

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2011

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Métral
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. X._____, née en 1974, divorcée et mère d'une fille mineure, a suivi une formation d'aide soignante avant de travailler comme vendeuse jusqu'en juillet 2001. Hospitalisée à plusieurs reprises en raison d'épisodes dépressifs avec idées suicidaires, elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% du 27 février 2001 au 16 mai 2002, à 50% jusqu'au 31 août 2002, puis derechef à 100% depuis lors. Elle a déposé, le 28 janvier 2003, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a réuni divers avis médicaux. Dans un rapport du 18 mars 2003, les Drs [...] et [...] de l'Hôpital psychiatrique H._____ ont posé les diagnostics principaux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de phobie sociale, remontant respectivement à 1999 et 1989. Ce rapport relevait que l'assurée commençait tout juste à faire le deuil de son mariage et à maintenir un certain équilibre évitant les hospitalisations à répétition, mais qu'elle restait très fragile et redécompensait au moindre stress supplémentaire. L'incapacité de travail était donc jugée totale depuis le 10 mars 2001 à long terme dans toute activité, les médecins étant d'avis qu'une reprise du travail n'était pas souhaitable.

Le 17 janvier 2005, le Dr [...] de l'Hôpital psychiatrique H._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, existant depuis 2001 et une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il confirmait l'incapacité de travail totale depuis le 10 mars 2001 dans toute activité, tout en précisant que le pronostic était très réservé dans la mesure où l'assurée n'arrivait plus à retrouver un équilibre psychosocio-professionnel, la symptomatologie dépressive étant résistante malgré un suivi psychiatrique régulier. Selon ce médecin, une reprise du travail n'était dès lors pas envisageable.

Une expertise psychiatrique a été confiée par l'OAI au Dr L. _____ du Département de psychiatrie de[...]. Dans son rapport du 23 février 2006, ce médecin a retenu les diagnostics de phobies sociales et de personnalité émotionnellement labile, type borderline, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'agoraphobie avec trouble panique. Il constatait que les séjours hospitaliers avaient principalement eu lieu en 2001 ensuite du divorce de l'assurée et qu'une prise en charge psychothérapeutique plus orientée sur le trouble de la personnalité et l'introduction récente d'un stabilisateur de l'humeur avaient permis une amélioration de son état de santé. L'expert relevait en outre que les phobies sociales, décrites depuis 2001, étaient très marquées et avaient fait l'objet d'une prise en charge spécialisée qui n'avait pu être menée à terme en raison d'une angoisse trop importante. Il fixait ainsi la capacité de travail exigible à 50% tant dans l'activité d'aide soignante que dans celle de vendeuse, avec une diminution de rendement de 50% compte tenu de la persistance d'une importante instabilité émotionnelle et des difficultés de concentration.

L'OAI a transmis le dossier à son Service médical régional (ci-après : SMR) pour appréciation. Dans un avis du 7 avril 2006, la Dresse M. _____ a indiqué que l'expertise du Dr L. _____ n'emportait pas sa conviction, dès lors que les diagnostics retenus étaient soit minimisés, soit n'expliquaient pas l'incapacité de travail de 50% avec diminution de rendement de 50% retenues par l'expert. Elle sollicitait donc la production de toutes les lettres de sortie de l'Hôpital psychiatrique H. _____.

Dans un rapport d'examen du 30 juin 2006, la Dresse M. _____ du SMR a retenu que l'atteinte principale à la santé de l'assurée consistait en un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui avait induit une longue période d'incapacité de travail, mais qui s'était ensuite stabilisé au début de l'année 2006, de sorte que la capacité de travail exigible s'élevait à 50% dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2006.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 27 octobre 2006. Le rapport du même jour retenait que l'assurée était active à 100% et évaluait son empêchement ménager à 33,3 pour-cent. Il était précisé qu'une reprise d'activité à 50% paraissait difficilement envisageable, tant l'angoisse de l'intéressée était importante.

La Dresse A._____, psychiatre traitant de l'assurée depuis fin 2006, a posé, dans un rapport du 11 janvier 2007, les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Selon ce médecin, ces affections contre-indiquaient toute reprise d'activité, la capacité de travail demeurant nulle pour une durée indéterminée.

Le 2 février 2007, la Dresse M._____ du SMR a relevé que le rapport de la Dresse A._____ semblait confirmer son doute évoqué dans son premier avis du 7 avril 2006, dès lors que l'assurée avait de nouveau été hospitalisée et avait changé de psychiatre traitant. Elle suggérait donc de demander un rapport complet actualisé à l'Hôpital psychiatrique H._____.

Selon un rapport de l'Hôpital psychiatrique H._____ du 10 mai 2007, l'assurée a de nouveau été hospitalisée en novembre 2005, puis en novembre 2006 en raison d'une recrudescence anxiodépressive avec vellétés auto-agressives. Lors de sa dernière hospitalisation, un amendement rapide des idées suicidaires avait été observé, l'intéressée ayant pu regagner son domicile cinq jours après son admission.

Dans deux avis médicaux des 27 septembre et 16 novembre 2007, le Dr B._____ du SMR a considéré qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis le rapport d'examen de la Dresse M._____ du 30 juin 2006 et a donc confirmé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% dès le 10 mars 2001 en raison d'un trouble de la personnalité.

Le 16 novembre 2007, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente dans lequel il retenait les incapacités de travail suivantes : 100% du

10 mars 2001 au 16 avril 2002, 50% du 17 avril au 31 août 2002, 100% du 1^{er} septembre 2002 au 31 décembre 2005 et 50% dès le 1^{er} janvier 2006. Il reconnaissait ainsi de droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2002, à une demi-rente dès le 1^{er} août 2002, à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2002, puis à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2006.

L'assurée a contesté ce projet par courrier de son conseil du 14 décembre 2007, complété le 24 janvier 2008, en reprochant à l'OAI d'avoir écarté la majorité des avis médicaux à sa disposition en privilégiant l'expertise psychiatrique du Dr L._____. Elle se prévalait notamment d'un rapport de la Dresse A._____ du 16 janvier 2008, attestant que l'état psychique de sa patiente était toujours très fluctuant malgré un traitement régulier et que sa maladie psychique ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle.

L'OAI a soumis le nouveau rapport de la Dresse A._____ au Dr B._____ du SMR, lequel a considéré, dans un avis du 24 juillet 2008, que les problèmes soulevés par cette dernière avaient déjà été pris en compte dans l'expertise du Dr L._____ et que les conclusions du SMR du 30 juin 2006 pouvaient donc être maintenues.

Par décision du 22 août 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2008, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 pour-cent. Par décision du 3 octobre 2008, il lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2002, une demi-rente du 1^{er} août au 30 novembre 2002, une rente entière du 1^{er} décembre 2002 au 31 mars 2006, puis une demi-rente du 1^{er} avril 2006 au 31 août 2008.

B. Par acte du 23 septembre 2008, X._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 22 août 2008, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} décembre 2002, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle décision. Elle soutient qu'elle est

totalelement incapable de travailler dans quelque profession que ce soit, comme l'attestent unanimement ses medecins traitants et l'enquete economique sur le menage effectuee en 2006. Elle reproche en substance a l'OAI d'avoir ecarte sans motif ces avis medicaux au profit du rapport d'expertise du Dr L._____, dont elle refute la valeur probante, et sollicite par consequent la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. A l'appui de son recours, elle a produit notamment un rapport de la Dresse A._____ du 12 septembre 2008, qui confirme l'incapacite de travail totale dans toute activite pour des raisons psychiques.

Dans sa reponse du 16 fevrier 2009, l'OAI a propose d'interpeller le Dr L._____, afin qu'il precise si la diminution de rendement de 50% retenue dans son rapport d'expertise s'applique sur l'incapacite de travail a 50%, auquel cas la capacite de travail effective serait de 25%, ou si cette diminution de rendement doit etre comprise sur un 100%, auquel cas elle se confondrait avec la notion d'incapacite de travail.

Le 26 juin 2009, le Dr L._____ a precise que la capacite residuelle de travail s'elevait a 50%, de sorte que l'assuree etait a meme de travailler huit heures par jour avec une diminution de rendement de 50 pour-cent.

Au vu de ces explications, l'OAI conclut, dans son ecriture du 30 juin 2009, au rejet du recours.

Dans sa reponse du 7 octobre 2009, la recourante considere que l'avis isole de l'expert L._____, qui l'a examinee plus de trois ans auparavant, ne devrait pas l'emporter sur les observations circonstanciees de l'ensemble des medecins consultes, qui s'accordent a lui reconnaitre une incapacite totale de travail dans toute activite a tout le moins depuis le mois de septembre 2002. Elle reitere donc sa requete d'expertise judiciaire.

Dans sa duplique du 10 novembre 2009, l'OAI maintient sa position.

C. Le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, qu'il a confiée au Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 21 juillet 2010, celui-ci pose les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, d'intensité fluctuante dans le passé, actuellement en rémission, d'état anxieux de moyenne intensité (anxiété flottante, anxiété généralisée), avec tendance à la phobie sociale associée, et de troubles spécifiques de la personnalité, personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il expose en outre ce qui suit :

« Ce sont les 2ème et 3ème diagnostics qui forment encore aujourd'hui une problématique avec influence sur la capacité de travail. L'assurée présente donc de réelles difficultés liées à ces diagnostics, mais elle dispose aussi, comme dans le passé, de ressources et capacités adaptatives et évolutives. De ce fait, après la prise en considération de l'ensemble des facteurs et documents, nous retenons sur le principe une incapacité de travail durable de 50%. Comme dans le passé, cette incapacité peut momentanément augmenter selon les crises et difficultés. Mais comme l'assurée a remarqué elle-même à juste titre, ces dernières années les hospitalisations, voire moments d'aggravation ont clairement diminué.

Il est évident qu'une telle personnalité doit, dans son engagement professionnel, respecter quelques limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, à savoir éviter d'être dans un "front office" avec un contact dominant avec des clients/usagers. Il était de même pour les activités intellectuellement exigeantes ou stressantes, ce que la tentative de travail en tant que vendeuse auxiliaire (boulangerie) a montré. Là aussi, nous rejoignons l'expert précédent ainsi que les mises en garde de l'assurée elle-même. Au fond, elle a besoin d'une place de travail avec un cahier des charges clair, une attitude soutenante des supérieurs, l'absence d'une conflictualité de stress majeur, ainsi qu'un gradient hiérarchique faible. Il s'agit bien sûr d'une liste idéale, la réalité n'est souvent pas ainsi, mais nous ne pouvons ici que formuler le cadre médicothéorique pour lequel on peut imaginer l'assurée fonctionner.

Théoriquement aussi, surtout après de tellement longues périodes de déstabilisation et d'absence au marché du travail, des mesures de réentraînement, voire de stages professionnels sont indiqués. Néanmoins, ceci peut uniquement se faire avec la participation et motivation de l'assurée.

Selon la réalité économique, les deux formules sont effectivement imaginables : ou bien l'assurée travaille à 50% avec un rendement plein (100%), ou bien, avec une présence de 100% (8h/j), son rendement est à 50%. Ceci dépend du contexte professionnel dans lequel elle se trouve.

Veillez noter que l'expert n'a donné aucune information à l'assurée concernant les suites du dossier, qu'il s'agisse des propositions faites, de la durée ou du degré de l'incapacité de travail ».

L'expert a joint à son rapport trois nouveaux rapports médicaux du Service de neurochirurgie du [...], attestant que l'assurée a été opérée en octobre 2009 d'un traumatisme cervical ensuite d'une déféstration accidentelle du troisième étage dans un contexte d'éthylisme aigu. L'évolution y est décrite comme favorable, l'incapacité de travail étant totale jusqu'à la prochaine consultation.

Dans ses déterminations du 4 août 2010, l'OAI constate que les conclusions de l'expert S. _____ corroborent sa position et confirme donc ses conclusions en rejet du recours.

La recourante déclare pour sa part, dans son écriture du 25 août 2010, qu'elle n'a aucune détermination particulière à formuler. Elle argue en revanche que son accident d'octobre 2009 a eu de graves répercussions sur sa santé et ses capacités somatiques et demande à ce que cet aspect soit instruit auprès de son médecin traitant.

Dans son écriture du 2 septembre 2010, l'OAI insiste sur le fait que l'accident dont fait état la recourante est postérieur à la décision attaquée et qu'il ne saurait donc en être tenu compte dans la présente cause.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, la recourante déclare faire recours contre la décision de l'OAI du 22 août 2008. Elle conclut cependant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002, soit à une période visée également par la seconde décision de l'OAI du 3 octobre 2008. Il convient donc de considérer que le recours porte en réalité sur ces deux décisions.

Est seul litigieux le maintien du droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2006.

3. a) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 ou d'un autre domaine d'activité.

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.

A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid.

5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.1). Aussi un rapport médical ne saurait-il être écarté pour le seul motif qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical ait été établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références citées).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment 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_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que les troubles psychiques présentés par la recourante, à savoir en particulier un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, limitent sa capacité de travail depuis plusieurs années. L'OAI soutient toutefois que ces affections se sont révélées fluctuantes au fil du temps et que la recourante a recouvré une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité depuis le début de l'année 2006, tandis que celle-ci soutient être en incapacité de travail totale

depuis le mois de septembre 2002 sans discontinuer. Elle rappelle en outre qu'elle a été victime d'un accident en octobre 2009, lequel a eu de graves répercussions sur son état de santé physique et dont il conviendrait donc également de tenir compte.

b) Le grief de la recourante porte essentiellement sur le fait que la décision litigieuse se fonde exclusivement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr L. _____ du 23 février 2006, complétée le 26 juin 2009, qui retient une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité. Ce grief est justifié dans la mesure où l'avis de cet expert va à l'encontre de l'opinion unanime des autres médecins consultés, pour lesquels l'assurée est totalement incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle, et où la Dresse M. _____ du SMR a elle-même émis des doutes quant aux diagnostics et aux conclusions retenus par l'expert, comme le relève d'ailleurs à raison la recourante.

Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'est révélée nécessaire afin de lever les doutes subsistants. Celle-ci a donc été confiée au Dr S. _____, dont le rapport du 21 juillet 2010 pose les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, d'intensité fluctuante dans le passé, actuellement en rémission, d'état anxieux de moyenne intensité, avec tendance à la phobie sociale associée, et de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Au terme d'investigations approfondies, l'expert S. _____ arrive en définitive à la même conclusion que l'expert L. _____, à savoir que la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 50%, à faire valoir selon deux formules : soit dans une activité à mi-temps avec un plein rendement, soit dans une activité à plein temps avec un rendement diminué de moitié. Le rapport d'expertise judiciaire rend bien compte d'atteintes psychiques et de ressources variant dans le temps, comme retenu par l'OAI, par l'octroi successif à deux reprises de rentes entières et réduites de moitié. Ce rapport est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles

pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3c), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. En effet, l'opinion contraire des médecins traitants de la recourante, même unanime, ne permet pas de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr S._____, qui s'est prononcé en toute impartialité et dont le raisonnement est cohérent, davantage détaillé, et parfaitement convaincant.

Il y a donc lieu de retenir, à l'instar de l'office intimé, que la recourante présente une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité depuis le début de l'année 2006. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a réduit le droit à la rente à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2006.

c) Quant aux troubles et limitations d'ordre somatique, certes sévères et intervenus à la suite d'un accident pour le moins peu anodin, ils sont survenus en octobre 2009, soit postérieurement à la décision attaquée, de sorte qu'ils échappent au présent examen, comme le soutient à juste titre l'office intimé. Celui-ci n'en sera pas pour autant dispensé de réexaminer le cas de la recourante, au regard de ces nouvelles atteintes physiques, comme de la pathologie psychique, qui paraît s'être aggravée durant la procédure.

5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des décisions entreprises.

Compte tenu de l'indigence de la recourante, du fait que le recours s'est révélé nécessaire pour lever les doutes qui habitaient encore le SMR après l'expertise du Dr L._____ et que la procédure administrative doit être reprise, il est renoncé à percevoir des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI et 50 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les décisions rendues les 22 août et 3 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Chaulmontet, avocat (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :