

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Férolles , assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 7; art. 8; art 16 LPG; art. 4 al. 1; art 28 al. 2 LAI; art. 88a al.
2 RAI**

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après: l'assurée), née le 30 juillet 1955, mariée et mère de deux enfants majeurs, a déposé le 31 octobre 2003 une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 23 novembre 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr K._____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de diabète instable traité à l'insuline et de syndrome métabolique sévère, entraînant une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2003.

c) Dans un rapport médical à l'OAI du 13 janvier 2004, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé une série de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Outre les diagnostics principaux de diabète de type II, hypertension artérielle sévère, obésité, hypothyroïde substituée, arthrose sévère des genoux, ce médecin a diagnostiqué un état dépressif chronique, pour lequel il a proposé une expertise psychiatrique.

d) L'OAI a ainsi confié une expertise psychiatrique au Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 4 avril 2006, ce spécialiste a retenu notamment le diagnostic d'état dépressif majeur, d'intensité moyenne selon l'échelle de Hamilton, existant depuis 2003 en tout cas. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis l'année 2002 en tout cas, en relevant qu'il était difficile d'établir a posteriori les composantes psychiatrique et somatique de cette incapacité.

e) Dans un rapport d'examen SMR du 19 mai 2006, la Dresse F._____, spécialiste FMH en médecine interne, a estimé, après discussion avec le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin au SMR - qui a contresigné ledit rapport d'examen - que l'avis du Dr J._____ ne pouvait pas être suivi. Elle a ainsi

retenu que l'assurée ne présentait aucun trouble psychiatrique incapacitant et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

B. a) Le 6 juin 2006, l'OAI a rendu une décision refusant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que selon le SMR, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans n'importe quelle activité lucrative de son choix.

b) L'assurée a fait opposition le 23 juin 2006 contre cette décision. Le 2 août 2006, elle a complété son opposition en faisant valoir que selon ses médecins traitants, il était inconcevable qu'elle reprenne une activité salariée compte tenu des diverses atteintes à sa santé, tant psychiques que somatiques ; elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

c) Afin de compléter l'instruction, l'OAI a convoqué l'assurée pour un examen clinique rhumatologique au SMR, qui a été effectué le 28 avril 2008 par le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 29 avril 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, d'obésité morbide et d'insuffisance cardiaque à l'effort, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète de type II insulino-dépendant, d'hypertension artérielle mal contrôlée, d'hypothyroïde substituée et de troubles gastro-entérologiques chroniques sous forme de côlon spastique et d'hernie hiatale. Il a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinière, mais qu'elle présentait une capacité de travail résiduelle de 60% dans toute forme d'activité sédentaire ne nécessitant pas de déplacement à pied ou d'activité physique, et ce depuis septembre 2005.

d) L'assurée a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre [...] Lausanne du 29 octobre 2008 au 28 janvier 2009. Il ressort du rapport d'évaluation du 26 janvier 2009 que le rendement de l'assurée pendant le stage a été symbolique et qu'au vu de son rendement, sa

capacité de gain était également symbolique, seule une activité en milieu protégé pouvait être envisagée.

e) Le 4 février 2009, la Division Réadaptation de l'OAI a rendu son rapport final, dont il ressort ce qui suit :

"Une demande de rente est déposée en 2003 en raison d'un trouble psychique associé à une polymorbidité d'ordre somatique. L'assurée susnommée a effectué une mesure d'observation professionnelle auprès du centre [...]. Le rapport du centre met en évidence des difficultés psychiques et physiques, or le rapport d'examen du SMR du 22.05.2006 ne relève pas d'atteinte psychiatrique invalidante et de limitation d'ordre psychiatrique. Selon l'avis du SMR du 14.05.2008 la CT est de 60% dans une activité adaptée depuis septembre 2005, ceci pour des raisons somatiques. Lors de l'entretien avec la REA en juillet 2008, l'assurée relève des limitations qui ne sont pas mentionnées par le SMR (notamment problème de mémoire ou d'attention) et pas relevées par les intervenants du centre.

Lors de l'examen clinique effectué au SMR en avril 2008, Mme G._____ mentionne qu'au vu de son atteinte, elle ne se sent pas capable d'exercer une activité quelle qu'elle soit.

Nous procédons à une approche théorique de gain, en nous référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS. Mme G._____ n'a jamais exercé d'activité en Suisse. Auparavant elle a travaillé à l'étranger comme ouvrière ou aide de cuisine. Dès lors, nous prenons comme RS le revenu dans une activité non qualifiée à 100%, selon les données de l'office fédéral de la statistique. Le RS se monte à fr. 50'278.- en 2006 (cf. Feuille de calcul du salaire exigible du 26.05.2008).

Compte tenu du principe d'équivalence, de l'âge de l'assurée, de ses capacités d'adaptation et de ses limitations, seules des activités industrielles légères sont susceptibles d'être adaptées. Nous retenons comme facteur de réduction les limitations liées au handicap".

f) Dans un avis médical SMR du 18 février 2009, le Dr C._____ a considéré qu'une nouvelle évaluation psychiatrique ne paraissait pas nécessaire.

g) Par décision sur opposition du 20 février 2009, l'OAI a partiellement admis l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 6 juin 2006 (cf. lettres B.a et B.c supra). Il a indiqué que le SMR expliquait de manière convaincante, dans le rapport d'examen du 19 mai 2006 (cf. lettre A.e supra), les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de l'évaluation psychiatrique effectuée par le Dr J._____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 avril 2006 (cf. lettre A.d supra). Par ailleurs, il ressortait de l'examen clinique rhumatologique effectué le 28 avril 2008 au SMR (cf. lettre B.c supra) que la recourante présentait une capacité de travail de 60% depuis septembre 2005 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les positions médicales des Drs K._____ et L._____ (cf. lettres A.b et A.c supra) n'étaient pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation médicale du SMR, dès lors que les rapports médicaux établis par ces médecins traitants étaient plus succincts et moins étayés que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR. La comparaison des revenus sans et avec invalidité, évalués sur la base des données statistiques de l'ESS - soit, en 2006, 50'277 fr. 69 s'agissant du revenu sans invalidité et 27'149 fr. 95 s'agissant du revenu d'invalidé (compte tenu d'un taux d'activité de 60% et d'un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles) - faisait apparaître un degré d'invalidité de 46%, ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2006, soit une année après que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. art. 29 al. 1 let. b aLAI).

C. a) L'assurée recourt contre cette décision sur opposition par acte du 18 mars 2009, en concluant implicitement à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle fait valoir que la constatation d'une incapacité de gain de 46% n'a aucun sens aux yeux de ses médecins, qui considèrent qu'elle n'est plus du tout

capable de travailler, et qu'un stage auprès de l' [...] (cf. lettre B.d supra), dont l'OAI ne fait pas mention dans sa décision, confirme les conclusions de ses médecins. De plus, la décision attaquée ne mentionnerait pas ses atteintes au niveau psychiatrique. A cet égard, la recourante produit un courrier de la [...] (ci-après : la [...]) du 5 mars 2009.

Ce bref courrier, signé par la Dresse Z._____, chef de clinique, indique que la recourante est suivie à la [...] depuis février 2008. Dans le cadre de ce suivi psychiatrique, il a pu être observé qu'elle souffrait d'une atteinte psychiatrique importante l'empêchant d'assumer une quelconque activité professionnelle. Ce constat a également été fait par l' [...] dans son rapport de février 2009, par le Dr J._____ dans son rapport d'expertise psychiatrique en avril 2006 et par le Dr L._____, médecin traitant, dans son rapport de janvier 2004. Dans ce contexte, la [...] estime que la décision sur opposition du 20 février 2009 est injustifiée parce qu'elle ne correspond pas à l'état de santé psychique et physique présenté encore actuellement par l'assurée.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 7 juillet 2009, l'OAI expose que l'on ne saurait suivre l'affirmation de la recourante selon laquelle celle-ci ne serait pas capable de travailler. En effet, il ressort du rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 29 avril 2008 que l'intéressée présente une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles; par ailleurs, le SMR explique de manière convaincante dans son rapport d'examen du 19 mai 2006 les raisons pour lesquelles il convient de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr J._____ du 4 avril 2006. L'OAI se réfère en outre à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il n'est pas possible de prouver par une évaluation professionnelle qu'un assuré ne peut pas travailler dans une activité adaptée alors que médicalement rien ne l'en empêche (arrêt du 22 mai 2001, I 522/00; arrêt du 6 mai 2003, I 762/02); dès lors, pour se déterminer sur la capacité de travail, il y a lieu de se fonder sur les

constatations médicales objectives et non sur une évaluation subjective effectuée à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. L'OAI considère ainsi qu'en l'espèce, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante est de 60% dans une activité adaptée à son état de santé. Cela étant, il propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 19 août 2009, la recourante expose que ses problèmes psychiatriques sont graves et qu'elle ne comprend pas pourquoi l'OAI les nie. Elle souligne en outre, s'agissant de l'argument de l'OAI selon lequel il y a lieu de se fonder sur les constatations médicales objectives et non sur une évaluation subjective effectuée à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, que c'est l'OAI lui-même qui avait mandaté l' [...], dont il n'apparaît pas que leurs conclusions claires – rendement et capacité de gain symbolique –, émanant de professionnels de l'insertion, soient empreintes de subjectivité. La recourante conteste ainsi les déterminations de l'OAI et maintient ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

A l'appui de sa réplique, la recourante produit un certificat médical de son médecin traitant, le Dr L._____, du 3 août 2009, qui certifie que la recourante "présente des problèmes de santé somatiques chroniques graves accompagnés de troubles psychiques sévères qui entraînent une incapacité de travail à 100% depuis le 10.04.2003 encore en cours actuellement et ceci pour un long terme", ainsi qu'un courrier du 11 août 2009 de la Dresse Z._____ de la [...], dont la teneur est la suivante:

"Par la présente, nous vous informons que l'état psychique de la patiente susmentionnée n'a que peu évolué par rapport à ce que nous décrivions dans notre courrier à l'OAI de mars 2009. En effet, nous remarquons une certaine stabilisation de la symptomatologie, principalement imputable à l'obtention d'un permis de séjour en Suisse obtenu au printemps 2009, à un placement provisoire en appartement protégé en avril 2009 au [...] et à une amélioration de

sa problématique physique suite à une hospitalisation en milieu somatique d'environ 3 semaines en juillet 2009.

Cependant, nos observations depuis le début du suivi psychiatrique de Mme G. _____ en février 2008 nous permettent d'établir que la patiente souffre d'une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Pour ces raisons, nous estimons que l'atteinte à la santé dont souffre Mme G. _____ est invalidante, avis que nous avons déjà émis dans notre courrier adressé à l'OAI en mars 2009."

d) Dans sa duplique du 4 septembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis les pièces médicales produites par la recourante au SMR pour avis, et qu'il se ralliait à l'avis médical SMR du 28 août 2009, selon lequel les nouveaux avis médicaux justifiaient la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

e) Une expertise psychiatrique judiciaire a ainsi été confiée au Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon-les-Bains. Le rapport de l'expert, daté du 31 mars 2010, contient une anamnèse (p. 3-4), les plaintes et descriptions subjectives données par l'assurée, spontanément ou sur questions (p. 5-8), un résumé du dossier et de l'historique médical (p. 9-12), les observations cliniques effectuées par l'expert (p. 12-18), les résultats de l'examen sanguin effectué pour déterminer le taux sérique des médicaments prescrits (p. 18), une discussion (p. 18-23), les diagnostics et conclusions (p. 23-24) et les réponses aux questions (p. 24-26). Il en ressort notamment ce qui suit:

"VII. Discussion

(...)

Dans un premier temps, l'atteinte psychique de l'assurée se situe dans un registre secondaire, voire associé aux problèmes somatiques. Toute la première partie de l'anamnèse médicale est liée aux nombreux problèmes orthopédiques et de la médecine

interne. On trouve ici un cumul plutôt inhabituel et il semble même d'après les dernières informations que nous avons pu obtenir que la situation somatique s'est encore aggravée. On trouve dans le dernier rapport d'hospitalisation pas moins que 12 diagnostics différents.

Si nous mettons en parallèle cette liste diagnostique et les observations cliniques de la dernière hospitalisation (juillet 2009) de l'hôpital de [...] et les plaintes somatiques de l'assurée, on trouve ici une relativement bonne cohérence. Ceci veut dire qu'il n'est pour cette partie pas du tout nécessaire de mobiliser le terme de somatisation ou de syndrome douloureux somatoforme pour désigner ce dont la patiente souffre physiquement. Nous faisons ici une première allusion au rapport de la [...] qui fait figurer le syndrome douloureux somatoforme dans ses diagnostics.

D'après ce que nous avons pu comprendre, il y a sur le plan somatique une aggravation progressive dans le temps, dans l'étendue et encore à attendre dans le futur. Avec la quantité et l'intensité des problèmes physiques, il y a même un facteur cumulatif dans le sens que l'on ne peut pas uniquement évaluer une maladie après l'autre ou séparément, mais qu'il y a une dynamique néfaste pour l'ensemble ; on ne parle pas, par exemple sans raison d'un syndrome métabolique qui regroupe déjà plusieurs atteintes. Cela dit, il est éventuellement nécessaire de procéder à une réévaluation du côté somatique.

Après la demande de prestation à l'Assurance Invalidité et l'incertitude par rapport à l'état psychique de l'assurée une expertise psychiatrique a été établie. La lecture de ce document laisse plusieurs questions ouvertes: d'une part, la description clinique proprement dite de l'état thymique est plutôt très modérée, mais l'expert conclut d'une manière peu compréhensible ensuite à un trouble dépressif majeur d'intensité moyenne. D'autre part, on ne trouve pas de descriptions de ce que l'expert nomme «trouble panique».

En ce qui concerne le trouble somatoforme indifférencié (ou bien trouble de conversion), nous avons déjà souligné qu'il s'agit ici d'une sur interprétation inutile, car le substrat patho-anatomique était déjà à l'époque suffisant pour comprendre les plaintes et les limitations corporelles associées.

L'expert a constaté qu'il n'y a pas de traitement psychotrope suffisant en place, ni de suivi. On comprend dès lors mal, comment il a pu arriver à la conclusion d'une incapacité de travail totale et ceci rétroactivement depuis 2002.

Par contre l'expert a souligné qu'il n'y a pas d'indication pour un neuroleptique. Il a explicitement exclu une atteinte de type psychotique et aussi mis en garde contre les effets secondaires d'un tel traitement (notamment prise de poids).

Apparemment, ce message n'a pas du tout été entendu. La prescription a continué et ceci jusqu'à aujourd'hui. De notre côté, nous ne pouvons que confirmer qu'il n'y a pas de place pour une telle médication bien qu'elle soit un peu à la mode. Un certain nombre de médecins utilisent de telles substances comme anxiolytiques «remplaçant» pour éviter la prescription de benzodiazépine. Or, ce type d'approche est très discuté et très discutable.

Pendant une longue période il n'y a plus d'autres suivis ou évaluation psychiatrique, ceci jusqu'en 2008 où l'assurée est prise en charge par la [...]. À ce moment-là, nous sommes en face d'un rapport qui nous a laissés perplexes. On décrit ici un état psychique-psychiatrique très grave avec état dépressif sévère, idées suicidaires scénarisées, une palette de symptômes sévères du registre dépressif et anxieux, des symptômes psychotiques et des critères pour une personnalité borderline décompensée.

À la fin de ce rapport, on peut déduire qu'il est en étroit lien avec la menace qui pesait jusqu'ici sur l'assurée d'être renvoyé[e] dans son pays. Très probablement, les médecins ont mis ici en place une

argumentation sévère pour appuyer leur soutien au désir de l'assurée de rester dans notre pays et d'être protégée.

À notre avis, ce «rapport circonstancié» n'a que peu à voir avec la réalité clinique. Ce sont les éléments suivants qui nous font dire ceci :

1) Lorsque l'assurée a été observée pendant plusieurs mois en stage d'Afiro, entre octobre 2008 et janvier 2009, on trouve ici la description d'une femme appliquée, gentille, serviable, persévérante et sans aucune notion de dysfonctionnement sociale ou tymique majeure. Très certainement, si un tel dysfonctionnement avait existé, on en aurait trouvé une notion dans ce rapport de stage.

2) Les descriptions de l'assurée quant à son quotidien sont sans particularités et en somme assez normales: elle a un rythme normal, elle s'occupe de son ménage, de ses commissions, elle aime faire la cuisine, elle a un sommeil plus ou moins réglé, elle faire du tricot, elle partage des demi-journées avec des amies, elle fait de [la] peinture sur bois, elle suit des émission[s] de télévision etc.

Elle a donc un certain nombre d'intérêts, d'ouvertures et de plaisirs réguliers.

3) Elle a fait un voyage seule en Albanie en 2007 où elle s'est organisée avec un ami pour loger. Voyage où elle a seule assumé tous les trajets et les recherches entreprises.

4) Elle a une vie sociale en dehors des relations avec les hommes: elle a une meilleure amie et un cercle de connaissances et d'ami ainsi qu'un lieu où elle tricote une fois par semaine.

Finalement, c'est aussi notre examen clinique qui relativise beaucoup les notions dramatiques du côté des psychiatres traitants. Nous avons vu et décrit en détail une femme habillée de manière gaie, soignée sur sa personne (cheveux teints, maquillée, etc.), Dans une approche relationnelle normale, légèrement inquiète au début de séance, sans signes d'anxiétés majeurs ni au début, ni par la

suite, attentive, concentrée, spontanée, fluide et à l'aise dans sa langue maternelle, assez habile en allemand, et non démunie dans la compréhension du français (mais pas dans l'expression).

Son discours était débordant, envahissant, peu ordonné, mais pas déstructuré. Comme l'expert précédent, nous n'avons pas retenu de troubles formels. Elle était intarissable et vite dans un échauffement émotionnel et sur ce plan très varié, tantôt en larmes, tantôt larmoyante, tantôt suffocante, tantôt essoufflée, la plupart du temps proche d'une hyperventilation, labile et en grande partie dans des expressions dysphoriques avec insatisfaction, mécontentement, mal-être diffus, etc.

La forme énergétique était plutôt bonne ; si nous n'avions pas arrêté l'examen après deux heures et demie, elle aurait volontiers encore continué.

Le plus frappant et «saillant» était les éléments de la personnalité où il y a surtout un côté histrionique à retenir.

Contrairement à ce qui est souvent utilisé, une simple labilité émotionnelle ne fait pas partie du registre borderline et la biographie de l'assurée contredit également cette version. Il est pour nous difficile, voire impossible, de déterminer si la partie histrionique était déjà présente de longue date, s'il s'agissait déjà d'un dysfonctionnement ou s'il s'agit plutôt d'une accentuation.

À cette partie se rajoute encore d'autres éléments, celles d'une immaturité, d'un aspect psychonévrotique et un côté pénible. En finalité, nous trouvons l'expression «trouble de la personnalité non spécifique» assez juste, car, elle inclut plusieurs de ces aspects. Nous pensons aussi que dans ce cas, avec l'ampleur des manifestations décrites, il s'agit déjà d'un stade cliniquement significatif et non simplement de traits accentués.

Notre description clinique a clairement aussi déterminé qu'il n'y a pas de critères suffisants pour la présence d'un état dépressif.

(...)

Nous n'avons pas constaté non plus de symptômes significatifs sur le plan anxieux, l'assurée était même assez vite à l'aise, par moments à la limite de la désinhibition.

Après nos différentes considérations, nous arrivons à l'image d'une femme qui souffre authentiquement de ses nombreuses atteintes physiques, qui a une biographie un peu particulière, qui est dans une accentuation de personnalité, ne correspondant pas tout à fait aux normes habituelles, qui est également dans des fluctuations dysthymiques/dysphoriques, mais autrement pas dans une pathologie psychiatrique majeure.

VIII. Diagnostic et conclusions:

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement:

1. Autres modifications durables de la personnalité (F62.8 CIM-10) avec éléments d'une personnalité histrionique/psycho-infantile (F.60.4 CIM-10), personnalité immature/psycho-névrotique (F60.8 CIM-10),

2. Dysphorie/ dysthymie (F34.1 CIM-10).

Nous avons souligné le côté cliniquement significatif du trouble de la personnalité qui dépasse une simple «accentuation de traits de personnalité» (catégorie Z dans CIM) et qui influence maintenant l'ensemble de son fonctionnement psychique et social.

L'assurée est anosognosique pour son trouble et ne peut le corriger avec ses moyens. Ce dysfonctionnement est incorrigible et conduit à des inadéquation[s] dans la relation et à des débordements qui influencent négativement les capacités cognitives et l'exécution des tâches que l'on veut/peut lui confier.

Nous évaluons l'impact clinique de ce trouble aujourd'hui et dans la durée à un 40% d'incapacité de travail. Alternativement, avec une présence de 100% à un lieu de travail, son rendement est diminué de 40%.

Sous forme de «rétro projection» (mais sans certitude car nous n'avons pas examiné l'assurée avant), nous pensons que ce trouble s'est accentué progressivement pour atteindre en 2006 le seuil significatif de 40%. Nous nous appuyons ici indirectement sur les constats retenus dans l'expertise du Dr J._____.

Le deuxième diagnostic ne conduit pas à une incapacité de travail ni diminution de rendement."

f) Invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise, la recourante, par l'intermédiaire du Centre [...], a précisé par lettre du 15 avril 2010, s'agissant de la constatation contenue en page 6 du rapport d'expertise qu'elle habitait dans une chambre attribuée par l'assistante sociale, qu'il ne s'agissait pas d'une simple chambre, mais d'une structure protégée à but socio-éducatif au [...] à [...].

Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical SMR établi le 19 avril 2010 par la Dresse M._____, dont il ressort ce qui suit:

"L'expert psychiatre retient un diagnostic d'autres modifications durables de la personnalité immature (F62.8) avec éléments de personnalité histrionique (F60.4) et immature (F60.8), ainsi qu'une dysthymie (F34.1). Le dysfonctionnement de la personnalité, incorrigible pour l'assurée, amène à des inadéquations dans la relation et à des débordements qui diminuent ses capacités cognitives et influencent négativement l'exécution des tâches confiées. Ce trouble de personnalité est responsable d'une incapacité de travail de 40%, et ceci depuis 2006.

Néanmoins, cette expertise psychiatrique révèle également que l'assurée a été hospitalisée à 6 reprises entre 2008 et 2009 pour des

problèmes d'ordre somatique (cf. p.11). Par conséquent, il y a manifestement des faits nouveaux somatiques, qui sont intervenus avant la DSO [réd. : décision sur opposition] (20.02.2009) et qu'il s'agirait d'investiguer, comme le suggère l'expert-psychiatre (cf. p.19). Dès lors, je vous propose de requestionner le médecin traitant de l'assurée sur l'évolution de l'état de santé somatique de l'assurée entre avril 2008 (date de l'examen clinique SMR) et février 2009, en lui demandant de joindre une copie des rapports d'hospitalisation".

g) Le 29 avril 2010, le juge instructeur a invité l'OAI à demander au Dr L._____, médecin traitant de la recourante, un rapport médical détaillé, accompagné des copies des rapports d'hospitalisation, sur l'évolution de l'état de santé somatique de la recourante entre avril 2008 et février 2009, et à lui transmettre ce rapport au Tribunal dans les meilleurs délais en y joignant le cas échéant un nouvel avis médical du SMR.

h) Le 5 juillet 2010, l'OAI a transmis au juge instructeur le rapport médical établi le 25 mai 2010 par le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale à Clarens, accompagné des copies des rapports d'hospitalisation. Il y a joint un avis médical SMR établi le 17 juin 2010 par la Dresse M._____, auquel il a déclaré se rallier et dont la teneur est la suivante :

"Voir avis médical SMR du 19.04.2010 pour un exposé du contexte du recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Conformément à la proposition du SMR, le Dr L._____, médecin traitant de l'assurée, a été réinterrogé et a versé au dossier de nombreux rapports d'hospitalisations de l'assurée survenues entre fin 2007 et 2009.

Après analyse des ces divers rapports médicaux, il s'avère que l'assurée présente de multiples pathologies somatiques mal contrôlées malgré les traitements entrepris. Même si, en soi, ces différentes pathologies ne sont pas incapacitantes, l'assurée présente de nombreuses complications et de nombreuses limitations fonctionnelles liées à chacune d'entre elles, en plus des limitations

ostéo-articulaires et psychiatriques déjà décrites au dossier (examen clinique SMR du 28.04.2008 et expertise psychiatrique du 31.03.2010). L'assurée souffre en particulier d'une pathologie cardiaque sévère, dont le diagnostic a été posé en novembre 2008 lors d'une hospitalisation. A cette occasion, des investigations complémentaires ont mis en évidence une cardiomyopathie dilatée d'origine indéterminée dans le contexte d'un diabète de type 2 insulino-requérant mal contrôlé et de facteurs de risque cardiovasculaires importants (voir lettre d'hospitalisation du 12.12.2008 de l'Hôpital Riviera, annexée au RM du 25.04.2010). L'échocardiographie a montré une dysfonction ventriculaire gauche globale avec une fraction d'éjection estimée à 25-30% en novembre 2008. Par la suite, l'assurée est encore hospitalisée à 3 reprises courant 2009 pour bronchite, exacerbation de sa bronchopneumopathie chronique obstructive ainsi que pour une nouvelle décompensation cardiaque.

En conclusion, au vu des nouveaux rapports à disposition, l'assurée présente manifestement un état de santé qui s'est péjoré en novembre 2008. Compte tenu de la nature, de la sévérité et du nombre de pathologies somatiques et psychiatriques que présente l'assurée, compte tenu des complications et des nombreuses limitations fonctionnelles qui en découlent, l'état de santé de l'assurée justifie une IT totale dans toute activité à partir du 24.11.2008, date de son hospitalisation à l'Hôpital [...]. L'aggravation de l'état de santé de l'assurée (novembre 2008) est antérieure à la DSO [réd. : décision sur opposition] (février 2009), mais nous en avons eu connaissance que postérieurement à la DSO avec le rapport médical du Dr L. _____ d'avril 2010".

Constatant qu'il ressort de cet avis médical SMR que la recourante présente une incapacité de travail totale à partir du 24 novembre 2008, l'OAI considère qu'il y a lieu d'admettre que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2009 (soit trois mois après l'aggravation de son état de santé) et propose dès lors l'admission partielle du recours dans ce sens, en confirmant sa position pour le surplus.

i) Invitée à se déterminer sur la proposition en procédure faite par l'OAI, la recourante a indiqué le 19 juillet 2010 qu'elle n'avait aucun commentaire à ajouter par rapport à cette proposition.

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). 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition rendue conformément à la procédure applicable avant l'introduction de la procédure de préavis (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI), est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit 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), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{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, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V

134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Le juge des assurances sociales 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter 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 352 consid. 3b/aa et les

références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Par ailleurs, 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 du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). 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 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). 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 l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

3. En l'espèce, il convient de distinguer l'évolution des atteintes à la santé dont souffre la recourante - et surtout l'évolution des répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante - sur le plan psychique d'une part (cf. consid. 3a infra) et sur le plan somatique d'autre part (cf. consid. 3b infra).

a) Sur le plan psychique, au vu des divergences entre d'une part les avis médicaux du Dr L._____, médecin généraliste traitant (qui dans son rapport médical du 13 janvier 2004 évoquait un état dépressif chronique et dans son rapport médical du 3 août 2009 évoque des

« troubles psychiques sévères » ; cf. lettres A.b et C.c supra), du Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mis en œuvre comme expert par l'OAI (qui dans son rapport d'expertise du 4 avril 2006 a retenu notamment le diagnostic d'état dépressif majeur, d'intensité moyenne selon l'échelle de Hamilton, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité; cf. lettre A.d supra) et de la Dresse Z._____, chef de clinique à la [...] (qui dans ses courriers du 5 mars 2009 et du 11 août 2009 évoque une « pathologie psychiatrique sévère et chronique » empêchant la recourante d'assumer une quelconque activité professionnelle; cf. lettres C.a et C.c supra), et d'autre part l'avis médical du SMR (qui sans avoir examiné la recourante a estimé le 19 mai 2006 que celle-ci ne présentait aucun trouble psychiatrique incapacitant et qu'elle conservait une capacité de travail totale dans toute activité ; cf. lettre A.e supra), une expertise psychiatrique judiciaire a été ordonnée et confiée au Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de l'expert judiciaire, daté du 31 mars 2010, est extrêmement complet et satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être reconnue (cf. consid. 2c supra). Pour les motifs convaincants exposés par l'expert judiciaire (cf. lettre C.e supra), et dans la mesure où aucun élément ressortant du dossier ne permet de s'écarter de l'appréciation de ce dernier, la Cour de céans retient qu'en raison des troubles de la personnalité constatés par l'expert judiciaire - autres modifications durables de la personnalité (F62.8 CIM-10) avec éléments d'une personnalité histrionique/psycho-infantile (F.60.4 CIM-10), personnalité immature/psycho-névrotique (F60.8 CIM-10) -, la recourante présente depuis 2006, sur le plan strictement psychiatrique, une incapacité de travail durable de 40% (cf. lettre C.e supra), conclusion qui est partagée par la Dresse M._____ dans son avis médical SMR du 19 avril 2010 (cf. lettre C.f supra).

b) Sur le plan somatique, au vu des rapports médicaux relativement succincts du K._____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie, du 23 novembre 2003 (cf. lettre A.b supra), et du Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale, du 13 janvier 2004 (cf. lettre A.c supra), qui posaient une série de diagnostics ayant une

répercussion sur la capacité de travail, l'OAI a convoqué l'assurée pour un examen clinique rhumatologique au SMR, qui a été effectué le 28 avril 2008 par le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Le rapport de ce spécialiste, daté du 29 avril 2008, comprend une anamnèse fouillée, une description détaillée du status général et du status ostéoarticulaire, une analyse du dossier radiologique, les diagnostics retenus - soit les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, d'obésité morbide et d'insuffisance cardiaque à l'effort, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète de type II insulino-dépendant, d'hypertension artérielle mal contrôlée, d'hypothyroïde substituée et de troubles gastro-entérologiques chroniques sous forme de côlon spastique et d'hernie hiatale - et une appréciation circonstanciée du cas (cf. lettre B.c supra). Ce rapport décrit clairement le contexte médical, de même que l'appréciation de la situation médicale, et ses conclusions - à savoir que sur le plan somatique, la recourante présente depuis septembre 2005 une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - sont bien motivées. Il convient donc de retenir, sur la base du rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 29 avril 2008, qui remplit toutes les exigences posées par la jurisprudence et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, que depuis septembre 2005, les atteintes à la santé physique dont souffre la recourante ont entraîné une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la recourante présentait dès cette date une capacité de travail résiduelle de 60% dans toute forme d'activité sédentaire ne nécessitant pas de déplacement à pied ou d'activité physique.

c) Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante a présenté dès septembre 2005 une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (soit toute forme d'activité sédentaire ne nécessitant pas de déplacement à pied ou d'activité physique). C'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu, sur la base d'une comparaison des revenus effectuée conformément à l'art. 16 LPGA

(cf. consid. 2a supra) et qui n'est pas contestée, que la recourante présentait à l'issue du délai d'attente d'une année un degré d'invalidité de 46%, ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2006 (cf. lettre B.g supra). Le fait que la recourante ait depuis 2006 présenté une incapacité de travail de 40% également pour des raisons psychiatriques (cf. consid. 3a supra), indépendamment des atteintes à sa santé physique, n'a pas entraîné de modification de cette situation dès lors que sa capacité de travail était déjà de toute manière limitée à 60% en raison des limitations fonctionnelles somatiques (cf. consid. 3b supra).

d) Cela étant, au vu du rapport d'expertise psychiatrique du Dr D._____, qui a révélé que postérieurement à l'examen clinique rhumatologique SMR du 28 avril 2008, la recourante avait été hospitalisée à six reprises entre 2008 et 2009 pour des problèmes d'ordre somatique, le Dr L._____ a été invité à établir un rapport médical détaillé, accompagné des copies des rapports d'hospitalisation, sur l'évolution de l'état de santé somatique de la recourante entre avril 2008 (date de l'examen clinique rhumatologique au SMR) et février 2009 (date de la décision attaquée). Or comme l'a constaté la Dresse M._____ dans son avis médical SMR du 17 juin 2010 (cf. lettre C.h supra), il ressort du rapport médical établi le 25 mai 2010 par le Dr L._____ et des nombreux rapports d'hospitalisations qui y étaient joints que l'état de santé de la recourante s'est péjoré en ce sens qu'une pathologie cardiaque sévère a été diagnostiquée en novembre 2008 lors d'une hospitalisation et qu'à cette occasion, des investigations complémentaires ont mis en évidence une cardiomyopathie dilatée d'origine indéterminée dans le contexte d'un diabète de type 2 insulino-requérant mal contrôlé et de facteurs de risque cardiovasculaires importants ; par la suite, la recourante a encore été hospitalisée à trois reprises en 2009 pour bronchite, exacerbation de sa bronchopneumopathie chronique obstructive ainsi que pour une nouvelle décompensation cardiaque. Dans ces conditions, force est de constater, comme l'a fait la Dresse M._____ dans son avis médical SMR du 17 juin 2010 (cf. lettre C.h supra) au vu des nouveaux rapports à disposition, que compte tenu de la nature, de la sévérité et du nombre de pathologies somatiques et psychiatriques que présente la recourante, compte tenu

des complications et des nombreuses limitations fonctionnelles qui en découlent, elle présente une incapacité de travail totale dans toute activité à partir du 24 novembre 2008.

Au vu de cette aggravation, il y a lieu d'admettre, à l'instar de l'OAI (cf. lettre C.h supra), que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} février 2009, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (cf. consid. 2a supra).

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis – conformément à la proposition en procédure faite par l'OAI (cf. lettre C.h supra), par rapport à laquelle la recourante a indiqué n'avoir aucun commentaire à ajouter (cf. lettre C.i supra) – et la décision sur opposition rendue le 20 février 2009 par l'OAI réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2009.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante G._____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2006 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2009.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice 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 :

- Mme G._____
- 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 :