

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Raphaël Tatti,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, ressortissante turque, mariée et mère de deux enfants dont un mineur, sans formation, a, selon le certificat d' [...] SA du 12 octobre 2001, été déléguée auprès de plusieurs clients de cette société en qualité d'ouvrière de production du 9 juin 1998 au 18 juin 2001. Selon l'extrait du compte individuel, elle a en outre été inscrite en qualité de personne de condition indépendante de janvier 1993 à décembre 2002. Elle a été titulaire avec signature individuelle du 2 mars 1998 au 18 novembre 2002 de l'entreprise individuelle [...]. Elle s'est ensuite inscrite auprès de l'assurance-chômage; un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert du 18 novembre 2002 au 17 novembre 2004 et une aptitude au placement de 100% lui a été reconnue.

Dans son rapport médical du 22 juin 2000 au Dr L._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, allergologie et immunologie clinique, la Dresse X._____, neurologue FMH, a constaté la présence de crises fonctionnelles de type hystérique chez l'assurée et a observé qu'une prise en charge psychiatrique plus intensive s'imposait devant cette situation. L'IRM cérébrale pratiquée le même jour par le Dr G._____, radiologue FMH, était sans altération notable.

Par rapport médical du 11 février 2005 au Dr N._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, la Dresse X._____ a diagnostiqué des céphalées chroniques quotidiennes avec abus médicamenteux, des malaises répétés d'allure fonctionnelle, hystérisiformes et un état anxio-dépressif. L'examen neurologique était normal; quant aux céphalées, elles étaient probablement favorisées par un abus chronique de médicaments, un état dépressif et un déracinement. La Dresse X._____ suggérait la réintroduction d'un anti-dépresseur dans l'idée d'agir sur la douleur chronique de la patiente.

Selon le rapport médical adressé le 18 mars 2005 au Dr N. _____ par les Drs C. _____ et R. _____ du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (ci-après: DUPA), les diagnostics principaux étaient ceux de probable retard mental, trouble de conversion, trouble dépressif majeur chronique et trouble obsessionnel compulsif, ainsi que les diagnostics de comorbidité de tendance au status ferriprive, tabagisme et dyspepsie. Ils notaient qu'une atteinte neurologique avait été écartée par la Dresse X. _____, laquelle retenait les diagnostics de céphalées tensionnelles et de malaises d'allure fonctionnelle hystérisiforme. La patiente, arrivée en Suisse en 1984, ne savait ni lire, ni écrire et ne parlait pas le français. Sur le plan de la capacité de travail, elle présentait actuellement vraisemblablement une incapacité de travail totale au vu du trouble dépressif majeur et du trouble de conversion. Elle présentait par ailleurs une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution au plan thérapeutique et une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif chronique d'une acuité et d'une durée importantes.

Selon le rapport d'examen psychologique (Rorschach - TAT - WAIS III) des 29 avril et 17 mai 2005 réalisé par la psychologue Y. _____ du DUPA, le retard mental était au premier plan chez une patiente qui présentait un QI performance de 50 avec une fiabilité de 95%, entre 46 et 62. Par ailleurs, sur le plan du fonctionnement de personnalité, l'assurée se défendait par une extrême méfiance contre un vécu persécutoire de registre psychotique, tableau compatible avec des séquelles de psychose infantile.

Le 14 juin 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), indiquant souffrir de dépression nerveuse, d'engourdissement des membres et d'évanouissement depuis 1999.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a demandé au médecin traitant de compléter un rapport médical. Dans le rapport du 8

août 2005, le Dr N._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de retard mental (QI performance = 50), de probable séquelles de psychose infantile, de trouble de conversion, de trouble dépressif majeur chronique et de trouble obsessionnel compulsif; les diagnostics de tabagisme chronique, de troubles dyspeptiques sur gastrite chronique, en partie folliculaire, et avec présence d'*Helicobacter pylori* en juillet 2005, de tendance au status ferriprive sur spoliation gynécologique et de status après césarienne vers l'âge de 20 ans étant sans répercussion sur la capacité de travail. Sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 28 février 2005, toujours en cours, et son état était stationnaire. Le traitement avait débuté le 6 mai 2003 et se poursuivait. Le Dr N._____ précisait en outre que la patiente présentait depuis le décès accidentel de son père en décembre 1999 des épisodes de malaise, des céphalées mal systématisées à caractère continu, des douleurs généralisées depuis plus d'une année prédominant dans la région cervico-dorsale et dans les membres, associés à une sensation d'hypoesthésie, de paresthésie et de parésie, des lombalgies occasionnelles étant mentionnées. Elle était en outre obsédée par la saleté et différents traitements psychotropes anti-dépresseurs et anxiolytiques avaient été introduits, mais stoppés spontanément par intolérance, selon la patiente, et probable manque de compliance. Aucun traitement médicamenteux antalgique n'avait apporté de résultats significatifs. Un important retrait social était relevé. Enfin, une prise en charge par une psychiatre turque, la Dresse F._____, avait été rapidement interrompue par l'assurée, qui ne supportait probablement pas l'intrusion générée par les consultations. Le médecin traitant précisait en dernier lieu suivre l'assurée toutes les deux à quatre semaines à sa consultation, tentant de lui offrir un espace d'écoute et de soutien, sans confrontation, notant qu'une reconnaissance de ses difficultés par l'AI pourrait peut-être contribuer à limiter la progression des symptômes. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr N._____ indiquait que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement de 50 à 100%, que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à maintenant ne pouvait pas être améliorée, que l'on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité et que toute contrainte d'ordre professionnel exacerberait très

probablement la symptomatologie psychiatrique et donc l'expression de la souffrance de cette patiente.

Dans le formulaire 531 bis qu'elle a complété le 1^{er} septembre 2005, l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% depuis 4 ans comme ouvrière pour s'entretenir, avoir une vie professionnelle et sortir de la maison.

Par courrier du 6 septembre 2005, une secrétaire de l'association [...] a informé l'OAI que l'assurée avait été suivie dans ce centre de consultation jusqu'en décembre 2004, mais que sa thérapeute - la Dresse F. _____ - n'y travaillait plus et avait clos le dossier de sa patiente.

Dans une communication du 4 octobre 2005, l'OAI a informé l'assurée que selon les renseignements médicaux en sa possession, elle présentait une incapacité de travail totale depuis le 28 février 2005, si bien que les conditions d'octroi de prestations AI seraient réexaminées à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit dès le 28 février 2006.

Dans un avis médical du 16 janvier 2006, le Dr B. _____, psychiatre FMH, du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a relevé qu'un QI de 50 était selon lui incompatible avec un résultat représentatif d'un des tests projectifs du Rorschach et du TAT, et encore plus clairement incompatible avec quatre ans de travail en tant que titulaire d'une raison individuelle. Ce spécialiste n'arrivait pas à croire qu'une personne douée d'un QI de 50 puisse se faire passer pour capable au travail à l'assurance-chômage pendant deux ans, et avait beaucoup de peine à superposer la série de diagnostics psychiatriques retenus par le DUPA, les diagnostics posés par la Dresse X. _____ semblant plus proches du tableau décrit. Il concluait que les renseignements médicaux n'étaient pas suffisants pour admettre une incapacité de travail totale de longue durée dans l'activité habituelle (nettoyages) et proposait une investigation complémentaire sous forme d'un examen psychiatrique au SMR.

Par courrier du 22 mai 2007, l'assurée a été convoquée le 13 juin 2007 pour un examen auprès du SMR. Le 1^{er} juin 2007, l'OAI a convoqué D._____ dans les locaux du SMR afin qu'elle fonctionne en qualité d'interprète le 13 juin 2007. Selon le rapport d'examen psychiatrique du 28 juin 2007 établi par la Dresse M._____, psychiatre FMH, à la suite de l'examen effectué en date du 13 juin 2007, il n'y avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au plan psychiatrique (Z71.1), les diagnostics de signes de dysfonctionnement neurovégétatifs somatoformes (F45.3), de personnalité avec traits dépendants (F60.7) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) étant retenus sans répercussion sur la capacité de travail. Le rapport d'examen psychiatrique indiquait en outre que du point de vue des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité était calme, sans être ralentie. La thymie était plutôt grave, relativement peu expressive; elle devenait triste en évoquant le décès de son père. Il n'y avait pas de sentiment de culpabilité, pas d'anhédonie, pas d'idéation suicidaire ni de signe de fatigabilité.

La Dresse M._____ relevait en outre ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas» de son rapport:

«Il s'agit d'une assurée âgée de 38 ans, d'origine turque, en Suisse depuis 1984. Au bénéfice d'une scolarité rudimentaire, l'assurée est restée analphabète, aussi dans sa propre langue. Elle travaille en Suisse quelques années comme ouvrière d'usine, d'abord dans un emploi fixe, puis comme temporaire. Sa dernière activité professionnelle a eu lieu dans le cadre de l'assurance chômage, dont les prestations ont été interrompues au 17.11.04. Une LM est mentionnée dans les dossiers au 28.02.05, date d'une incapacité de travail à 100% mentionnée par le médecin-traitant, le Dr N._____.

L'appréciation psychiatrique de ce jour met en évidence une femme de bonne constitution psychique, vive et adéquate. Sa capacité de comprendre des phrases, même complexes, de réagir de manière adéquate à la confrontation et sa vivacité dans ses capacités de synthèse, permettent d'exclure incontestablement le diagnostic de retard mental mentionné lors d'investigations du DUPA (rapport du Dr C._____ du 06.03.05). Celui-ci s'est basé sur les résultats de tests psychologiques (partie performance du WAIS réalisés par Mme Y._____). Etant donné que les tests QI peuvent montrer des imprécisions lors de variations culturelles ou de non sollicitations de toutes les capacités d'un individu, ils ne sont pas forcément un outil totalement fiable.

Par ailleurs, l'examen de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, qui se défend sur un mode essentiellement névrotique, avec quelques traits de personnalité dépendante, aisément intégrables dans son contexte socio-culturel combiné à une méconnaissance de la langue française et du langage écrit. A ce titre, son inscription au Registre du Commerce en tant que titulaire d'une agence de voyages n'est pas réaliste, il faudrait plutôt s'intéresser aux motivations de son beau-frère, qui est décrit par l'assurée comme le propriétaire de cette agence.

L'assurée ne souffre d'aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Son intelligence est largement suffisante, il n'y a aucun signe de psychose ni de séquelles de psychose infantile, aucun élément de la lignée dépressive n'a non plus été décelé, le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique peut donc aussi être exclu. Le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif mentionné dans les rapports médicaux du DUPA (concilium du 18.03.2005) et du Dr N. _____ (08.08.2005) ne s'appuie vraisemblablement que sur les qualités de ménagère qu'a l'assurée.

Les symptômes mentionnés ci-dessus ont donc été intégrés dans le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Les seuls éléments résiduels sont quelques manifestations d'ordre neurovégétatif, notamment le fait que l'assurée soit sujette à des pertes de connaissance. La rareté de celles-ci n'entache aucunement l'exigibilité professionnelle. Par ailleurs, elles apparaissent lorsque l'assurée est contrariée, ce qui lui permet d'en tirer bénéfice. Sa mauvaise collaboration aux traitements médicamenteux et aux suivis psychiatriques (mentionnés par le médecin-traitant et le concilium du DUPA) l'illustrent d'une manière parfaitement cohérente.

Le fait que l'assurée souffre encore de l'absence de son père, et qu'elle ait besoin d'être entourée pour sortir de chez elle, sont des éléments qualifiés de traits de personnalité dépendante.

En conséquence, l'assurée n'a jamais eu, et n'a pas actuellement d'atteinte à la santé psychiatrique, qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail, malgré les documents médicaux mentionnés ci-dessus.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique, il serait même clairement bénéfique pour une personne ayant des traits dépendants qu'elle puisse exercer une activité subalterne, dans laquelle elle serait entourée de collègues de travail et de supérieurs hiérarchiques.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Le rapport médical du Dr N. _____, datant du 08.08.05, mentionne une incapacité de travail au long cours dès le 28.02.05. Comme mentionné ci-dessus, aucun des diagnostics ayant des répercussions

sur la capacité de travail ne peut être retenu, si ce n'est éventuellement un trouble de conversion à caractère clairement non-invalidant, qui a été intégré dans cet examen dans le diagnostic de majoration des symptômes. Par contre, comme le mentionne ce médecin traitant en page 2, «Il existerait probablement une forte résistance à toute tentative de thérapie médicamenteuse, ainsi qu'à toute aide psychothérapeutique, vécue comme trop intrusive chez cette patiente». A ce titre, le médecin traitant confirme que l'assurée n'a aucune motivation pour améliorer son état de santé (qui par ailleurs n'est pas pathologique).

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

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative. Sa vie quotidienne est celle d'une femme peu stimulée, mais pas malade psychiatriquement. Aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique n'est apparue entre-temps.

Concernant la capacité de travail exigible, elle a toujours été totale dans toute activité.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE (QUE CE SOIT DE NETTOYEUSE OU D'OUVRIERE D'USINE) 100%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100% DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE DEPUIS TOUJOURS.»

Dans le rapport d'examen SMR du 29 juin 2007, la Dresse M._____ a confirmé que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle de nettoyeuse ou d'ouvrière d'usine, et de 100% dans une activité adaptée, sans limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 8 novembre 2007, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'après analyse de l'ensemble des renseignements médicaux, il ressortait des constatations que sa capacité de travail était entière dans toutes activités, que ce soit en tant qu'ouvrière d'usine et/ou nettoyeuse, et qu'il n'y avait pas d'atteinte au plan psychiatrique invalidante au sens de l'AI, si bien que la demande de prestations était rejetée.

Par courrier du 13 décembre 2007 à l'OAI, l'assurée, représentée par l'avocat Raphaël Tatti, lui a fait part de ses déterminations sur le projet de décision, concluant à ce qu'une rente entière lui soit accordée, subsidiairement à l'annulation du projet de

décision, au complément du dossier AI par la copie de son dossier médical du CHUV et à la mise sur pied d'une nouvelle expertise par un médecin indépendant choisi par les parties. En substance, l'assurée relevait que l'expertise de la Dresse M. _____ était incomplète puisqu'elle ne prenait pas en compte l'ensemble des symptômes physiques et psychiques ayant une répercussion sur sa capacité de travail et que son contenu était lacunaire et en contradiction avec l'ensemble des avis médicaux posés par les différents praticiens, savoir les médecins du DUPA, le Dr N. _____, la Dresse X. _____ et le Dr B. _____. Elle faisait encore valoir que l'entretien s'était déroulé en présence d'un interprète qu'elle ne connaissait pas, et qu'il n'était pas attesté que les termes ainsi que les formulations utilisés par l'expert n'aient pas été simplifiés par l'interprète; l'assurée attribuait également à l'interprète ses soi-disant capacités de synthèse, soutenant qu'il était notoire que les explications données par une personne ne maîtrisant pas la langue de l'expert soient réorganisées, respectivement restructurées par l'interprète. L'assurée relevait des erreurs dans les faits retenus dans le rapport d'expertise (son frère travaillant dans le bâtiment n'avait pas été victime d'un accident mais percevait une rente AI en relation avec plusieurs opérations découlant d'une maladie; son fils n'était pas sur le point de se marier mais n'était que fiancé). En outre, le nom de l'interprète n'était pas mentionné, et il n'avait pas contresigné le rapport de la Dresse M. _____ en attestant que les points de fait ainsi que les explications données étaient bien celles figurant dans le rapport. Elle concluait en rappelant à nouveau que l'expertise de la Dresse M. _____ était en contradiction avec l'ensemble des rapports des autres médecins, si bien qu'il y avait lieu de mettre sur pied une nouvelle expertise. Elle relevait enfin avoir été traitée par plusieurs médecins du CHUV en relation avec plusieurs évanouissements, mais également en raison d'un tentamen ayant eu lieu au début de mois de novembre 2007, éléments qui justifiaient l'annulation du projet de décision et de compléter son dossier AI par une copie de son dossier médical du CHUV.

L'OAI a demandé à l'assurée, par son conseil, de lui indiquer le nom du médecin du CHUV ou le service consulté pour la dernière fois. Par

courrier du 21 avril 2008 à l'OAI, l'assurée, représentée par son avocat, a indiqué que le dernier médecin consulté auprès du CHUV était le Dr E._____, spécialiste FMH en médecine interne. Interpellé par l'OAI, ce praticien a adressé la réponse suivante à l'OAI le 26 mai 2008:

«[...] Il se trouve que cette patiente a consulté à plusieurs reprises les urgences du CHUV au cours des dernières années, à chaque fois pour des pathologies n'imposant qu'un séjour hospitalier de quelques heures. A chaque fois, depuis 2004, la patiente dit être suivie par le Dr N._____ à Lausanne. Compte tenu de ceci et compte tenu des consultations ponctuelles aux urgences, il n'est pas possible pour nous de répondre à votre questionnaire et le Dr N._____, médecin traitant depuis plusieurs années, est probablement à même de le faire.»

Le 6 juillet 2008, le Dr N._____ s'est adressé à la Dresse M._____ pour lui faire savoir que son rapport l'avait beaucoup déstabilisé, expliquant qu'il faisait appel au DUPA pour des situations qui lui apparaissaient délicates et qu'il avait toujours eu pleinement confiance dans le travail de cette institution. Or sa patiente avait été investiguée à deux reprises au centre, une première fois en février-mars 2000 et une seconde fois en mars 2005. A chaque fois, des diagnostics psychiatriques clairs avaient été rapportés. Sans juger le travail de la Dresse M._____, le Dr N._____ relevait que le cas de sa patiente posait la question de la confiance que pouvait faire un médecin généraliste aux institutions auxquelles il recourait. Il se disait en outre impressionné par le degré de certitude avec lequel certaines affirmations étaient posées, dès lors que la Dresse M._____ n'avait vu la patiente qu'une seule fois, avec l'aide d'un interprète. Il suggérait que le Prof. Z._____, médecin chef du Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapique (CCPP) de Lausanne, soit informé de la situation de sa patiente, afin d'espérer un meilleur travail de coordination entre les institutions universitaires psychiatriques et celle de la Dresse M._____.

Par décision du 16 septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de l'assurée. Le même jour, par courrier annexé à la décision, il a informé la recourante, par son conseil, que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle avait tenu compte de toutes les atteintes qu'elle présentait et qu'il n'y avait pas lieu de

procéder à des investigations supplémentaires. La position ressortant du projet de décision était dès lors maintenue.

B. L'assurée, toujours représentée par son avocat, a recouru contre cette décision par acte du 20 octobre 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à ce que la décision du 16 septembre 2008 soit annulée et qu'une rente entière lui soit reconnue, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'office intimé pour mise sur pied d'une expertise par un médecin indépendant puis nouvelle décision. En substance, l'assurée fait valoir que le rapport d'expertise de la Dresse M. _____ est incomplet, lacunaire et en contradiction avec les avis médicaux posés par les autres praticiens. Elle reprend en outre les griefs développés dans le cadre de son opposition s'agissant de l'interprète, dont le nom ne figure pas sur le rapport et qui ne l'a pas contresigné. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale par un médecin indépendant. Elle produit un lot de pièces et requiert la production de son dossier en mains du CHUV.

Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI préavise pour le rejet de la requête d'expertise ainsi que pour le rejet du recours. Il explique qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, qui expose les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions des médecins du DUPA en ce qui concerne la question du retard mental, du trouble dépressif et du trouble obsessionnel compulsif. Quant à la problématique somatique, la Dresse X. _____ mentionne un examen neurologique normal et relève qu'il est difficile de préciser l'origine des céphalées. Elle n'atteste aucune incapacité de travail sur le plan somatique, tout comme le médecin traitant de la recourante, le Dr N. _____.

Par courrier du 30 janvier 2009, l'assurée, par son conseil, a requis une nouvelle fois production de son dossier en mains du CHUV. Donnant suite à cette requête, le juge instructeur a invité le CHUV, par

courrier du 16 février 2009, à lui communiquer le dossier complet de l'assurée.

Le dossier du CHUV a été produit. Par avis du 29 avril 2009, un délai a été imparti aux parties pour le consulter et se déterminer.

Dans ses déterminations du 5 juin 2009, l'OAI explique avoir pris connaissance du dossier médical produit par le CHUV, qui ne contient aucune pièce susceptible de remettre en cause sa position.

Dans ses déterminations du 8 juillet 2009, la recourante, par son conseil, explique que le dossier du CHUV vient confirmer les avis du Dr N._____, de la Dresse X._____ et des médecins du DUPA quant à l'existence d'une problématique médicale importante la concernant. Elle renouvelle sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant, et rappelle que ses troubles nécessitent l'octroi d'une rente d'invalidité.

Elle produit en outre un lot de pièces tirées du dossier transmis par le CHUV à la cour de céans, à savoir:

- un rapport de consultation des Drs T._____ et H._____ du DUPA du 27 novembre 2002, selon laquelle la patiente a été admise au couloir des urgences après avoir présenté un malaise de type hystérioriforme au cabinet de son médecin généraliste le Dr L._____; les diagnostics de crise d'angoisse d'allure hystérique, de probable état dépressif chez une personnalité à traits passifs et de difficultés de couple ? étant posés;
- un rapport du service de garde de la PMU du 18 juin 2004 faisant notamment état de douleurs cervicales;
- une fiche médicale du 31 janvier 2006 selon laquelle l'assurée a été hospitalisée du 29 au 30 janvier 2006, retenant les diagnostics selon la CIM-10 à la sortie de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes

psychotiques (F33.2), de trouble dissociatif (de conversion) sans précision (F44.9), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de retard mental léger, sans précision concernant les troubles du comportement (F70.9) et d'auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et expositions à ces produits, non classés ailleurs, dans un lieu, sans précision (X61.9);

- un rapport du Dr W. _____ du 30 janvier 2006 selon lequel l'assurée a séjourné du 29 au 30 janvier 2006 au CHUV à raison d'un abus médicamenteux;
- un rapport de consultation des Drs P. _____ et V. _____ du DUPA du 9 février 2006, posant les diagnostics de tentamen polymédicamenteux et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques; sous la rubrique «discussion» de leur rapport, les médecins ont relevé ce qui suit: *«Il s'agit donc d'une patiente connue pour une symptomatologie dépressive et suivie par le Dr N. _____. Actuellement, elle se trouve sans traitement psychopharmacologique. Dans ce contexte il nous semble important qu'elle puisse reprendre le traitement antidépresseur au plus tôt et commencer son suivi avec la Dresse F. _____ (turcophone), psychiatre, comme cela été programmée. Un rendez-vous avec son médecin traitant est agendé pour le 6 février 14 heures»;*
- un rapport du service de psychiatrie de liaison du 13 novembre 2007 selon lequel l'assurée a été admise le 12 novembre 2007 au CHUV pour tentamen médicamenteux; elle était d'accord pour une prise en charge psychiatrique et s'est engagée verbalement à ne pas passer à l'acte et d'appeler à l'aide; il a été convenu avec la patiente un retour à domicile accompagnée de son fils et une consultation avec le service est proposée le vendredi 16 novembre à 14 heures;
- un document médical du centre des urgences du CHUV du 13 novembre 2007 selon lequel l'assurée présente un état

dépressif sévère avec abus médicamenteux, l'évolution somatique étant sans problème et une consultation psychiatrique étant fixée au 16 novembre avec un psychothérapeute d'Appartenances afin d'assurer un suivi.

Le 3 novembre 2009, la recourante, par son conseil, a produit un rapport d'évaluation psychologique de la consultation psychothérapeutique pour migrants [...], daté du 18 août 2009, établi par le psychologue traitant I._____. Les diagnostics posés étaient ceux de trouble dépressif majeur récurrent (F33), de trouble obsessionnel compulsif (F42), de traits de personnalité dépendante (F60.7), de traits de personnalité évitant (F60.6), de traits de personnalité impulsive (F60.30) et de probable retard mental léger (F70). Sous la rubrique «discussion» de son rapport, le psychologue traitant note ce qui suit:

«Etat chronifié qui se rapporte probablement à une psychose infantile ou à un trouble envahissant du développement, ce dernier se manifestant par exemple par une pauvreté de langage et des compétences sociales. Sans être désorganisée, la patiente semble être coupée de son environnement et enfermée dans une idéation morose, centrée sur elle-même. Une certaine souffrance dépressive est cependant décelable sans toutefois que la patiente y fasse à aucun moment référence malgré nos sollicitations.

Derrière les déficits et le retrait autistique, une problématique de deuil pathologique pourrait apparaître au décours de la prise en charge.

En tout état de cause, cette double problématique: déficit, voire état psychotique non spécifique d'une part, et deuil pathologique d'autre part, rendent toute activité professionnelle actuellement inexigible.»

Dans ses déterminations du 4 décembre 2009, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 1^{er} décembre 2009, auquel il déclarait se rallier. Cet avis, établi par le Dr J._____, a la teneur suivante:

«Comme vous le rappelez judicieusement, le rapport de M. I._____ n'est pas un document médical.

Après avoir très brièvement rapporté l'anamnèse et les plaintes de l'assurée, M. I._____ cite les diagnostics précédemment retenus par les médecins du DUPA.

M. I. _____ conclut à une incapacité de travail totale en raison d'un état déficitaire «voire psychotique».

Outre le fait que ce dernier diagnostic ne repose sur aucune observation objective, on s'étonne qu'une pathologie aussi grave ne soit traitée que par de simples entretiens.

Ce rapport ne contient pas d'élément nouveau de nature à modifier notre position. L'allusion à une éventuelle atteinte psychotique n'est pas fondée.

Par ailleurs, je remarque que Me Tati a, à maintes reprises, contesté la valeur des renseignements obtenus lors de l'examen psychiatrique au SMR en présence d'un traducteur neutre. Si l'on devait s'en tenir à cette argumentation, il faudrait bien entendu aussi l'appliquer au rapport de M. I. _____.»

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) - entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) -, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2

al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) par la recourante contre la décision rendue le 16 septembre 2008 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 et les références; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2).

En l'espèce, est litigieuse la capacité de travail de la recourante – celle-ci s'estimant incapable de travailler –, tandis que l'office intimé considère qu'elle présente une pleine capacité de travail. Il s'agit de déterminer si l'OAI était fondé à se contenter de l'examen clinique SMR ou si une expertise s'avérait nécessaire.

3. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (pour la période antérieure, cf. art. 28 al. 1 de l'ancienne LAI, dont la teneur est identique), 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.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGa), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGa) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1 et 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

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. 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 261 consid. 4 et les références; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales, en cas de recours - 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que 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 et 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010 consid. 3.1; 9C_813/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1; 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il

faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc et les références; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2; 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

4. En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI d'avoir pris sa décision de refus de prestations en se fondant sur les conclusions du rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 28 juin 2007, alors que selon elle, il existerait une contradiction liée à l'appréciation médicale de son cas et des lacunes dans le rapport d'examen, les questions des troubles obsessionnels compulsifs, des malaises d'allure fonctionnelle, hystérisiformes, et des céphalées chroniques n'étant pas analysées par la Dresse M._____. Les médecins du DUPA retiennent un trouble dépressif majeur chronique, la Dresse X._____ et le Dr N._____ un trouble anxio-dépressif, si bien que le rapport d'examen clinique SMR serait en contradiction avec les avis concordants de ces médecins. Elle se prévaut également des documents médicaux figurant au dossier du CHUV, établis à la suite de ses tentamens médicamenteux de janvier 2006 et novembre 2007.

En l'occurrence, il y a lieu de constater que tant le médecin traitant (rapport médical du 8 août 2005) que les médecins du DUPA (rapport médical du 18 mars 2005) retiennent le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique. La Dresse X._____, qui constate pour le surplus que l'examen neurologique est normal, retient le diagnostic d'état anxio-dépressif (rapport médical du 11 février 2005). En outre, selon la fiche médicale du CHUV du 31 janvier 2006, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) est posé; les Drs P._____ et V._____ du DUPA diagnostiquent également un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, dans leur rapport du 9 février 2006. Le diagnostic d'état dépressif sévère est également posé dans le document médical du CHUV du 13 novembre 2007. Le psychologue traitant de l'assurée, qui n'est certes pas médecin, retient lui aussi le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent à l'appui de son rapport du 3 novembre 2009. Finalement, seule la Dresse M._____ exclut le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique dans son rapport d'examen psychiatrique du 28 juin 2007, en se contentant de mentionner à l'appui de cette exclusion *«qu'aucun élément de la lignée dépressive n'a [non plus] été décelé»*. Or on ne se trouve pas ici dans le cas de figure où un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, mais bien dans une situation où tous les autres médecins sont d'un avis différent de celui de la Dresse M._____. Une telle situation est de nature à faire naître un doute sur le rapport d'examen de cette dernière.

A cela s'ajoute encore que le rapport d'examen SMR du 28 juin 2007 ne fait aucune mention de l'hospitalisation de la recourante au CHUV du 29 au 30 janvier 2006 à raison d'un tentamen médicamenteux, alors qu'il s'agit d'un élément objectif pertinent. La valeur du rapport d'examen du SMR du 28 juin 2007 doit ainsi être relativisée, dès lors que la Dresse M._____ y relevait qu'il n'y avait pas d'idéation suicidaire. La recourante avait pourtant à la date de l'examen du SMR, le 13 juin 2007, commis un premier tentamen, et allait à nouveau en commettre un en novembre 2007. Dans ces circonstances, considérant que l'anamnèse de l'assurée n'a pas été établie en pleine connaissance par la médecin du SMR et que

cette dernière est la seule à exclure un diagnostic, savoir celui de trouble dépressif majeur chronique, lequel paraît *prima facie* susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail de l'assurée, en motivant au demeurant de manière très sommaire cette exclusion, il y a lieu de considérer que les documents ne permettent pas, en l'état, de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant, lequel s'adjoindra au besoin les services d'un neurologue s'agissant de la question des céphalées chroniques et des malaises d'allures fonctionnelle dont se plaint la recourante et du point de savoir si ces troubles ont une influence sur la capacité de travail. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente l'assurée, ainsi que sa capacité de travail exigible dans son ancienne activité et dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

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

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 16 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaël Tatti, à Lausanne (pour A. _____)
- 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 :