

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

P. _____, à Lausanne, recourante, agissant par le Tuteur Général,
représentée par Me Philippe Dal Col, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 28 al. 2 et 48 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée), née en 1967, se prévalant d'une dépression, a déposé le 15 août 2007 par son tuteur une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

L'OAI s'est adressé à la Dresse W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant de l'assurée. Dans un rapport du 30 octobre 2007, elle a posé les diagnostics d'anxiété généralisée avec troubles d'adaptation mixtes, de troubles de l'alimentation (boulimie et obésité morbide), de troubles somatoformes récurrents (allergies, eczéma atypique) et de troubles mixtes de la personnalité. Elle a estimé la capacité de travail à 50%, devant être évaluée en fonction des possibilités de réinsertion, n'ayant plus travaillé depuis longtemps. Le 30 avril 2008, la Dresse W._____ a proposé à l'OAI d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'intéressée, pour définir correctement ses possibilités de réinsertion.

Sur proposition du 12 juin 2008 du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), une expertise a été effectuée par le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie, assisté de Q._____, psychologue FSP. Le 17 octobre 2008, ce médecin a posé les diagnostics de dysthymie à début précoce et épisodes dépressifs majeurs récurrents actuellement en rémission, soit une double dépression, un trouble panique avec agoraphobie de gravité légère et des antécédents d'anorexie-boulimie (sur l'axe I), de personnalité avec des traits limites et masochiques (sur l'axe II), d'obésité morbide (sur l'axe III), d'antécédents de maltraitances et de carences affectives, et de difficultés psychosociales (sur l'axe IV). Il a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"D'un point de vue psychopathologique, Mme P._____ présente donc une boulimie qui a évolué favorablement; il persiste

actuellement essentiellement un Binge eating disorder associé à une obésité morbide. Relevons une dysthymie à début précoce et probablement quelques épisodes dépressifs majeurs réactionnels à des situations existentielles difficiles, mais actuellement pas au premier plan.

Nous relevons également l'existence d'épisodes anxieux rentrant dans le cadre d'un trouble panique avec une agoraphobie de gravité légère. Sous traitement médical bien conduit, les crises anxieuses sont très peu fréquentes et guère invalidantes.

Le tout prend racine sur une personnalité mal structurée, du registre probablement état limite avec des éléments masochiques. Il s'agit d'un facteur de vulnérabilité qui prend racine sur une histoire personnelle difficile. Nous relevons que malgré tous ses déboires existentiels, l'assurée a quand même pu réaliser une activité professionnelle d'aide soignante jusqu'en 1993 environ, puis obtenir un diplôme de secrétaire médicale. Mme P._____ a également pu assumer ses trois enfants dont elle s'occupe en définitive seule qui ont tous très bien réussi professionnellement et scolairement.

En ce sens, Mme P._____ dispose d'un certain nombre de ressources et d'une capacité de résilience. L'assurée a bénéficié d'un excellent travail thérapeutique très investi auprès de la Dsse W._____, depuis 10 ans, qui a permis une certaine stabilisation et maturation de sa personnalité.

Depuis 1996, Mme P._____ n'exerce plus d'activité lucrative et ses deux aînés prennent tranquillement leur autonomie. L'assurée souhaiterait un reclassement professionnel dans le domaine du social mais elle évoque sa longue absence du monde du travail.

En tant que tels, les éléments dysthymiques et son trouble anxieux peu invalidant ne devraient pas justifier une diminution quelconque de sa capacité de travail. Depuis un certain nombre d'années, grâce à un travail thérapeutique très investi, le trouble de la personnalité ne paraît pour l'heure pas véritablement décompensé. On sait que l'assurée possède des compétences comme aide-soignante ainsi que d'un diplôme de secrétaire médicale. Ces activités professionnelles ne sont par ailleurs pas contre-indiquées d'un point de vue psychiatrique. Sa volonté de mutation professionnelle relève d'un choix personnel et non de contingence médicale.

En d'autres termes, de notre point de vue, il n'y a pas d'incapacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique ou d'indication pour un reclassement professionnel. Par contre, en tenant compte de la fragilité intrinsèque de Mme P._____, une aide au placement ou une mise à niveau de ses compétences pourrait être indiquée. L'assurée peut parfaitement par elle-même retrouver un emploi dans son activité antérieure ou dans le domaine du secrétariat, à un taux d'au moins 80%. De surcroît, au vu de sa structure de personnalité, il n'est pas certain que le choix de la profession d'assistante sociale soit le plus indiqué pour elle.

[...]

En conclusion nous estimons que du point de vue strictement psychiatrique, l'incapacité de travail est [au] maximum de 20% et ce en terme de rendement dans toute activité adaptée à son atteinte physique. Les symptômes psychiques sont susceptibles d'évoluer favorablement avec une meilleure observance au traitement".

Dans un rapport SMR du 28 novembre 2008, le Dr H._____, médecin généraliste FMH, n'a retenu aucune atteinte principale à la santé et une pleine capacité de travail, se référant à l'expertise du Dr D._____.

Par décision du 28 janvier 2009, confirmant un préavis du 3 décembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'AI, en l'absence - selon l'expertise précitée - d'atteinte à la santé invalidante et d'incapacité de travail.

B. Par acte de sa tutrice du 5 mars 2009, P._____ a fait recours au Tribunal cantonal contre cette décision et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité, d'une mesure de reconversion professionnelle et d'une mesure de réadaptation professionnelle. Elle a conclu en outre à l'exemption des frais de procédure.

Se prévalant notamment de l'avis du Dr C._____, spécialiste FMH en médecine générale à Pully et médecin traitant, et de la Dresse W._____, elle a critiqué les conclusions de l'expertise du Dr D._____ et relevé que, contrairement à ce que préconise cet expert, l'OAI n'avait pas mis en œuvre une aide au placement ou une mise à niveau de ses compétences. A l'appui de son recours, elle a déposé les documents suivants:

- Un certificat médical du 24 février 2009 du Dr C._____, relevant que l'assurée n'est pas capable de maintenir une activité professionnelle même partielle, en raison de troubles de la personnalité et d'un état dépressif récurrent, avec des états psychiques très différents, les fluctuations allant d'une certaine euphorie à un abattement dépressif profond avec automutilation et d'une certaine toute-puissance à une anergie totale. Signalant un problème d'anorexie-boulimie avec des importantes variations de poids, il indique que la variabilité et la labilité

extrême ne permettent pas une activité professionnelle quelconque, puis s'écarte de l'expertise du Dr D._____, dont l'avis ne rend pas compte de l'ensemble du tableau clinique. Il requiert une nouvelle expertise psychiatrique.

- Un courrier du 24 février 2009 de la Dresse W._____, qui déclare rejoindre les diagnostics posés par l'expert mais s'écarter de son appréciation de la capacité de travail exigible. Elle relève que l'assurée était sous traitement médical lors de l'expertise, que l'expert a minimisé les problèmes psychiques de cette dernière et qu'il n'a pas motivé la capacité de travail de 80%.

Dans sa réponse du 10 juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, dès lors que l'expertise du Dr D._____ a valeur probante et que les Drs C._____ et W._____, médecins traitants de l'assurée, se basent sur des appréciations moins fouillées. L'OAI a ajouté que des mesures de reclassement n'étaient pas indiquées, ne permettant pas à l'assurée de recouvrer une meilleure capacité de gain.

Par réplique du 30 novembre 2009, la recourante a repris ses arguments puis fait valoir que le dossier était incomplet, l'obésité morbide n'ayant pas été investiguée et les tests effectués par l'expert aboutissant à des résultats contradictoires. Elle a réclamé la mise en œuvre d'une expertise psycho-somatique.

Les 6 janvier et 8 mars 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions et relevé qu'un complément d'instruction n'était pas justifié.

C. Le 27 avril 2010, la juge instructeur a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. Le 15 novembre 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble dysthymique, de trouble panique avec agoraphobie, de trouble des conduites alimentaires non spécifié (hyperphagie boulimique) et de trouble mixte de la personnalité. Il a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Dans le cas présent, l'assurée rapporte effectivement un abaissement chronique de l'humeur depuis la fin de son adolescence. Elle admet la tristesse qui n'a pas la constance de celle des épisodes dépressifs typiques mais qui est tout de même fréquente et qui vaut pour plus d'un jour sur deux, depuis des années. Elle admet également des symptômes intellectuels (problèmes attentionnels, difficultés à prendre des décisions), la baisse d'énergie, des troubles du sommeil (milieu de nuit) et des périodes d'augmentation de l'appétit, en dehors de ce que décrit déjà l'hyperphagie boulimique.

En l'état, il est justifié de retenir le trouble dysthymique. Cette entité a été retenue dans l'expertise D._____. Elle n'est pas reprise par le médecin psychiatre traitant. La chose sera discutée plus loin.

[...]

Dans le cas présent, l'expertisée décrit des attaques de panique tout à fait typiques avec la gêne épigastrique, les sudations (mains moites), les tremblements, les difficultés à respirer et l'oppression thoracique dans le contexte d'une cognition d'un danger imminent. Ces crises apparaissent de façon spontanée. Elles déterminent aussi une sensation de malaise dans les situations de foule et de confinement que l'assurée tend à éviter.

Cette symptomatologie permet de poser un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie. Cette affection a été retenue par l'expertise D._____. Elle n'est pas mentionnée dans le libellé diagnostique du médecin psychiatre traitant. La chose sera discutée plus loin.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée présente et a présenté des rituels de lavage des mains, de rangement et de vérification, ces derniers étant apparemment les plus importants.

Dans la règle, ces comportements pathologiques n'interfèrent pas de façon majeure dans le fonctionnement de l'assurée. En les mettant bout à bout, ils semblent pourtant bien dépasser l'heure par jour. Ils la dépassent de façon manifeste à certains moments de l'existence de l'assurée.

Même si cette pathologie est actuellement aux limites du seuil diagnostique, le soussigné est tout de même persuadé qu'on a les critères diagnostiques d'un trouble obsessionnel/compulsif. Un ultime argument en ce sens est le fait que l'assurée dit spontanément que les compulsions ont augmenté avec l'arrêt de la médication psychotrope (Sertraline).

[...]

L'expertisée présente depuis plusieurs années des épisodes récurrents de crises boulimiques (binge eating disorder), au cours desquelles elle absorbe une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient sur ce laps de

temps. Ce comportement est associé à un sentiment de perte de contrôle. Il prend fin lorsqu'il y a sensation de satiété, l'assurée disant et montrant alors de la main se sentir "pleine jusqu'au cou".

L'expertisée dit que ce trouble du comportement n'est pas suivi de mesures compensatoires (vomissements ou autres), comme on le voit dans la bulimia nervosa. Ce comportement n'a pas non plus le caractère de durée de sévérité requis pour le diagnostic de bulimia nervosa, l'assurée n'étant pas anormalement préoccupée par son schéma corporel, d'après les informations qu'elle donne.

En l'état, on doit retenir ici ce que désigne l'hyperphagie boulimique (binge eating disorder) qui est un trouble figurant dans l'annexe B du DSM-IV-TR.

Comme ce trouble n'a pas été introduit dans la nomenclature officielle, le DSM-IV-TR demande de le classer sous la rubrique des troubles des conduites alimentaires non spécifiés et de le coder F50.4.

[...]

Dans le cas présent, il ne fait guère de doute que cette assurée a été instable sur le plan personnel, affectif et socioprofessionnel pendant des années et ce dès les débuts de l'âge adulte. Son parcours de vie est explicite sur ce point. Il n'y a guère à argumenter plus avant sur ce sujet. On doit manifestement admettre ici les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité.

La recherche d'un trouble spécifique n'est pas véritablement contributive. On doit noter ici l'impulsivité (achats compulsifs, hyperphagie boulimique). On doit aussi noter les passages à l'acte auto agressifs (mutilations cutanées). On doit noter trois tentamens médicamenteux.

Les informations nouvelles au dossier font retenir un certain mépris pour sa propre sécurité, l'assurée ayant fréquenté des milieux interlopes à haut risque. On doit encore retenir une attitude désinvolte pour certaines règles de société l'expertisée évoluant parfois aux limites des normes juridiques.

On doit enfin retenir une certaine intolérance aux abandons et une vraisemblable problématique de dépendance chez cette personne qui ne semble pas être toujours autonome pour prendre les décisions importantes de sa vie.

Au vu de traits de personnalité pathologique épars et de caractéristiques générales d'un trouble de personnalité, le soussigné retient le trouble mixte de la personnalité, à l'instar de ce qu'a rapporté le médecin psychiatre traitant. Ce trouble de personnalité est ici sévère.

Cette appréciation diagnostique ne s'écarte pas véritablement de l'expertise D. _____ sachant que ce dernier a également noté une pathologie de personnalité non spécifique et des traits dits "limites et masochiques". Avec les éléments aujourd'hui à disposition, le

soussigné doit pourtant aller plus loin et retenir un véritable trouble de personnalité.

[...]

Le médecin psychiatre traitant n'a pas retenu le trouble panique avec agoraphobie. Il est vrai que cette pathologie n'est dans ce cas pas sévère. Elle ne domine en rien le tableau clinique. L'assurée ne rapporte pas spontanément le trouble. Il faut aller le chercher par un questionnement dirigé, tel qu'on le pratique en expertise médicale, pour que les critères diagnostiques finissent par s'imposer.

Jusqu'ici, on n'a pas retenu de trouble obsessionnel/compulsif. Il est vrai que la symptomatologie est relativement discrète. La patiente ne s'en plaint pas véritablement. Les compulsions font finalement partie d'elle-même et l'expertisée sait prendre quelques distances et même se moquer de son côté "maniaque". L'assurée dit pourtant avoir parlé de cette problématique avec ses médecins et envisagé avec eux les moyens de la comprendre et d'y faire face.

Le médecin psychiatre traitant retient le trouble anxiété généralisée. Le soussigné considère qu'il n'y en a plus les critères dans la mesure où l'on retient déjà le trouble panique, le trouble obsessionnel/compulsif et le trouble dysthymique.

Le soussigné ne retient pas davantage le trouble de l'adaptation qui est, dans la règle, une entité diagnostique limitée à six mois, puisqu'elle doit être corrélée à un facteur de stress facilement identifiable. Il est vraisemblable que le médecin psychiatre traitant ait voulu noter que l'assurée est très sensible au stress et manifeste immédiatement une symptomatologie anxieuse et dépressive dans les situations où elle est confrontée à des difficultés internes ou externes.

Dans son rapport médical du 30.10.2007, Mme le Dr W. _____, médecin psychiatre traitant de l'assurée, retient une entité diagnostique de troubles somatoformes récurrents (allergies, eczéma atypique très invalidant) qu'elle code F45.9. Le code F45.9 correspond au trouble somatoforme NS (non spécifié).

Le concept de trouble somatoforme désigne la situation où des sujets présentent des plaintes d'allure somatique sans qu'il n'y ait des bases organiques pour les expliquer. Dans la mesure où l'assurée présenterait bel et bien des manifestations cutanées allergiques et des eczémas atypiques en particulier, on doit exclure un trouble somatoforme puisqu'il y a des lésions observables permettant d'expliquer les plaintes.

Si le médecin psychiatre traitant voulait mentionner que des facteurs psychologiques jouaient un rôle dans la genèse de ces affections cutanées, le libellé diagnostique de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs portant le code F54 aurait été le plus approprié, dans la mesure où cette consœur aurait voulu respecter les règles des ouvrages diagnostiques de référence et de la CIM-10 en particulier.

Afin d'éviter tout malentendu, le soussigné tient à préciser qu'il n'y a certainement pas de trouble somatoforme dans ce cas. On peut être tout à fait formel sur ce point.

Appréciation assécurologique

La présentation actuelle de l'assurée est effectivement celle d'une personne souffrant de troubles psychiatriques significatifs. Il n'y a guère de doute là-dessus, même si le tableau clinique ne devient manifeste que dans un deuxième temps.

Le soussigné a voulu comprendre pourquoi Mme P. _____ était moins symptomatique au moment de l'expertise D. _____. L'assurée dit qu'elle avait été inquiète d'être examinée par un praticien qu'elle ne connaissait pas. Elle dit s'être sentie mal à l'aise et s'être fermée pendant cette évaluation. Elle admet d'elle-même qu'elle n'a pas donné tous les éléments qui auraient été nécessaires pour appréhender justement sa fragilité et l'entier de ses troubles psychiques.

Mme P. _____ n'a pas non plus donné des informations déterminantes pour l'appréciation psychiatrique, dont ses conduites à risque, le mépris pour sa sécurité et son interaction avec des milieux interlopes. Elle n'a pas apporté des informations circonstanciées sur les automutilations et trois tentamens médicamenteux, faits qui prennent pourtant tout leur sens dans l'appréciation de la gravité d'un trouble de personnalité.

Lors de l'expertise D. _____, Mme P. _____ dit avoir adopté une attitude défensive avec une façade de patiente bien portante. Il semble bel et bien qu'elle ait pu tenir tant bien que mal ce rôle sur toute la durée de cette évaluation circonstanciée, même si le collègue D. _____ est arrivé à une appréciation diagnostique qui ne s'éloigne pas véritablement de celle du soussigné, à l'exception de ce qui relève de la gravité du trouble de personnalité.

En prenant en compte la pathologie dysthymique avec ses conséquences de fatigue, de mauvaise estime de soi et de troubles intellectuels (attention, concentration, perte d'énergie), les éléments anxieux liés à la problématique obsessionnelle et phobique (anxiété, perte de temps) ainsi qu'un trouble de personnalité valant ici pour une très grande fragilité au stress, le soussigné admet des limitations psychiatriques dans ce cas. Il pense qu'elles sont plus élevées que ce qu'a noté son confrère D. _____, au vu de la présentation clinique et des faits nouveaux qui sont entre temps apparus au dossier.

En l'état, le soussigné pense qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique de 50% dans les activités lucratives exercées jusqu'ici par l'assurée. Il ne retient par contre que 20% d'incapacité de travail psychiatrique au ménage (diminution du rendement), l'expertisée étant manifestement à même de tenir l'entier de sa maison, d'après les informations qu'elle donne.

Il est difficile à savoir à quand remonte cette incapacité de travail psychiatrique et à quel taux elle était dans le passé. L'assurée dit

n'avoir plus eu d'activité lucrative depuis l'automne 1995. Elle a ensuite suivi par deux ans de chômage. Elle ne note pas la date de début de l'atteinte à sa santé dans sa demande de prestations à l'Assurance invalidité.

Le médecin psychiatre traitant qui prend en soins l'assurée depuis 1998 rapporte aujourd'hui un libellé diagnostique qui n'est fondamentalement guère différent de celui du soussigné. Il n'est pas mentionné de pathologie manifestement plus sévère dans le passé.

Pour tous ces motifs, le soussigné est d'avis qu'on doit retenir ce 50% psychiatrique depuis la fin des années 1990, sans qu'il soit possible d'être plus précis. Ce 50% est vraisemblablement resté globalement stable depuis lors. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le 20% de diminution de rendement au ménage lié aux troubles psychiatriques pourrait avoir la même chronologie.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'expertisée est suivie par une spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle semble bien s'engager dans le traitement. Le type de pathologie présenté et le contexte de chronification n'imposent plus de médication psychotrope, sachant qu'on n'en attendrait pas une amélioration significative des troubles psychiques de Mme P._____.

Des mesures professionnelles pourraient se justifier. Une aide au placement, comme elle a été préconisée par l'expert D._____ et/ou une mise à niveau des connaissances d'employée de bureau, par exemple, pourraient être à même d'augmenter quelque peu la capacité de travail de Mme P._____ à long terme, même si le pronostic sur ce plan n'est pas des meilleurs".

D. Le 21 décembre 2010, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr R._____, se référant à un avis médical du SMR daté du 6 décembre 2010 des Drs H._____ et Z._____.

Dans ses déterminations du 8 février 2011, la recourante a adhéré aux conclusions de l'expertise précitée, conclu à l'octroi d'une rente et à des mesures professionnelles et confirmé les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. En l'espèce, la recourante réclame notamment l'octroi d'une rente d'invalidité, prestation niée par l'OAI dans la décision attaquée.

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^{er} 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. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente.

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 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) 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, puis 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 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 du dossier (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 bien 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; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

c) 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. Dans le cas présent, les parties adhèrent toutes deux à l'expertise, en l'occurrence judiciaire, du Dr R._____.

a) Le 15 novembre 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble dysthymique, de trouble panique avec agoraphobie, de trouble des conduites alimentaires non spécifié (hyperphagie boulimique) et de

trouble mixte de la personnalité. Dans son appréciation du cas, il a motivé chacun des diagnostics sur la base de son propre examen, de l'anamnèse de l'assurée et des constatations de ses confrères, en se basant sur les critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. Il a notamment signalé des épisodes récurrents de crises boulimiques associés à un sentiment de perte de contrôle, sans mesures compensatoires, l'assurée n'étant pas anormalement préoccupée par son schéma corporel, de sorte qu'une hyperphagie boulimique devait être retenue. Il a également infirmé la présence d'un trouble anxiété généralisée, d'un trouble de l'adaptation (compte tenu de ses observations cliniques) et d'un trouble somatoforme (sur ce dernier point, dès lors que des lésions observables permettent d'expliquer les plaintes).

Dans son appréciation assécurologique, le Dr R._____ a retenu que la présentation actuelle de l'assurée était effectivement celle d'une personne souffrant de troubles psychiatriques significatifs. Il a indiqué que lors de son examen auprès du Dr D._____, l'assurée adoptait une attitude défensive avec une façade de patiente bien portante. En prenant en compte la pathologie dysthymique avec ses conséquences de fatigue, de mauvaise estime de soi et de troubles intellectuels (attention, concentration, perte d'énergie), les éléments anxieux liés à la problématique obsessionnelle et phobique (anxiété, perte de temps) ainsi qu'un trouble de personnalité valant ici pour une très grande fragilité au stress, il a admis des limitations psychiatriques - en l'occurrence plus graves que celles retenues par le Dr D._____ - justifiant une incapacité de travail psychiatrique de 50% dans les activités professionnelles exercées jusqu'ici par l'assurée, depuis la fin des années 1990. Il a précisé qu'il n'y avait pas actuellement d'activité adaptée pouvant augmenter la capacité de travail. Il a ajouté que des mesures professionnelles pouvaient se justifier, par une aide au placement ou une mise à niveau des connaissances d'employée de bureau.

b) On ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, qui s'est basé non seulement sur ses propres constatations mais également sur celles de ses confrères. Il s'est par

ailleurs écarté, arguments à l'appui, des motivations du Dr D._____ au sujet de la capacité de travail. En ce sens, l'expertise judiciaire permet de trancher la controverse médicale entre l'appréciation de ce médecin, mandaté en qualité d'expert par l'OAI, et les avis des Drs C._____ et W._____. Au surplus, l'expertise judiciaire se base sur une anamnèse détaillée, un examen psychiatrique complet, la prise en compte des plaintes subjectives et des autres pièces médicales figurant au dossier, avant de retenir une appréciation médicale claire (se basant notamment sur les critères diagnostiques de la CIM-10) et des conclusions dûment motivées, de sorte qu'elle a valeur probante.

c) On retiendra donc, avec le Dr R._____, que l'assurée présente une incapacité de travail psychiatrique de 50% dans ses activités exercées depuis la fin des années 1990 et qu'il n'existe pas d'activité adaptée pouvant augmenter la capacité de travail. Le droit à une demi-rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité de 50% (art. 28 al. 2 LAI), est donc ouvert.

4. Il reste à déterminer le moment à partir duquel le droit à la demi-rente peut être reconnu en faveur de la recourante.

a) Aux termes de l'art. 48 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, abrogé par l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI), le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2).

Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le

droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a; TFA I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 1; TF 8C_48/2009 du 28 avril 2009 consid. 5.2). Autrement dit, "les faits donnant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître", sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c; TF 8C_48/2009 du 28 avril 2009 consid. 5.2; TFA I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 1 et la référence citée).

Toutefois, une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 consid. 4; TFA I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 1) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a; TFA I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 1 et les références citées).

b) Au vu du dossier, il n'existe en l'espèce aucun indice donnant à penser que les atteintes de la recourante empêchaient celle-ci de connaître son état de santé et les conséquences sur sa capacité de gain. Elle ne le fait, d'ailleurs, pas valoir. Bien que faisant l'objet d'une tutelle (en l'occurrence en raison d'une interdiction civile au sens de l'art. 370 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210]) et présentant des troubles psychiques, la recourante n'en est pas pour autant incapable de discernement. On doit dès lors retenir qu'elle connaissait les faits donnant droit à des prestations.

Comme la recourante s'est annoncée à l'assurance-invalidité (au sens de l'art. 29 al. 1 LPGA) le 15 août 2007, date du dépôt de sa demande de prestations à l'OAI, elle ne peut prétendre aucune prestation pour la période antérieure au 15 août 2006. Le droit à la rente doit donc lui être reconnu dès le 1^{er} août 2006 (pour un cas similaire: TFA I 337/02 du 17 octobre 2002).

5. La recourante conclut en outre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Sur cette question, l'OAI se rallie aux conclusions de l'expert judiciaire.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13

juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

b) Le Dr R. _____ a, dans son expertise judiciaire du 15 novembre 2010, retenu une capacité de travail de 50% et précisé que des mesures professionnelles pouvaient se justifier, relevant qu'une aide au placement ou une mise à niveau des connaissances d'employée de bureau pouvaient permettre d'augmenter la capacité de travail de l'assurée à long terme, même si le pronostic sur ce plan n'était pas des meilleurs. La recourante a une formation de secrétaire médicale et a travaillé dans le domaine médical, principalement dans des EMS; au vu du dossier elle n'a toutefois plus exercé d'activité lucrative depuis 1996.

Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il se prononce sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel s'agissant de la capacité de travail résiduelle.

6. a) Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée, rendue par l'OAI le 28 janvier 2009, doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2006 et que l'OAI devra se prononcer sur le droit à des mesures d'ordre professionnel.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire, obtient gain de cause avec le concours d'un avocat d'office et a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), fixés selon l'importance du litige et la complexité de la cause ainsi que compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat. Il appartient à la Cour des assurances sociales de fixer le montant de ces dépens (art. 91 et 99 LPA-

VD), qui seront arrêtés à 5'200 fr. TVA comprise, montant qui comprend des débours par 200 fr. TVA comprise. Ce montant couvrant intégralement l'indemnité due à Me Dal Col pour l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu d'examiner cette question qui devient dès lors sans objet.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 28 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante P._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2006.
- III. La cause est renvoyée pour le surplus à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il se prononce sur le droit de la recourante P._____ à des mesures d'ordre professionnel.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V. Une indemnité de dépens de 5'200 fr. (cinq mille deux cents francs), à verser en faveur de la recourante P._____, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Dal Col, avocat à Lausanne (pour P._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif

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 :