ou d'une claustrophobie, relevant uniquement que l'assurée faisait mention de rituels de vérification. Le rapport relevait encore, concernant les troubles de conduite, des périodes de boulimie quasi quotidiennes, une consommation d'alcool entre 2000 et 2004 jusqu'à 2,25l de vin par jour et un tabagisme de 10 et 20 cigarettes par jour. Le rapport mentionnait enfin une assurée qui «en 2007, si elle se sent différente, [...] décrit un état stationnaire depuis 03».

Le rapport SMR du 28 décembre 2007, résumant les résultats de l'examen sous l'approbation du Dr H. \_\_\_\_\_, a mis en évidence «une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger», conforme aux critères d'une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail ainsi que des traits de personnalité évitante, "avec un besoin de sécurité en restant chez elle" et un sentiment d'incompétence sociale. Le médecin reprenait les conclusions de l'examen pour relever que si l'assurée avait une perception d'elle-même comme incompétente et un intense besoin de sécurité en ne quittant pas sa maison, il s'agissait là d'autant de traits de personnalité anxieuse mais qui n'en constituaient pas pour autant un trouble de la personnalité. Il soulignait diverger ainsi de l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_ au motif que, selon la CIM-10, le diagnostic de dépression anxieuse ne pouvait être persistant. Il relevait aussi que ce trouble avait

une intensité «strictement superposable à celui de la dysthymie». Le rapport concluait qu' «il est communément admis que l'intensité d'un trouble anxieux et dépressif mixte ou d'une dysthymie n'est pas suffisante pour constituer une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée».

Sur base de cet avis, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision du 8 janvier 2008, par laquelle elle refusait d'allouer ses prestations, affirmant que l'examen clinique du SMR se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical. L'Office retenait encore que les conclusions du rapport établi par le SMR étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, de sorte qu'elles avaient pleine valeur probante.

Par courrier du 29 janvier 2008, suivi d'un autre du 3 mars, l'assurée a exprimé son opposition à ce projet de décision, auquel elle reprochait de ne pas tenir compte de l'avis de ses médecins traitants.

Dans une lettre datée du 9 avril 2008 adressée au médecin-conseil de l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH et nouveau médecin traitant de l'assurée, a réaffirmé l'existence d'un épisode dépressif sévère et récurrent avec des tentatives de suicide sévères, des phases de dépendance alcoolique et une "boulimie nerveuse". Il décrivait un tableau compliqué par un trouble panique avec agoraphobie sévère et une dépendance aux benzodiazépines. Il diagnostiquait un "grave trouble de la personnalité décompensé de type borderline avec des traits évitants". Le médecin relevait que le tout survenait dans un contexte de rupture conjugale, d'un vécu de mobbing à la place de travail et d'antécédents d'enfant adoptée ayant évolué vers une fragilité de type abandonnique, réactivée dans le contexte de séparation. Le Dr F.\_\_\_\_\_ concluait en reprochant au rapport SMR du Dr D.\_\_\_\_\_ de n'avoir mis en évidence que le seul diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail, en occultant les

autres diagnostics invalidants et surtout en ne rendant pas compte de la gravité du trouble de la personnalité sous-jacent chez l'assurée.

Par courrier du 14 mai 2008, V.\_\_\_\_\_, par son conseil, Me Agier d'Intégration handicap, a souligné que la lettre du Dr F.\_\_\_\_\_ montrait que le nouveau médecin psychiatre de l'assurée partageait l'avis de l'ancien, soit le Dr T.\_\_\_\_\_, et que ses conclusions rendaient difficilement crédibles celles du Dr D.\_\_\_\_\_. En conséquence, l'assurée demandait à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante et neutre.

Dans un avis médical du 23 juin 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les critiques faites par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 9 avril 2008, pour considérer que l'appréciation du SMR suite à l'examen de novembre 2007 avait bien pris en compte les éléments anamnestiques évoqués (adoption, alcoolisme et violence du mari, questions d'éducation et de relation avec les 2 enfants, la séparation et le divorce de l'assurée). Il relevait que la patiente présentait un alcoolisme mais, puisqu'elle avait prouvé sa capacité de s'abstenir, aucun empêchement, secondaire à la consommation d'alcool dans le passé, ne venait justifier une incapacité de travail. Le Dr H.\_\_\_\_\_ se référait aussi aux déclarations de l'assurée qui considérait son état comme stationnaire depuis 2003. Il en concluait que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ n'était qu'une appréciation différente d'une situation similaire, sans faits nouveaux, de sorte que les conclusions de l'examen auprès du SMR devaient être maintenues.

Par décision du 11 juillet 2008, l'OAI a nié à l'assurée tout droit aux prestations, considérant qu'elle ne présentait aucune invalidité. L'OAI motivait essentiellement sa décision par les résultats de l'examen du 22 novembre 2007 auprès du SMR et le caractère probant qui devait être reconnu à celle-ci.

**D.** Par acte du 8 septembre 2008, V.\_\_\_\_\_ a recouru après du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise

psychiatrique puis, au fond, à la réforme de la décision attaquée dans le sens d'un constat d'une invalidité de la recourante au sens de l'art. 7 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et au renvoi à l'OAI pour fixation des prestations.

A l'appui de son recours, V. \_\_\_\_\_ a déposé un rapport établi le 15 juillet 2008 par le Dr F. \_\_\_\_\_ à l'attention du médecin-conseil de la caisse de pensions de l'assurée. Le médecin y reprenait en substance les diagnostics figurant déjà dans sa lettre du 9 mai 2008 et attestait une incapacité de travail totale de sa patiente. Le Dr F. \_\_\_\_\_ préconisait une prise en charge par "Intégration pour tous", de même qu'une réhabilitation professionnelle par l'AI, après avoir fait le constat pour l'assurée d'un :

"état psychique fortement perturbé avec une atteinte thymique et anxieuse de type majeur ainsi qu'une conduite dépendante-agoraphobique dans un contexte régressif, partiellement rebelle au traitement antidépresseur et psychothérapeutique administré, dont découlent des limitations fonctionnelles handicapantes sur le plan du travail".

L'OAI a répondu au recours par acte du 17 décembre 2008. Prenant appui sur la jurisprudence, l'Office considérait que l'expert du SMR avait expliqué les raisons pour lesquelles il ne partageait pas l'avis du médecin traitant et que l'avis et les critiques formulées par le nouveau médecin traitant de la recourante ne fournissaient pas d'explications qui permettaient de remettre en cause la valeur probante de l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_.

Dans un second échange d'écritures, la recourante a appuyé, dans une réplique du 4 février 2009, sa demande préalable d'une expertise indépendante, tandis que, par une duplique du 4 mars 2009, l'OAI a à nouveau défendu la pleine valeur probante de l'examen du SMR et maintenu ses conclusions.

**E.** Considérant qu'entre autres éléments, des tentatives de suicides étaient mentionnées par le psychiatre traitant qui avaient apparemment été ignorées par le médecin du SMR, la Cour, par la juge

instructrice, a décidé la mise en œuvre d'une expertise, entendu les parties sur le choix de l'expert et les questions à poser, puis a désigné et confirmé, en date du 22 mars 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, à Fribourg, en tant qu'expert.

Dans une expertise du 3 février 2011, comprenant près de 100 pages, le Dr R.\_\_\_\_\_ a considéré notamment ce qui suit:

"Synthèse des diagnostics retenus

[...]

Dans le chapitre A, Troubles de l'humeur, j'avais retenu au moment de l'expertise, « faute de mieux », un Trouble affectif persistant autre F 34.8 largement secondaire aux affections sous-jacentes et faisant possiblement suite à un Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission F 33.4 ou/et, entre 1998 et 2005, à des troubles thymiques secondaires à la consommation d'alcool.

Si le détail des variations ne peut être retracé, il est cependant évident que l'importance de cette dimension n'est actuellement plus ce qu'elle était.

Dans sa forme initiale, ce trouble pouvait, en tant que trouble affectif récidivant et secondaire, avoir contribué à l'incapacité totale de travail attestée par les confrères dans une mesure importante, voire même expliquer totalement celle-ci, en particulier dans la période entre 2001 et 2004.

Depuis, il a considérablement régressé et ne constitue plus un obstacle majeur. Je ne suis pas en mesure de préciser la date à laquelle l'incapacité de travail due à ce facteur est tombée en dessous de la barre des 70%.

Actuellement, l'incapacité se situe dessous d'importance clinique depuis 2007 environ.

Dans un emploi adapté sous l'angle du diagnostic invoqué, la capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement d'environ 5% après une période de réentraînement au travail.

Dans le chapitre B: trouble anxieux, j'ai retenu l'agoraphobie F 40.0, que je fais remonter au moins à 1999, si ce n'est à l'enfance, et qui, je le rappelle, comprend aussi des phénomènes anxieux autres, comme les attaques de panique et les compulsions.

Le début de l'agoraphobie n'est pas défini. Je crois qu'elle s'est accentuée après la fin de l'activité professionnelle et empêcherait actuellement massivement l'exercice de cette dernière, par un absentéisme important.

Comme elle affecte massivement la capacité de se déplacer, l'agoraphobie ne permet sans restriction qu'un travail à domicile.

Si le moment de la guérison n'est pas prévisible, il est cependant possible, et une presque restitutio ad integrum peut être escomptée à terme avec un traitement adéquat.

Dans un emploi adapté, il n'y a pas de limitation significative directe de la capacité de travail. Par contre cela entravait largement la capacité de travail dans l'emploi perdu, si elle avait dû le reprendre.

Les troubles anxieux ont été en outre invalidants par l'alcoolisme secondaire qu'ils ont entraîné entre 1999 et 2005 et ils

entretiennent toujours la consommation de benzodiazépines dont l'impact négatif a été exposé.

L'exacerbation des troubles compulsifs depuis l'arrêt de l'alcool augmente les retards et baisse la rentabilité que j'évalue à 15%, depuis 2005.

Les troubles anxieux, empêchent actuellement une vie autonome sur le plan professionnel et social et interfèrent massivement avec les capacités d'adaptation et de persévérance.

Une évolution favorable est en cours et sa poursuite peut être espérée, avec une incidence sur la capacité de travail dans l'ancien emploi dans un laps de temps se situant entre quelques mois et quelques 2-3 années.

Dans un emploi adapté, l'agoraphobie ne constitue en soi que des limitations marginales, liées à des démarches d'évitement qui réduisent le rendement. La capacité de travail résiduelle peut être considérée comme pouvant devenir sub-totale (85%).

La difficulté réside dans la mise en place d'un tel emploi à domicile (p.ex. animatrice de forums ou web-master.)

Dans le chapitre C, traitant des troubles de la personnalité, j'ai diagnostiqué un Trouble de personnalité dépendante F 60.7 présent depuis l'adolescence.

Le trouble n'a pas d'incidence marquée sur l'aptitude à travailler dans un contexte normal, mais peut conduire plus vite à la décompensation sous l'effet de contraintes comme celles qu'elle a rencontrées dans son dernier emploi (difficulté à faire face, supérieur peu compréhensif, demandes inadéquates demandant une capacité de mise à distance).

Dès juillet '03, l'incapacité était totale. Il existe encore actuellement une diminution de rendement notable, liée au déconditionnement et au manque de confiance en soi, de l'ordre de 20 %. Cette perte de rendement est surtout marquée si elle doit travailler de façon autonome et sans schéma conducteur.

Dans un emploi adapté, le rendement sera initialement diminué de 20 % environ. Il deviendra normal par la suite.

Dans le chapitre D, traitant des phénomènes post-traumatiques et en particulier dissociatifs, j'ai retenu un Trouble dissociatif non spécifié qui limite la capacité d'interagir adéquatement par les phénomènes dissociatifs de façon intermittente, imprévisible et sensible au contexte et peut affecter la capacité de compréhension.

Il faut voir dans ce trouble, comme dans l'agoraphobie, dans la boulimie atypique, dans le tabagisme et la consommation de benzodiazépines des recherches de solution de l'assurée à son besoin d'éviter les retombées de ses vécus traumatiques.

Pour cette raison, ces troubles sont des pis-aller qui n'entraînent pas autant de plaintes que l'on pourrait s'y attendre, d'autant plus que des traumatismes portent en eux-mêmes atteinte à l'identité, au sentiment d'exister et à l'envie de vivre.

La capacité de travail est ainsi très dépendante de l'absence ou de la présence de déclencheurs. (...).

Pour réussir la réhabilitation professionnelle, il faut minimiser le risque de déstabilisation psychotraumatologique au cours de la phase 2 du plan de traitement présenté ci-dessous, l'incapacité de travail totale est donc nécessaire à la bonne marche du processus thérapeutique et de réhabilitation au cours de la phase 2.

(...)

L'incapacité était de 100% dès 7.2003. La part des phénomènes dissociatifs est difficile à pondérer. L'ancienne place de travail est contre-indiquée. Une nouvelle activité dans un domaine adapté et la restauration d'une capacité de travail normale sont possibles, avec une prise en charge optimale dans des conditions favorables, d'ici deux à trois ans environ.

Le trouble limite considérablement les capacités de réadaptation, ce qui explique la longueur de ce délai.

Dans le chapitre E phénomènes addictifs j'ai retenu:

#### Alcool

Une dépendance secondaire à l'alcool a existé entre 1998 et 2004 au moins. En dehors d'un status (en fin de compte assez discret) après abus d'alcool persistants et massifs, il n'y a plus lieu de diagnostiquer de trouble en lien avec l'abus d'alcool. Il n'y a en particulier plus de dépendance à l'alcool depuis presque 5 ans.

#### Benzodiazépines (Tranquillisants)

Depuis 1988, il existe une utilisation iatrogène continue de benzodiazépines qui ne peut être stoppée brusquement, sans désaccoutumance.

Elle permet de contrôler les phénomènes anxieux, la tension intérieure liée au TDAH et les submersions émotionnelles liées au TDNS, le risque de reconsommation d'alcool et la consommation excessive de tabac, mais elle est contre-productive (...).

La CIM-10 permet dans ce contexte de parler de syndrome de dépendance aux benzodiazépines avec consommation persistante F13.25, mais en l'absence de comportements addictifs et de perturbations liées à cette prescription, cela semble problématique. (...)

Je n'ai pas été en mesure de quantifier l'impact de ce facteur sur la capacité de travail.

Une désaccoutumance n'est contributive à une amélioration que si les problèmes sous-jacents peuvent être traités efficacement, faute de quoi, une rechute ou le glissement vers une autre forme de dépendance est programmée.

#### Tabac

Depuis l'adolescence il existe un tabagisme important, avec des bronchites à répétition et une péjoration des tendances asthmatiques.

La tendance est à la diminution de la consommation et à l'augmentation du retentissement de cette consommation sur l'état de santé physique de la patiente. Il s'agit là encore d'une dépendance secondaire, liée aux phénomènes anxieux, dissociatifs et surtout aux tensions en lien avec le TDAH. Un arrêt risque, en l'absence de mesures adéquates, de conduire non seulement vers les symptômes de sevrage habituels et une éventuelle prise de poids, mais aussi vers une aggravation des symptômes de TDAH.

On peut donc retenir un syndrome de dépendance avec consommation persistante de tabac F 17.25.

Parce qu'il oblige à des « pauses cigarette » ce facteur tend à diminuer la productivité au travail dans une faible mesure, environ 5 % (en comptant 2 h/ semaine, soit deux pauses par jour ouvrable). Dans une activité adaptée à cette dépendance comme un travail à domicile, cette diminution n'existe pas.

La consommation excessive de café depuis l'adolescence n'a pas d'incidence directe sur le travail, mais affecte le sommeil et la

désorganisation des rythmes quotidiens. Elle est liée aux troubles du sommeil, au TDAH et renforce le tabagisme.  
(La consommation de dérivés cannabinoïdes n'est plus actuelle)

Dans le chapitre F relatif aux troubles du comportement, en particulier alimentaire, j'ai retenu le diagnostic de: Boulimie atypique F 50.3, et l'obésité secondaire comme ayant une incidence sur la mobilité qui peut affecter la capacité de travail et de réhabilitation. Toutefois, j'ai jugé la part de l'incapacité de travail dans l'emploi ancien, comme faible voire négligeable.  
(...).

Le pronostic de la boulimie est conditionné par le traitement du TDAH, du TDNS avec les traumatismes sous-jacents, du traitement de l'apnée du sommeil et des autres facteurs de perturbation du sommeil.

Dans le chapitre G autres problématiques psychiatriques, j'ai été amené à retenir un Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité forme mixte, adulte selon les critères du DSM IV.

Ce trouble a jeté les bases des difficultés relationnelles avec le père qui, par manque d'information, a appliqué des stratégies éducatives pouvant fonctionner chez une personne non atteinte, mais pas chez la patiente, qui n'avait qu'une capacité très limitée à corriger ses erreurs suite à des échecs ou punitions. Le développement d'une personnalité dépendante peut être vu comme une tentative de résolution de leur conflit par l'abdication.

Le trouble a interféré de façon modérée avec la formation (ce qui implique de bonnes ressources chez la patiente), il explique partiellement les fréquents changements d'emploi, favorise certainement les problèmes de sommeil et de rythme nyctéméral (veille/sommeil) et la déstructuration de l'organisation de la journée. Il explique aussi les difficultés à s'organiser et à entreprendre qui ont débouché sur la proposition d'une curatelle.

Dans ce contexte, l'exercice d'une activité lucrative comme secrétaire peut être considéré comme une réussite n'allant pas de soi, une performance, car l'emploi n'est pas bien adapté.

Il s'agit donc d'un trouble handicapant surtout la vie quotidienne et la qualité de vie et, de façon moindre, mais tout de même significative, la capacité de travail, touchant tant la capacité de concentration, la compréhension, la faculté d'adaptation (ils sont aussi parfois pris en grippe par des tiers) et limitant le rythme de travail, ralenti parce que l'assurée perd le fil, se perd dans des détails et manque de continuité.

L'histoire de cette patiente montre aussi combien ce trouble est redoutable par les comorbidités et les complications qu'il peut entraîner: En l'absence de traitement surtout, il renforce les tendances auto-destructrices posttraumatiques, les troubles anxieux comme les conduites d'évitement, il péjore aussi bien la perturbation des conduites alimentaires que les addictions, il réduit la capacité de collaboration, mine l'estime de soi (les personnes touchées tout comme leur entourage sont convaincus qu'il suffirait d'un peu de volonté pour mieux faire) et va de pair avec des moments de dépression intense de brève durée (quelques heures à quelques jours) rendant la performance peu prévisible. Il multiplie par huit le risque de tentatives de suicide à l'âge adulte, une autre raison d'absence et un signe perçu comme une marque de peu de

fiabilité. Il affecte aussi la capacité de conduire et le risque d'accidents.

Il faut noter que dans ce trouble il persiste de grandes différences entre les moments où le médicament agit ou quand il n'agit pas, ce qui est notable en cas d'oubli ou d'imprévu:

L'inconstance est caractéristique: En l'absence de traitement, la capacité de travail est grandement réduite, surtout en cas de stress excessif, d'absence de «guide-line » ou de routine entraînant le désintérêt: Les oublis, les étourderies, les retards, les interruptions de tâche ont des conséquences néfastes sur la performance, Par contre, sous l'effet d'une pression optimale avec une tâche captivante, pas trop longue et gérable, les performances peuvent dépasser les attentes.

Dans son ancien emploi et même dans un emploi adapté en phase initiale il faut compter avec une diminution de rendement, qui pouvait avoisiner 50 %, voire plus dans la phase de stress liée aux difficultés conjugales et professionnelles. Or, même avec le traitement, l'activité antérieure n'est pas celle d'un emploi bien adapté. La capacité de travail dans un emploi adapté, actuellement toujours limitée à 50% peut, avec un traitement approprié, être augmentée progressivement et finir par avoisiner 80% voire 100%, dans un emploi comme web-master ou animatrice de forum.

Un emploi qui exigerait de fréquents déplacements en véhicule serait également inadéquat, tant qu'une bonne compliance au traitement ne peut être réussie par la patiente dont le problème est d'oublier.

Dans le chapitre H, affections somatiques, retenons

Une obésité tronculaire massive, dont les incidences sur la mobilité ont été discutées avec la boulimie atypique qui en est la cause principale. Cette obésité va de pair avec des dorsolombalgies et des arthralgies dans le cadre d'une évolution arthrosique. (...)

Une hypertension artérielle susceptible de limiter les possibilités de traitement du TDAH, mais sans incidence directe sur la capacité de travail.

Un tabagisme chronique favorisant des bronchites asthmatiformes et un syndrome obstructif chronique et dont l'incidence sur le travail est pour l'instant minime.

La présence d'une somnolence diurne excessive avec la possibilité d'un trouble du sommeil spécifique a été évoquée. Ce problème pourrait correspondre au résultat d'un ensemble de pathologies et doit être davantage exploré. Il limite la capacité de travail dans n'importe quelle activité dans une mesure significative (50-100%), mais pourrait bien répondre éventuellement aux mesures thérapeutiques ad hoc. Un traitement psychostimulant (off-label) est parfois préconisé dans les somnolences résiduelles, car il a un effet favorable.

La possibilité d'une vision mal corrigée doit être vérifiée. (...)

La possibilité d'une hypoacousie g avec acouphène g.

L'assurée dit entendre moins bien de l'oreille gauche et y avoir un acouphène d'intensité modéré. Ni l'un ni l'autre n'a été investigué.

Ce point peut diminuer la capacité de travail et surtout de réhabilitation.

Des cas de disparition d'un acouphène spontanément ou suite à un traitement par EMDR sont décrits.

L'absence de problématique gynécologique doit être vérifiée et le contact avec un gynécologue établi, mais cet aspect est sans incidence sur la capacité de travail.

#### Evolution de l'incapacité de travail

L'aptitude au travail de l'assurée a été affectée de façon variable par une multitude de problèmes en interaction. De ce fait, les taux d'incapacité ne peuvent être simplement additionnés.

Je me contenterai ici d'éclairer ces variations au cours des dix dernières années.

Parmi les constantes, on trouve sa personnalité dépendante, son TDAH, sa consommation de benzodiazépines (qui elle aussi favorise les oublis), ses boulimies et son obésité, qui toutes, en temps favorable, pèsent sur le rendement davantage que sur la capacité de faire du travail, avec une baisse de rendement évaluée à 25%.

Au moment des crises, les phases dépressives, les phénomènes dissociatifs, les problèmes de sommeil et les problèmes liées au TDAH se sont cumulées pour atteindre une incapacité médicalement attestée. Elle est totale dès juillet 2003.

Dans l'intervalle, les moindres exigences de la vie sans travail ont permis une stabilisation, d'abord par des pseudo-solutions puis, en particulier depuis le début de la prise en charge au [...], par l'organisation d'un rythme et l'ouverture de nouvelles perspectives. Les phénomènes dépressifs et dissociatifs ont diminué et surtout la consommation d'alcool a cessé, permettant d'espérer une reprise de l'activité lucrative.

Or, l'on avait assisté avec la perte de l'emploi à l'intensification des troubles anxieux, des comportements d'évitement, agoraphobes en particulier, et des compulsions, qui interfèrent drastiquement avec la capacité de la patiente à mener une vie autonome.

Ils démontrent le caractère secondaire de la consommation d'alcool qui masquait antérieurement ces troubles.

La désinsertion socio-professionnelle favorise la déstructuration des rythmes de vie, au point que l'on se retrouve avec une patiente qui passe le clair de son temps couchée devant la télévision ou chattant à 3 heures du matin sur internet sans qu'il soit évident, vu de l'extérieur, ce qui l'empêcherait de faire plus d'efforts.

Avec la prise de poids, l'apnée éventuelle du sommeil pourrait encore avoir «scellé» cette évolution, en exacerbant la somnolence diurne déjà accrue par un sommeil perturbé de longue date pour de multiples raisons et partant, péjorant le trouble de concentration, l'impulsivité, l'irritabilité, les fringales, la mauvaise estime de soi et l'hypoactivité.

La négligence d'elle-même, l'agoraphobie et la procrastination (typique du TDAH) a conduit à un retard dans la gestion de ses affaires, une absence de consultations pourtant nécessaires auprès de l'ophtalmologue, de l'ORL et du gynécologue.

J'ai cependant tenté de démontrer qu'un simple mouvement de volonté n'aurait à aucun moment suffi pour que les choses s'arrangent de façon significative et que la patiente a fait les efforts que l'on était en droit de lui demander pour s'en sortir.

Elle a cessé de boire, tenté de maigrir, elle a demandé un suivi, elle a cherché à préserver la continuité, elle accepte finalement d'aller au [...] et d'y participer plutôt activement aux activités.

1) Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail (...)

- Trouble dissociatif non spécifié selon DSM IV (depuis l'enfance).
- Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, forme adulte mixte selon DSM IV (ayant débuté dans l'enfance).
- Agoraphobie F 40.0 (débutant dans l'enfance et exacerbé dès 2003).
- Trouble dépendant de la personnalité (dès l'enfance).
- Syndrome de dépendance et utilisation continue de tabac et café F 17.25, F 15.25.
- Obésité tronculaire massive avec possible syndrome métabolique.
- Trouble du sommeil probablement lié à un syndrome d'apnée du sommeil (début insidieux de longue date).
- Trouble de la vision insuffisamment corrigé (début insidieux).
- Hypoacousie g (début insidieux).

2) Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (...)

- Trouble affectif persistant autre F 34.8
  - Boulimie atypique F 50.3.
  - Acouphène g
- Hypertension artérielle traitée  
Asthme bronchique allergique  
Dorsolombalgies, arthralgies et oedèmes sur obésité

5) Discussion, synthèse, chronologique, appréciation et pronostic

Facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail.

La capacité de travail est clairement affectée par le maintien des liens avec des agresseurs jouant le rôle de déclencheur, dont la mère biologique, le père adoptif (avec lequel la relation est ambivalente), l'ex-mari, le frère et le fils aîné.

Le statut d'assistée qu'elle occupe auprès de ses parents constitue un bénéfice secondaire non négligeable. Sa situation familiale rend une émancipation difficile.

L'âge de la patiente fait que même si elle recouvre une capacité de travail médico-théorique, son engagement par un employeur devient de plus en plus difficile. Sa situation financière et asséculo-logique ne permet pas d'office le financement de prescriptions éventuellement off-label nécessaires au processus de guérison en lien avec le TDAH.

Synthèse de l'évolution chronologique de l'état global de la patiente

L'assurée a connu des influences nocives prénatales liées au mode de vie de sa mère et des traumatismes précoces liées à son placement en pouponnière. Son placement dans la famille nourricière était lié à de l'insécurité en rapport tant avec son appartenance à cette famille qu'à la sévérité des sanctions du père adoptif dès la scolarité.

L'adoption à 8 ans coïncide aussi approximativement avec le début des abus sexuels répétés par son frère adoptif et entre 10 et 14 ans. Cette période serait en partie censurée par l'amnésie.

Elle fait une adolescence houleuse, mais peut se défouler en particulier par le sport (équitation).

L'émancipation par l'apprentissage semble correspondre à une période plus calme suivie dès 21 ans des démêlées avec son mari, mais dont l'amplitude augmente semble-t-il seulement vers 1998, après dix ans de mariage.

Son état se péjore alors, avec une détérioration du couple, des interactions sado-masochiques, une tentative de strangulation, des

intentions de meurtre, une augmentation de sa consommation d'alcool, des crises et des tentatives de suicide qui atteignent leur apogée entre 2001 et 2004, avec la dégradation de sa situation professionnelle.

Par la suite, les tensions avec l'ex-mari, la mère biologique, avec le fils aîné.

Depuis, elle s'est retirée dans un chez elle aux volets clos, des contacts minimaux avec l'extérieur, mais qui vont en se diversifiant. Elle a aussi pu stopper sa consommation d'alcool et reprendre la cuisine. Dans sa vie quotidienne, elle multiplie les conduites d'évitement lié à des vécus douloureux et fuit dans le rêve, le sommeil, les contacts sur internet.

Mais le contact avec les agresseurs du passé est toujours maintenu, contribuant à sa survie mais empêchant toute chance d'une évolution plus franchement positive, car ses moyens de défense sont ceux de l'époque de l'agression initiale.

Elle vit actuellement sur un mode régressif et n'aspire semble-t-il qu'à perpétuer cette situation de dépendance envers les institutions et ses parents.

#### Rappel des limitations et capacités de travail dans le dernier emploi, par diagnostics

- Trouble dissociatif non spécifié selon DSM IV (depuis l'enfance)

Ce trouble limite la capacité d'interagir adéquatement par les phénomènes dissociatifs de façon intermittente, imprévisible et sensible au contexte et peut affecter la capacité de compréhension.

Il faut y voir la meilleure solution que le psychisme de l'assurée ait pu trouver à son besoin d'éviter les retombées de ses vécus traumatiques. C'est donc l'évitement qui est le moteur central.

La capacité de travail est ainsi très dépendante de l'absence ou de la présence de déclencheurs. Ainsi, un retour à l'ancienne place de travail entraînerait selon toute vraisemblance des flash-back et une péjoration aboutissant à une incapacité totale au moins transitoire.

L'incapacité de travail dans le dernier emploi est donc totale, depuis juillet 2003. Ce trouble limite aussi considérablement les capacités de réadaptation.

Toutefois, dans un emploi adapté avec peu de facteurs de déclenchement, et surtout avec un traitement adapté, rien ne s'oppose à une lente réhabilitation totale en rapport avec ce diagnostic.

- Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, forme adulte mixte selon DSM IV (ayant débuté dans l'enfance)

- Il s'agit d'un trouble handicapant de façon significative la capacité de travail, dans l'ancien emploi comme dans une autre activité adaptée, en l'absence de traitement.

- Il touche la capacité de concentration, la compréhension, la faculté d'adaptation (Ces patients sont aussi parfois pris en grippe par des tiers), altère l'écriture, la capacité d'organisation, l'orthographe, la capacité de respecter une discipline, des règlements et limite le rythme de travail, ralenti parce que la personne atteinte perd le fil, se perd dans des détails et manque de continuité.

- Une diminution de rendement variable, en moyenne de 50 %, en résulte dans un emploi de secrétaire, qui n'est pas, en général et dans le cas particulier, un emploi adapté.

- Avec un traitement adapté et dans un emploi adéquat, la capacité de travail est à peine réduite dans le rendement par une symptomatologie séquellaire.

- Agoraphobie F 40.0 (débutant dans l'enfance et exacerbé dès 2003).

- Ce trouble est devenu invalidant surtout après la perte du dernier emploi, la question est caduque pour l'emploi antérieur. Dans un emploi adapté, seuls les phénomènes compulsifs sont susceptibles de baisser le rendement, dans une mesure variable.

- Trouble dépendant de la personnalité (dès l'enfance) ce trouble est handicapant si l'on demande un travail autonome. Il est favorable dans une constellation d'exécutante soumise.

Vu les nombreuses assurances nécessaires une diminution de rendement de 10 à 20% doit être prise en compte. même dans un emploi adapté.

- Syndrome de dépendance et utilisation continue de tabac et café F 17.25, F 15.25. Une diminution de rendement de 5% est attribuable à ce trouble pour les raisons évoquées plus haut, dans l'ancien emploi. Dans un travail à domicile adapté, ce facteur n'entre pas en compte.

- Obésité tronculaire massive avec possible syndrome métabolique. Ce trouble limite la mobilité habituellement exigée d'une secrétaire. La diminution de rendement dépend du profil de travail exigé. Le trouble limite la capacité de réhabilitation. Dans un emploi adapté à domicile, ce facteur n'entre plu en compte.

- Trouble du sommeil (à début insidieux) probablement lié à un syndrome d'apnée du sommeil (début insidieux de longue date) Ce trouble a pu jouer un rôle lors de la perte d'emploi, mais conditionne actuellement surtout une incapacité totale de travail, même dans un emploi adapté.

- Une somnolence résiduelle après traitement est possible, mais avec un traitement adéquat, elle n'est en général plus invalidante.

- Trouble de la vision insuffisamment corrigé (début insidieux) Il limite la capacité de travail (fautes d'orthographe?) mais surtout de conduite automobile, tant qu'il n'est pas corrigé. Il n'est pas sûr qu'il ait affecté nettement la capacité de travail dans le dernier emploi.

- Hypoacousie g (début insidieux) Ce trouble peut obliger de répondre au téléphone de la main droite, empêchant de prendre des notes. Pour une droitrière.

[...]

## B Influences sur la capacité de travail

### 1. Limitations en relation avec les troubles constatés

cf analyse diagnostic par diagnostic et ci-dessus le rappel des limitations.

### 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

#### 2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La capacité de concentration est limitée par le trouble du sommeil, par le trouble dissociatif non spécifié et par le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Ainsi que par la médication benzodiazépinique pour juguler les troubles anxieux.

La capacité d'adaptation est entravée par l'agoraphobie, par le trouble de personnalité dépendant, par le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, par une mobilité réduite sous l'effet de l'obésité.

La vitesse de travail est ralentie par le trouble de la concentration, par les phénomènes compulsifs, par la désorganisation liée au TDAH et par les phénomènes anxieux dans le cadre du TDNS, si le cadre n'est pas sécurisant et source de déclencheurs de flash-backs.

La fiabilité est réduite par le TDNS et par le TDAH.

#### 2.2. Description précise de la capacité de travail résiduelle

En l'absence de traitements, l'incapacité de travail, même dans une activité adaptée est totale.

2.3. L'activité exercée à ce jour est-elle encore exigible et si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Non.

2.4. Y a-t-il une diminution de rendement et si oui, dans quelle mesure ? Caduque.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical y-a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Juillet 2003.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il n'est jamais descendu en-dessous des 70%, mais les raisons médicales qui sous-tendent l'incapacité ont fluctué

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Dans une mesure très restreinte.

### C Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui plan de réadaptation, si non, pour quelles raisons ? oui cf point 2.2

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1. Si oui, par quelles mesures? cf discussion diagnostic par diagnostic et le plan de traitement ci-dessous.

2.2. L'assurée suit-elle un traitement adéquat, sinon, quel traitement devrait-elle suivre?

Le traitement actuel tient compte des pathologies déjà connues mais ne prend pas bien en compte la globalité des affections et des problèmes. Certains points ont déjà été abordés lors de la présentation diagnostic par diagnostic. Dans ce qui suit, je souhaite donner une vue plus globale, orientée vers des solutions possibles.

Projet thérapeutique et de réhabilitation

Sur le plan des processus physiopathologiques, la synthèse a permis de concevoir que les principales forces malades à l'oeuvre dans la vie de cette assurée proviennent de son passé traumatique d'une part et de son hérédité de TDAH de l'autre.

Le premier porte atteinte à son envie de vivre, à sa capacité de prendre soin d'elle, d'agir et de penser de façon cohérente et autodéterminée, le second est source de tensions, d'échecs et de désorganisation et d'une expérience répétée d'échecs ayant miné son entrain d'entreprendre. Tous deux ont débouché sur des pseudo-solutions conduisant à une amplification et multiplication des problèmes.

Tant que ces sources de problèmes ne sont pas taries, l'état de la patiente va se péjorer.

[...]

2.3. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Positive, comme décrit plus haut.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée

Oui, cf. plus haut

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Dans un premier temps, en raison de l'agoraphobie, seule une activité à domicile est envisageable. Elle pourra être mise en place dès que la correction des déficits sensoriels, du trouble du sommeil

et du TDAH sont terminés et que le travail préparatoire en rapport avec les traumatismes est assez avancé, soit approximativement dans 2 ans.

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

Le taux d'activité initial devrait être de 30 % et être augmenté dans un premier temps jusqu'à 50%. Avec l'amélioration des problèmes anxieux et alimentaires, on pourra tenter une augmentation à 60 voire 80%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Dans quelle mesure?

Initialement, le rendement sera réduit de façon importante, mais il augmentera et fluctuera avec les résultats du traitement pour se stabiliser, au mieux vers 80 à 100 % d'ici au plus tôt quatre ans.

3.4. Si aucune autre activité n'est plus possible, quelles en sont les raisons?

Actuellement et pour environ 2 ans, en raison de l'ensemble des affections diagnostiquées, l'incapacité est totale. L'ampleur de l'incapacité est principalement attribuable à l'absence de traitement pour le trouble du sommeil et pour le TDAH, la perturbation de l'acuité visuelle et auditive, la nécessité de trouver un travail compatible avec l'agoraphobie. Par la suite, cette incapacité doit être maintenue pour réussir les objectifs de la phase 2.

La réussite de cette phase paraît possible à l'heure actuelle. Toutefois, si des obstacles majeurs devaient se dresser et bloquer le processus, on les attend surtout dans cette phase 2, car le traitement psychostimulant est difficile à mettre en place, les thérapeutes compétents sont clairsemés et le financement problématique, les thérapeutes sachant contenir des angoisses et travailler sur la cohésion du moi ne sont qu'exceptionnellement habitués aussi à manier les psychostimulants et une rupture dans la continuité thérapeutique ralentit le processus.

La prise de distance avec les agresseurs, le sevrage et l'abstinence de benzodiazépines avant même le traitement des sources d'angoisse sont en soi des objectifs difficiles à réussir.

D Autres précisions à ajouter

Le présent travail a voulu non seulement apporter une appréciation différente de faits connus, mais mettre en lumière un ensemble de faits nouveaux sur le plan anamnestique, dans l'examen clinique et dans les conclusions diagnostiques.

Il conclut donc - en contradiction totale avec les conclusions du SMR - à la présence d'une incapacité de travail significative dépassant 70 % depuis 2003 et qui persistera, en tout cas plusieurs mois, vraisemblablement deux ans et pourra déboucher alors sur une capacité de travail croissante, au moins sur le plan médico-théorique. Il a aussi voulu apporter des informations sur les traitements des troubles diagnostiqués ou supposés et présenter une vue globale, coordonnant les mesures de façon interdisciplinaire et dans une véritable thérapie psychiatrique-psychothérapeutique intégrée."

Invitées à se prononcer sur l'expertise, les parties ont toutes deux réagi. La recourante, par écrit du 16 mars 2011, a modifié ses conclusions dans le sens du prononcé d'une rente entière en sa faveur avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2004. L'OAI a confirmé, le 15 mars 2011, ses conclusions de rejet du recours: elle estimait que l'expertise n'était pas convaincante et qu'elle ne répondait pas aux conditions posées par la jurisprudence pour que lui

soit reconnue valeur probante. A l'appui de ses critiques, l'OAI déposait un avis daté du 4 mars 2011 du SMR, établi par le Dr H. \_\_\_\_\_ et cosigné du Dr. K. \_\_\_\_\_, anesthésiste FMH, qui considérait notamment :

"Cette assurée est suivie sur le plan médical depuis 1987 par le Dr B. \_\_\_\_\_ tel qu'attesté dans son rapport de 2005. [...]

Sur le plan psychiatrique, elle a été suivie à partir de 2003 par le Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatre à Montreux, puis le Dr F. \_\_\_\_\_ depuis fin 2007 et en dernier lieu par le Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne, de plus elle fréquente un hôpital de jour dans une structure qui n'a pas été précisée et dont le médecin référent n'a pas été interrogé.

- Le trouble anxiodépressif chronique annoncé par le Dr B. \_\_\_\_\_ puis retenu par le Dr T. \_\_\_\_\_ en 2005 et par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 09.04.08 sous forme d'un épisode dépressif majeur et récurrent, aggravé par des tentatives de suicide sévères n'est plus repris par l'expert comme diagnostic influençant la capacité de travail. [...]

L'expert retient en page 75, un trouble dissociatif non spécifié existant depuis l'enfance, trouble qui aurait échappé aux trois psychiatres qui ont suivi l'assurée depuis 2005 et au médecin psychiatre du SMR ainsi qu'au Dr B. \_\_\_\_\_ qui suit l'assurée depuis les années 80. Une incapacité de travail est cependant retenue par l'expert depuis 2003. Le deuxième diagnostic est celui de trouble du déficit de l'attention, de l'hyperactivité, forme adulte mixte selon DSM IV ayant débuté dans l'enfance. Ce diagnostic peut être source de troubles chroniques. Il n'a cependant pas été détecté ni suspecté tant par les trois psychiatres qui ont suivi l'assurée depuis 2003 que par son médecin traitant qui la suit depuis près de 20 ans.

- L'assurée a suivi une scolarité ordinaire avec un CFC d'employée de commerce en 1983 à l'âge de 19 ans. Elle a été mariée pendant plus de 15 ans et s'est fondée une famille, Il n'existe pas d'antécédent d'hospitalisations en milieu psychiatrique ni de prise en charge psychiatrique avant les années 2000. Le trouble de la personnalité, si il existe depuis l'enfance, n'a en rien gêné la formation scolaire de l'assurée ni son insertion durable dans le monde de l'économie,

On ne suit pas un fil directeur entre les problèmes de santé psychiques dont se plaint l'assuré l'anamnèse, les signes cliniques objectifs identifiés dans le travail d'expertise et les conclusions médico-asséculo-logiques de l'expert. Si les hypothèses diagnostiques ne sont pas discutées, les éléments médicaux objectifs mis en évidence dans ce travail d'expertise sont insuffisants pour retenir ces diagnostics au sens d'une classification internationale, Il n'y a pas de fil directeur nous permettant de suivre l'expert des faits objectifs exposés, cliniques ou anamnestiques, aux conclusions diagnostiques puis médico-asséculo-logiques. Ce travail n'est pas convaincant.

- L'expert retient comme diagnostic influençant la capacité de travail après des problèmes de santé de la sphère psychiatrique, des problèmes de santé de la sphère somatique comme l'obésité tronculaire massive, le trouble du sommeil probablement lié à un syndrome d'apnée du sommeil, un trouble de la vision, hypoacousie G.

- Il n'est pas possible par exemple de savoir si le trouble de la vision insuffisamment corrigé selon l'expert continuerait d'entraver l'insertion durable de l'assurée dans le monde de l'économie s'il était corrigé, l'expert n'ayant pas jugé de mettre en place un bilan ophtalmologique.

- Il en est de même de l'hypoacousie G.  
- Quant au trouble du sommeil, que l'expert estime probablement lié à un syndrome d'apnée du sommeil, celui-ci n'est pas établi, aucun bilan adapté de type polysomnographie n'ayant été réalisé. Les empêchements secondaires à ce possible trouble du sommeil sont susceptibles de régresser franchement après mise en place d'un traitement adapté.

Nous ne sommes pas non plus convaincus que les diagnostics somatiques retenus par l'expert soient susceptibles d'entraver de façon durable la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée du monde de l'économie.

On ne voit pas comment un syndrome de dépendance, utilisation continue de tabac et de café est susceptible d'influencer la capacité de travail dans un emploi de secrétaire et d'employé de bureau.

De même, une obésité tronculaire massive avec possible syndrome métabolique étant retenue comme influençant la capacité de travail, il était du rôle de l'expert de mettre en place les investigations d'usage confirmant ou infirmant le possible syndrome métabolique.

Les limitations fonctionnelles durables secondaires aux problèmes somatiques n'ont pas été précisées.

Plaise au Tribunal de mettre en place les mesures d'instruction complémentaire afin d'établir les limitations fonctionnelles somatiques durables après traitement.

Le trouble dissociatif non spécifié, étant selon la jurisprudence assimilable à un trouble somatoforme, plaise aussi au Tribunal d'apprécier si l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ est conforme à ce que demande la jurisprudence en la matière."

## **En droit :**

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**c)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1, 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas

d'espèce (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est ainsi compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une question liée au droit à la rente.

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession voire d'un autre domaine d'activité.

Tant le droit à des mesures de réadaptation (art. 8 et ss LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI et 28 al. 1 LAI) ou menacé d'un invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-

quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

**3. a)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**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; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**4**           **a)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_206/2008 du 16 décembre 2008 consid. 2.1).

**b)** Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la

procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

**5)** Au vu des éléments médicaux au dossier, les rapports des médecins traitants laissent subsister des doutes sur le rapport du psychiatre du SMR. Compte tenu de ces divergences ainsi que des tentatives de suicides non-prises en compte dans l'avis du SMR, il s'imposait de solliciter un avis qualifié et indépendant qui viendrait départager ces opinions, raison pour laquelle une expertise judiciaire a été mise en oeuvre.

Celle-ci, établie par le Dr R. \_\_\_\_\_ comprend, comme déjà mentionné, près de 100 pages. Elle peut être qualifiée de particulièrement détaillée, ainsi qu'il résulte des larges passages cités précédemment. L'expert a décrit l'évolution d'une personnalité dont les capacités adaptatives se sont progressivement détériorées avec l'apparition de symptômes divers, dépressifs ou anxieux (auxquels peuvent se rattacher des troubles dissociatifs), et de troubles des conduites, eux aussi secondaires aux troubles de la personnalité, le tout étant compliqué d'une problématique identitaire profonde et de conséquences cliniques d'abus subis au cours de l'enfance. L'expert retient un diagnostic de personnalité dépendante et constate un Trouble dissociatif non spécifié, ainsi qu'un Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte. Sur ces deux aspects, le diagnostic de personnalité borderline, posé par le Dr F. \_\_\_\_\_, n'est pas éloigné et l'expertise montre l'existence d'une pathologie psychiatrique grave. En l'absence de traitement, l'incapacité de travail même dans une activité adaptée est totale. Ces conclusions, avec l'existence d'une incapacité de travail variable, mais supérieure à 70% depuis 2003, sont étayées tout au long du rapport. Mais, comme le relève l'expert lui-même, elles sont en contradiction totale avec celles du SMR.

L'OAI critique les conclusions du rapport d'expertise judiciaire qu'il n'estime pas convaincantes, se référant pour cela aux objections figurant dans l'avis du 4 mars 2011 émanant du SMR.

S'il convient donc dans un premier temps d'examiner ces critiques, on doit noter toutefois qu'elles émanent de médecins qui ne sont pas psychiatres (les Dr H. \_\_\_\_\_ et Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR).

Dans son rapport, l'expert judiciaire a notamment retenu un Trouble dissociatif non spécifié selon DSM IV (depuis l'enfance), en précisant que:

"ce trouble limite la capacité d'interagir adéquatement par les phénomènes dissociatifs de façon intermittente, imprévisible et sensible au contexte et peut affecter la capacité de compréhension. Il faut y voir la meilleure solution que le psychisme de l'assurée ait pu trouver à son besoin d'éviter les retombées de ses vécus traumatiques. C'est donc l'évitement qui est le moteur central. La capacité de travail est ainsi très dépendante de l'absence ou de la présence de déclencheurs. Ainsi, un retour à l'ancienne place de travail entraînerait selon toute vraisemblance des flash-back et une péjoration aboutissant à une incapacité totale au moins transitoire. L'incapacité de travail dans le dernier emploi est donc totale, depuis juillet 2003. Ce trouble limite aussi considérablement les capacités de réadaptation."

Il a aussi évoqué un Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, forme adulte mixte selon DSM IV (ayant débuté dans l'enfance), en précisant :

"Il s'agit d'un trouble handicapant de façon significative la capacité de travail, dans l'ancien emploi comme dans une autre activité adaptée, en l'absence de traitement. Il touche la capacité de concentration, la compréhension, la faculté d'adaptation (Ces patients sont aussi parfois pris en grippe par des tiers), altère l'écriture, la capacité d'organisation, l'orthographe, la capacité de respecter une discipline, des règlements et limite le rythme de travail, ralenti parce que la personne atteinte perd le fil, se perd dans des détails et manque de continuité. Une diminution de rendement variable, en moyenne de 50 %, en résulte dans un emploi de secrétaire, qui n'est pas, en général et dans le cas particulier, un emploi adapté. Avec un traitement adapté et dans un emploi adéquat, la capacité de travail est à peine réduite dans le rendement par une symptomatologie séquellaire. Le taux d'activité initial devrait être de 30 % et être augmenté dans un premier temps jusqu'à 50%. Avec l'amélioration des problèmes anxieux et alimentaires, on pourra tenter une augmentation à 60 voire 80%. Initialement, le rendement sera réduit de façon importante, mais il augmentera et fluctuera avec les résultats du traitement pour se stabiliser, au mieux vers 80 à 100 % d'ici au plus tôt quatre ans."

Il ressort dès lors de l'expertise que l'incapacité de travail, même dans une activité adaptée, est totale depuis le 1er juillet 2003. Elle persistera, en tout cas plusieurs mois, vraisemblablement deux ans et pourra déboucher si les traitements sont correctement effectués alors sur une capacité de travail croissante, au moins sur le plan médico-théorique (dans environ quatre ans). Le degré d'incapacité de travail n'est jamais descendu en-dessous des 70%, mais les raisons médicales qui sous-tendent l'incapacité ont fluctué.

Les premières critiques du SMR se fondent sur le doute que jetterait sur l'expertise la découverte de nouvelles problématiques, ignorées par une suite de médecins traitants. On doit toutefois relever que l'expert a pris soigneusement en compte ce suivi, notamment un traitement psychothérapeutique par délégation auprès de Mme C. \_\_\_\_\_ chez le Dr L. \_\_\_\_\_, à Lausanne, ainsi que la fréquentation par la recourante du [...], institution placée sous la responsabilité du Dr X. \_\_\_\_\_ (à cet égard : cf. les rapports du 25 janvier 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_ et de Mme C. \_\_\_\_\_, demandés par le Dr R. \_\_\_\_\_ et intégrés à son expertise [p. 90ss]). C'est donc en toute connaissance de cause et avis actualisés pris auprès des psychiatres traitants que l'expert considère que la symptomatologie thymique n'est pas prévalente dans l'incapacité de travail, cela au contraire d'autres diagnostics qu'il a déterminés.

Dès lors, l'expertise s'est en effet écartée de l'avis des médecins traitants, mais le fait qu'un expert indépendant aboutisse à d'autres conclusions, dans le cadre d'un examen qu'il faut bien considérer comme extrêmement fouillé n'aboutit pas à douter de son avis. C'est d'autant moins le cas lorsque, comme ici, l'expertise suit une méthode stricte, exposant de manière systématique les raisons qui ont fondé l'opinion cas échéant divergente de l'expert. En définitive, il était précisément de la compétence du Dr R. \_\_\_\_\_ de relever des aspects diagnostics qui auraient jusque là échappé aux autres médecins et de les rapporter en les justifiant.

La critique de l'expertise que le SMR veut tirer du cursus de l'assurée ne convainc pas plus. On sait que le caractère évolutif d'un trouble de la personnalité peut ne pas empêcher le malade de suivre une formation et d'exercer une activité professionnelle. La crédibilité de l'expertise est d'autant moins en cause sur ce point qu'elle s'attache bien à relater l'évolution de la recourante et à détailler les causes d'incapacité, y compris celles dont l'expert considère qu'elles sont passées au second plan, voire ont disparu (cf. par exemple, expertise p. 25).

En ce qui concerne l'abandon par l'expert de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ quant à un "épisode dépressif majeur et récurrent", la partie 4) de l'expertise ("analyse diagnostic par diagnostics"), notamment dans ses chapitres A ("Troubles de l'humeur") et B ("Troubles anxieux"), expose de manière claire, détaillée et convaincante, l'évolution du trouble anxiodépressif relevé par les psychiatres traitants, son influence à l'époque et actuellement sur la capacité de travail de l'assurée, son évolution, son lien avec l'alcoolisme et les dépendances, ainsi que les raisons pour lesquelles il se justifie actuellement de se distancer de l'appréciation des psychiatres traitants de l'époque (expertise, p. 23ss, 25).

S'agissant des diagnostics de trouble dissociatif non spécifié (expertise, p. 52ss) existant depuis l'enfance, de trouble de déficit de l'attention et de l'hyperactivité, forme mixte adulte, l'expert psychiatre explique là aussi de manière très détaillée les éléments qui ont décompensé ces troubles de la personnalité, leur influence durant la vie et sur la capacité de travail de l'assurée ainsi que les traitements qui pourraient éventuellement améliorer la capacité de travail dans les 2 à 4 ans (expertise, p. 50ss, 70ss, 80ss).

Les critiques de l'OAI visent aussi l'absence alléguée d'un fil directeur entre les problèmes psychiques, l'anamnèse, les signes cliniques et les conclusions médico-asséculo-logiques. Il suffit toutefois de lire l'expertise pour constater que son auteur s'est non seulement appliqué à

décrire minutieusement les observations objectives faites lors de son expertise, mais également le fil directeur de l'évolution de toutes les atteintes psychiques de l'assurée, leur implication sur la capacité de travail durant toute la période litigieuse ainsi que les fluctuations de la capacité de travail de l'assurée. Il a chaque fois discuté les diagnostics posés par ses confrères, leur évolution et le cas échéant les raisons pour lesquelles il y avait lieu de s'en écarter. L'expert expose notamment de manière convaincante en quoi il se distance, soit de l'opinion des médecins traitants (cf. par exemple expertise p. 23ss, 25 déjà citée) ou de l'avis du SMR (cf. par exemple: 4.A, No.6, p. 24s).

En ce qui concerne les problèmes de santé de la sphère somatique, leur influence sur la capacité de travail de l'assurée est mineure (5% pour le tabac par exemple) et les mesures à mettre en place pour y remédier peuvent rapidement être prises. En dépit de la demande du SMR quant à la tenue d'une nouvelle expertise sur ces points, on doit constater que la précision des limitations fonctionnelles somatiques n'est pas nécessaire puisque l'incapacité de travail est principalement provoquée par les atteintes psychiques. Au demeurant, le Dr R. \_\_\_\_\_ expose clairement les limitations ainsi que les traitements, de sorte qu'on ne peut pas parler de limitations durables. Partant, si l'expertise évoque ces points, on peut y voir un souci d'exhaustivité et de méthodologie. Ils n'en restent pas moins secondaires. Dans cette mesure, les critiques portant sur des éléments du rapport qui sont sans réelle influence sur l'invalidité ne sont pas pertinentes.

On relèvera enfin que l'expert n'a pas posé de diagnostic de troubles psychiques en relation avec des troubles somatiques, par exemple trouble somatoforme indifférencié ou de somatisation, mais bien de trouble dissociatif non spécifié. La dernière remarque du SMR n'est donc pas pertinente médicalement puisqu'il y a là des registres différents entre les troubles dissociatifs (CIM-10 F44) et ceux somatoformes (CIM-10 F45). A cet égard, l'expert démontre bien la présence d'un syndrome de déréalisation/dépersonnalisation.

Au demeurant, l'application de la jurisprudence sur les troubles somatoformes et la question particulière de l'exigibilité n'y changeraient rien. L'expert a, à plusieurs reprises, indiqué pourquoi l'on devait considérer que l'assurée avait fait tous les efforts que l'on était en droit d'attendre d'elle, en relevant notamment que l'exercice du métier de secrétaire par V. \_\_\_\_\_ avait déjà été une réussite qui n'allait pas de soi (expertise p. 72), puis en énumérant les efforts de la recourante (cf. notamment expertise p. 75). Dans ce cadre, il a aussi mis en lumière l'importance des conduites d'évitement de l'assurée qui ont poussé cette dernière à s'isoler, ainsi que la dépendance dans laquelle elle est envers les institutions, ses parents et ses proches, de même que le "bénéfice" qu'elle en tire, en restant aussi en contact avec "ses stressseurs".

Ainsi, l'expert judiciaire a apporté une appréciation différente de faits connus, mis en lumière un ensemble de faits nouveaux sur le plan anamnestique, dans l'examen clinique et dans les conclusions diagnostiques. Il a aussi voulu apporter des informations sur les traitements des troubles diagnostiqués ou supposés et présenter une vue globale, coordonnant les mesures de façon interdisciplinaire. Sur tous ces points, l'expertise est détaillée et motivée de sorte que l'avis du SMR ne permet pas de mettre sérieusement en doute ses conclusions. La Cour fait donc siennes les conclusions de l'expert judiciaire sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale.

L'expert a conclu à la présence d'une incapacité de travail significative dépassant 70% depuis 2003 et qui persistera en l'absence de traitement. Pour environ 2 ans, en raison de l'ensemble des affections, l'incapacité de travail est totale. Après cette période et en fonction des résultats de traitements qui devront être mis en place, la capacité de travail de l'assurée pourrait s'accroître, au moins sur le plan médico-théorique.

**6.** Dans cette mesure, la Cour, suivant ainsi l'expert, retient que la recourante doit être reconnue comme étant en incapacité de travail à plus de 70% à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, et cela dans toute activité. Il

s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire de comparer pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle (art. 16 LPGA).

Dans cette mesure, c'est l'art. 29 aLAI al. 1, dans sa version antérieure à la modification du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129), qui est applicable et c'est à l'issue du délai d'une année qu'instituait cet article, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2004, que la recourante a droit à la rente. En application de l'art. 28 aLAI, l'assurée doit pour les motifs préexposés se voir reconnaître une incapacité de gain entière, puisqu'elle a dû cesser toute activité professionnelle et n'a pour l'instant pas de capacité résiduelle de gain. Pour le reste, la rente est allouée dès le début du mois où le droit a pris naissance (art. 29 al. 2 aLAI), de sorte que, comme la recourante le fait valoir dans ses conclusions modifiées suite à l'expertise, elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr. à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 11 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en

ce sens que V. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

**III.** Il n'est pas perçu de frais.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2500 fr., à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (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).

Le greffier :