

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 décembre 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Thalmann
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à Morges, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier,
Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 7ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1975, anciennement vendeuse puis employée de commerce auprès de l'école privée [...], à [...], a déposé le 28 mars 2002, une demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'un reclassement professionnel. Indiquant avoir bénéficié des prestations de l'aide sociale à compter de septembre 2001, l'assurée faisait valoir un problème de hanches (coxa valga antetorta bilatérale) présent depuis sa naissance.

Dans son rapport médical du 13 avril 2002, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne à [...] (médecin traitant), a mentionné à titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, une dépression chronique avec angoisses, une coxa valga antetorta douloureuse existante depuis la naissance de sa patiente ainsi qu'une dépression (depuis environ quatre ans). Selon ce praticien il eût été souhaitable que l'assurée suive une psychothérapie en sus d'un éventuel reclassement professionnel.

Dans son rapport médical du 7 juin 2002, le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chef de clinique adjoint auprès de l'hôpital de [...], s'est prononcé en ces termes:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: Coxa valga antetorta bilatérale, plus marquée à G [gauche] qu'à D [droite] existant depuis indéterminé. Scoliose dorso-lombaire sinistro-convexe existant depuis l'adolescence.

[...]

1.2 L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible?

Oui, mais seulement à raison de 3-4h/j.

1.3 Y'a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui, nécessite de pouvoir s'asseoir et alterner les positions assises et debout régulièrement.

2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent?

Oui, en trouvant un job permettant d'alterner les stations assises et debout et sans port de charges lourdes supérieures à 15 kg ou nécessitant de longs déplacements.

2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité? Oui.

2.2.1 Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour)? A 100%.

2.2.2 Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution de rendement? Non."

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) dans le cadre de l'instruction du dossier, la caisse-chômage concernée a transmis le 12 décembre 2002 une liasse de documents intitulés "Preuves de recherches personnelles effectuées en vue de trouver un emploi" attestant des recherches professionnelles entreprises par l'assurée du mois d'octobre 1999 jusqu'à la fin mai 2001.

Selon questionnaire du 9 juillet 2003 adressé par l'OAI, l'assurée a indiqué être suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...].

Interpellée par l'OAI, dans son rapport médical du 25 août 2003, la Dresse G._____ s'est exprimée comme il suit sur le cas de sa patiente:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis environ quatre ans.

B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que: Vendeuse, 80% depuis 2001.

[...]

3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées? Oui.

[...]

5. Constatations objectives: Jolie jeune fille, paraissant 10 ans plus jeune que ses 27 ans, très immature, intelligence à la limite inférieure de la norme. Elle est agréable dans le contact, dispose d'une certaine culture. Elle paraît assez équilibrée, n'est en général pas triste, bien élevée, gentille. Elle a une certaine difficulté à gérer ses affects agressifs. Au lieu de se montrer fâchée, elle fait la tête ou elle a mal quelque part. Cette façon de réagir est entièrement inconsciente.

7. Thérapie/pronostic: Il est très important que la jeune femme puisse trouver une occupation qui donne sens à sa vie et la satisfasse. Elle a eu beaucoup de plaisir à travailler dans un manège où elle s'occupait aussi des enfants qui prenaient des cours d'initiation à l'équitation. Je pense qu'il s'agit là de quelque chose qui lui correspond bien. Elle se sent vite dépassée par les événements si

les exigences sont trop élevées. Elle est décidée de ne pas retourner dans la vente.

[...]

1.2 L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible? Non.

Y'a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure? Oui, ne peut plus rester debout.

2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent? Non.

2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité? Oui.

2.2.1 Si oui, quel genre d'activité est envisageable? Par exemple dans un manège. A quoi faudrait-il être particulièrement attentif? Eviter trop d'heures debout. Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée? Environ 4 [heures/jour].

2.2.2 Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement? Non."

Sur demande de l'OAI, le SMR Léman a mis en œuvre un examen psychiatrique de l'assurée en date du 23 janvier 2004. Selon rapport SMR du 26 janvier 2004 établi par le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie générale, l'appréciation du cas était la suivante:

"Diagnostics

- Trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits obsessionnels et abandonniques.
- Trouble douloureux chronique.

Appréciation du cas

[...]

Sur le plan affectif, l'assurée manifeste une grande fragilité en situation d'abandon, correspondant à l'aménagement émotionnellement labile de sa personnalité. Elle présente, suite à la rupture avec son second ami et la perte de son emploi, une décompensation dépressive avec une perte pondérale de 12 kg, liée à une inappétence, sans qu'on puisse parler d'anorexie. Son état dépressif s'étant exacerbé, l'assurée est brièvement suivie par la Dresse G._____, psychiatre à [...], qui la prend en charge de février à juin 2002. L'examen au SMR met en évidence un trouble dépressif et anxieux mixte, correspondant à la décompensation d'une personnalité émotionnellement labile à traits obsessionnels et abandonniques. Celui-ci est cependant en rémission depuis le mois de septembre 2003, à la suite d'une initiation à l'hippothérapie, qui a permis à l'assurée de retrouver un équilibre thymique et de reprendre du poids. Il persiste néanmoins des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, sous forme d'une baisse d'estime de soi, d'insomnies, de ruminations anxieuses, de troubles modérés de l'attention et de la concentration, de fatigabilité, de lenteur liée à des vérifications obsessionnelles et d'un retrait social relatif.

Concernant la capacité de travail exigible, elle a été réduite à 0% de septembre 2001 à septembre 2003 en raison de son trouble dépressif anxieux mixte. Dès le mois d'octobre 2003, la capacité de

travail exigible de l'assurée est de 80%. Il n'est pas certain que son activité habituelle de vendeuse soit adaptée à la fragilité de sa personnalité, à sa lenteur et à ses difficultés relationnelles. Une évaluation par la REA [division réadaptation], ainsi qu'un éventuel réentraînement au travail seraient souhaitables, après une interruption d'activité de plus de quatre ans.

Capacité de travail exigible

80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles."

Sur décision de l'OAI du 20 août 2004 lui octroyant le droit à des mesures professionnelles, l'assurée a effectué un stage d'orientation d'une durée de trois mois à partir du 9 août 2004 auprès du Centre Orif, à [...]. Dans un rapport de stage du 4 novembre 2004 M. D._____, directeur du Centre Orif de [...], indiquait que si l'assurée possède les capacités requises pour travailler dans le domaine bureau, un suivi psychothérapeutique régulier s'avérait toutefois opportun pour permettre à l'intéressée de remplir les conditions nécessaires à la vie professionnelle, tel que le respect des horaires et d'un cadre.

Selon rapport intermédiaire de la division administrative de l'OAI du 9 décembre 2004, il a été décidé de requérir des renseignements médicaux supplémentaires auprès de la Dresse G._____ (alors psychiatre traitant) afin de déterminer la possibilité d'un réentraînement au travail dans l'économie ainsi qu'à en définir le cas échéant le pourcentage.

A teneur du rapport intermédiaire de la division administrative de l'OAI du 28 avril 2005, des renseignements médicaux complémentaires au dossier, l'assurée était alors en mesure de suivre une mesure de réentraînement au travail auprès du centre Orif de [...]. Relevant le refus signifié par l'assurée quant à la mise en œuvre de la mesure de réinsertion professionnelle précitée, l'OAI communiquait sa volonté de recontacter son assurée d'ici six mois.

Selon décision de l'OAI du 16 mai 2006, l'assurée a bénéficié de mesures professionnelles sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle d'une durée de trois mois auprès du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP), à [...].

Selon note interne du 16 novembre 2006, confirmée par rapport du CIP établi le 10 janvier 2007, l'OAI a mentionné qu'au vu de l'attitude "immature et de justification éternelle" et de l'"absentéisme massif" de l'assurée auprès de l'équipe d'évaluation du CIP, le stage d'orientation était arrêté au profit d'un stage de validation auprès d'une agence de voyages, ceci afin de vérifier si l'intéressée se responsabiliserait d'avantage chez un employeur.

A teneur d'une notice téléphonique du 28 novembre 2006, l'OAI constate que le stage de validation en entreprise n'a pas été concluant. En définitive, l'assurée apparaissait ne pas pouvoir être placée.

Rendue attentive par l'OAI le 2 février 2007 à son obligation légale de collaborer en lien avec la mise en œuvre de mesures professionnelles, l'assurée a fait savoir selon entretien téléphonique du 27 février 2007 à l'assureur social, qu'elle était disposée à tout mettre en œuvre afin d'assumer un taux d'exigibilité d'au moins 80% de façon stable et sans absentéisme, dans la mesure où ses problèmes de dos le lui permettraient. Par décision de l'OAI du 2 mai 2007, l'assurée a bénéficié de mesures professionnelles sous la forme d'un stage pratique et théorique en bureau/réception/téléphone d'une durée de trois mois à un taux de présence de 80% (avec rendement complet) auprès de l'entreprise [...], à [...].

Selon rapport d'activité final du 20 août 2007 établi par la direction de l'entreprise [...], à [...], il a été reconnu que l'assurée disposait des capacités professionnelles nécessaires pour effectuer un travail administratif à 50-60%. Il était précisé que les insuffisances relevées avaient trait à la motivation et à la volonté d'engagement dans un travail qualifié par avance de négatif par l'assurée.

Informé à la mi-juillet 2007 que, depuis le 28 juin 2007, l'assurée était suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse A. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...], l'OAI a décidé le

24 août 2007 un complément d'instruction médicale afin de déterminer plus précisément ce qui était exigible de la part de l'assurée en matière de capacité de travail.

Selon rapport médical du 12 septembre 2007, le nouveau médecin traitant, le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine générale, estimait la capacité de travail actuelle à 50% maximum tout en réservant l'expertise d'un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation.

Dans son rapport médical du 19 novembre 2007, retenant une anxiété généralisée avec attaque de panique, un trouble de dépressif récurrent, un épisode actuel moyen, un trouble somatoforme douloureux et une hypochondrie, la Dresse A. _____ a partagé l'appréciation du médecin traitant s'agissant de la quotité de la capacité de travail arrêtée à 50%.

Sur délégation de l'OAI et afin de pouvoir examiner le droit éventuel de l'assurée à l'octroi de prestations financières, le SMR a convoqué cette dernière en vue d'un examen médical effectué en ses services le 7 février 2008. Selon rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 5 mars 2008, le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, s'est exprimé comme il suit:

"Diagnostics:

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun sur le plan psychiatrique

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22).

Appréciation du cas

[...]

Notre examen clinique psychiatrique n' a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant invalidant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles:

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

L'assurée est au chômage depuis l'an 2000 et a fourni des incapacités de travail à 50% lors de stages de réadaptation.

[...]

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%

Dans une activité adaptée: 100% depuis: Toujours."

Par projet de décision du 1^{er} décembre 2008, l'OAI a préavisé dans le sens de l'octroi d'une rente AI entière à partir du 1^{er} septembre 2002 jusqu'au 31 janvier 2004. En substance, l'OAI a retenu que depuis le mois de septembre 2001 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail s'était considérablement restreinte. Des pièces médicales au dossier, il ressortait que cette capacité de travail était de 80% dans les anciennes activités ou dans une activité adaptée à l'état de santé ceci depuis le mois d'octobre 2003. S'agissant de la période antérieure au mois d'octobre 2003, la capacité de travail de l'assurée a été estimée nulle dans toute activité professionnelle. Après que l'assurée eût fait part de ses objections, l'OAI, par décision du 15 mai 2009, lui a finalement alloué une rente AI entière rétroactive pour la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 janvier 2004.

B. Par acte du 17 juin 2009, l'assurée a formé recours contre la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 15 mai 2009. La recourante conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée du 1^{er} septembre 2002 au 31 août 2007, puis une demi-rente pour la période qui suit le 31 août 2007. A l'appui de son recours, elle a produit copie d'une correspondance adressée à son conseil par son psychiatre traitant, la Dresse A. _____, dans laquelle la prénommée annonce maintenir son appréciation de la situation, nonobstant le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du Dr F. _____ du 5 mars 2008.

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il rappelle que le rapport d'examen psychiatrique SMR du 5 mars 2008 reconnaît une capacité de travail de 80% et qu'il n'y a dès lors pas lieu de rediscuter ces

constatations médicales, lesquelles ne sauraient être remises en cause par des observations subjectives rapportées en date du 20 août 2007 à la suite d'un stage d'évaluation professionnelle.

Après un second échange d'écritures entre les parties, le juge instructeur a mis en œuvre, selon correspondances des 4 et 16 février 2010, une expertise judiciaire psychiatrique en désignant le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...], en qualité d'expert. Le 24 juillet 2010, après un examen clinique, un entretien avec les parents de la recourante, un entretien téléphonique avec la Dresse A._____ et la lecture complète du dossier remis, le Dr J._____ a déposé son rapport d'expertise psychiatrique. Après avoir exposé les faits, les antécédents médicaux et chirurgicaux, mentionné les plaintes actuelles de l'expertisée, l'expert judiciaire retient ce qui suit:

" Anamnèse

En préambule à l'anamnèse, le soussigné doit rapporter que l'assurée ne donne que les informations qu'elle veut bien donner, effectuant le tri qui lui convient au moment de la consultation médicale.

Comme ce qu'elle rapporte n'est pas fiable, l'intéressé s'est référé au dossier, à ce qu'a rapporté le médecin psychiatre traitant et à ce qu'on relaté les parents afin d'obtenir les informations nécessaires à répondre à vos questions.

Anamnèse familiale

L'assurée a été adoptée à l'âge de 6 mois. Le père adoptif est né en 1939. Il était maître socioprofessionnel au centre OR de [...]. Cet homme serait en bonne santé. L'expertisée dit avoir une bonne entente avec lui.

La mère est née en 1944. Elle est maîtresse d'école enfantine. Elle a été elle-même adoptée. Cette femme aurait eu un malaise cardiaque il y a quatre ans. Elle serait porteuse d'un stent coronarien. L'assurée dit également avoir une bonne entente avec elle.

L'expertisée a un frère adoptif de deux ans son cadet qui a également été adopté. Cet homme travaille comme chauffeur livreur. Il va bien. Mme P._____ dit avoir de bons rapports avec lui. L'assurée dit avoir eu l'occasion de rencontrer sa famille biologique il y a plusieurs années. Elle garde des contacts avec sa mère et la famille de celle-ci. Elle dit n'avoir plus de liens avec son père biologique.

A la question des antécédents psychiatriques, l'expertisée dit que sa mère biologique est impulsive. Elle dit qu'elle pourrait souffrir d'un trouble bipolaire. Mère à 18 ans, cette femme aurait dû placer l'assurée en adoption parce qu'elle n'arrivait pas à l'assumer.

Anamnèse personnelle

Mme P._____ dit être née à [...] d'un accouchement normal. Elle ne rapporte rien de véritablement utilisable sur son développement

psychomoteur qu'elle veut être normal. Elle rapporte une énurésie secondaire dans les premières années d'école et des bégayements occasionnels, en cas de stress.

Ses parents rapportent une situation beaucoup plus préoccupante. Toutes les acquisitions ont été lentes et laborieuses. L'assurée leur aurait été confiée, alors qu'elle était déjà hypotone et qu'elle présentait des signes de carence de maternage. Le pédiatre aurait dit sa colère que l'enfant n'ait pas été mis en adoption dès sa naissance, étant donné le contexte.

L'assurée était peu communicative. Elle ne souriait pas. Elle était lente. L'acquisition de la propreté a été laborieuse. L'alimentation a pu être maniérée et difficile. Toute prise d'autonomie était source de problèmes. L'enfant P. _____ tendait à s'isoler dans sa chambre et à éviter les contacts sociaux.

On sait encore les difficultés d'apprentissage de l'écriture chez cette enfant qui se dit ambidextre, la maîtresse lui attachant la main gauche dans le dos. Il y avait des angoisses vespérales voire des terreurs nocturnes avec des insomnies rebelles. L'assurée ne se sentait en sécurité que dans sa chambre. Elle rapporte des suivis psychiatriques ou psychologiques "depuis toujours".

Les parents confirment les suivis par deux pédopsychiatres (avec intervention d'une psychomotricienne pendant 3 ans) jusqu'aux débuts de l'âge adulte.

La scolarité a été difficile. L'assurée dit avoir commencé ses écoles à [...] jusqu'en quatrième primaire. Elle a redoublé cette dernière année scolaire.

Mme P. _____ a poursuivi ses écoles à [...] jusqu'en huitième primaire. Elle dit avoir raté deux années. Elle dit avoir terminé en neuvième primaire simple, n'ayant pas réussi à atteindre le niveau primaire supérieur.

Si l'expertisée dit avoir eu des difficultés scolaires, elle ne présentait apparemment pas de troubles du comportement. Elle se décrit alors par l'expression "sage comme une image".

Par la suite, l'expertisée a débuté par un apprentissage de vendeuse en papeterie de 17 à 19 ans. Elle dit avoir obtenu son CFC. Elle a poursuivi chez le même patron encore une année, obtenant par là son CFC de gestionnaire de vente.

Par la suite, l'assurée dit avoir effectué quelques mois d'école ménagère rurale à [...]. Elle est ensuite entrée à l'école [...] de [...] [recte: [...]] où elle dit avoir obtenu un diplôme à l'âge de 22 ans.

L'expertisée dit avoir ensuite travaillé dans un magasin de meubles avec une activité polyvalente de bureau, de vente et de décoration. Elle dit y être restée une année et demie. Elle dit avoir souhaité changer d'emploi, car elle aurait été sollicitée par un autre employeur. Elle dit avoir été licenciée au deuxième mois d'essai de ce nouvel emploi, après un arrêt maladie. Depuis cette dernière activité professionnelle en 1998, l'expertisée ne semble plus jamais avoir oeuvré dans le monde ordinaire du travail.

L'assurée dit alors avoir timbré deux ans de chômage. Elle a suivi par les prestations de l'aide sociale. Elle a déposé sa demande de prestations à l'Assurance invalidité en 2002. L'examen au SMR Suisse romande ayant préconisé une évaluation professionnelle, l'assurée a effectué des stages de quelques mois au centre ORIPH [recte: Orif] de [...], à la CIP de [...] puis au [...] de [...] jusqu'en 2007. Depuis lors, elle n'a plus été l'objet de mesures professionnelles jusqu'à ce jour, au vu d'un constat d'échec, entre

autres choses. Elle est actuellement prise en charge par la fondation IPT.

Dans le courant des années 2000, l'expertisée dit avoir eu l'occasion de travailler avec des enfants en hippothérapie. Cette activité l'aurait énormément motivée. Elle dit avoir dû y mettre fin en raison de problèmes économiques.

Vie personnelle

L'expertisée est relativement vague sur sa vie affective. Elle n'est pas mariée. Elle dit ne pas avoir d'enfant.

Actuellement, Mme P. _____ dit avoir un ami d'un an son cadet qui est informaticien. Elle dit que cette relation dure depuis plus de trois ans et demi. En l'état, il n'y a pas de projet concret de mariage ni de grossesse. Du point de vue de l'assurée, cette relation est solide et se passe bien.

A la question générale de sa vie affective, l'expertisée se dit plutôt stable dans ses relations. Le dossier rapporte néanmoins des échecs successifs, l'expertisée semblant se lier à des hommes qui profitent d'elle. On sait aussi une décompensation dépressive en 1993 après que l'assurée ait été abandonnée par l'un de ses compagnons.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

L'assurée réfute toute maladie ou accident graves. La seule intervention chirurgicale qu'elle rapporte est une adénoïdectomie vers l'âge de trois ans.

On sait la coxa valga antetorta et des dorso-lombalgies depuis des années qui ont fait l'objet d'une évaluation spécialisée.

Mme P. _____ dit ne boire que rarement de l'alcool. Elle dit ne pas consommer de drogues. Elle dit fumer cinq à six cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans.

Affection actuelle

Les problèmes de la petite enfance et de l'enfance ont été rapportés plus haut.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré[e] a toujours été suivie jusqu'à l'âge de 15 ans.

Une décompensation dépressive est vraisemblable après que l'assurée ait été abandonnée par l'un de ses compagnons en 1993.

Par la suite, on peut faire l'hypothèse de deux épisodes dépressifs, chaque fois accompagnés d'une perte de poids. Le premier est apparu au moment où l'assurée a pris son premier emploi et a quitté le domicile parental. Le deuxième relève d'une rupture sentimentale et d'autres pertes en 2000.

L'assurée a revu son pédopsychiatre en situation de crise à 21 ans. Elle a été suivie par Mme le Dr G. _____, médecin psychiatre, entre 2001 et 2004 de façon très épisodique.

Le tableau clinique de fond est en fait resté relativement constant. Tout est déjà dit dans le remarquable rapport médical du Dr Q. _____ du 13.04.2002. Il est question de fatigue, de stress, d'une hypersensibilité à la critique et de douleurs de l'appareil locomoteur sans fondement organique probant. La prise en soins est qualifiée de difficile, car l'assurée "a beaucoup de peine à adhérer à une quelconque proposition". Un reclassement professionnel est évoqué et l'indication à une psychothérapie est posée. Il est alors question d'une incapacité de travail à 100%.

Dans les faits, Mme P. _____ aura un parcours chaotique jusqu'à ce jour, sans jamais s'engager ou pouvoir s'engager dans ce qui lui est proposé tant sur le plan médical que professionnel. Elle est habillée d'étiquettes diagnostiques variables comprenant le syndrome

douloureux somatoforme persistant, des troubles anxieux ou dépressifs et un trouble de personnalité.

Questionnée sur l'évolution, l'assurée n'apporte pas d'informations vraiment utilisables. Elle dit que son état de santé varie en fonction du moment, sans plus. Elle ne rapporte pas d'amélioration ni de péjoration nette depuis le début des années 2000.

Situation actuelle

L'assurée dit qu'elle vient d'être prise en soins par Mme le Dr V. _____ spécialiste FMH en médecine générale à [...]. En date du 07.06.2010, elle n'aurait consulté cette consoeur qu'à une reprise, il y a un ou deux mois.

L'expertisée dit aussi être suivie par Mme le Dr A. _____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...]. Au moment de la présente évaluation, elle n'a en fait plus vu ce médecin depuis 2009 et n'a pas pris de nouveau rendez-vous avec elle.

Actuellement, l'expertisée dit ne plus prendre de médication psychotrope. Elle aurait temporairement été sous Cipralex (antidépresseur). Le médecin traitant viendrait de lui prescrire du Méfénacide et du Mydocalm pour les douleurs de l'appareil locomoteur.

Mme P. _____ dit vivre dans son propre appartement en compagnie de son ami. Elle décrit une relation de couple solide et stable, même si elle rapporte que son compagnon aurait de la peine à comprendre ses symptômes.

L'assurée dit se lever vers 7 heures le matin et se coucher entre 23 heures et minuit et parfois beaucoup plus tard.

L'assurée dit tenir l'entier de son ménage : nettoyage, vaisselle, lessive, repassage. Elle dit qu'elle prend beaucoup de temps pour effectuer ce travail, sachant qu'elle a besoin de pauses.

L'expertisée dit préparer les repas. C'est elle-même qui effectuerait les courses, même si elle dit qu'elle a de la peine à porter ses achats.

Mme P. _____ rapporte des hobby: couture, bricolage, animaux. Elle dit avoir deux chats, deux tortues aquatiques, des poissons et des fourmis dont elle s'occupe très méticuleusement à son domicile. Elle dit aimer dessiner, peindre et jardiner.

L'assurée dit que son réseau social s'est restreint depuis qu'elle ne travaille plus. Elle dit avoir dû faire le tri de ses amis. Dans la règle, elle dit ne pas se sentir isolée. Elle garde des contacts avec sa famille et ses parents en particulier.

L'expertisée n'a pas de permis de conduire. Elle dit avoir été amenée à la première consultation par son père et sa mère. Elle est venue avec eux pour la deuxième. Elle dit vivre de l'aide sociale. Elle dit n'avoir jamais rencontré de problèmes avec la justice.

Plaintes actuelles

Laissée à ses plaintes spontanées, l'assurée dit qu'elle est fatiguée, fatigable et qu'elle a la peine à se concentrer.

Dans un deuxième temps, l'expertisée dit que ce n'est pas seulement mental mais aussi physique. Elle dit qu'elle a un problème de musculature avec des douleurs du bas du dos. Elle parle du bassin décalé. Elle dit que ça s'est empiré avec le temps.

Le questionnement systématique fait actuellement réfuter une symptomatologie dépressive franche. L'assurée dit qu'elle n'est pas triste. Elle dit qu'elle n'a pas perdu l'intérêt et le plaisir à la vie. Elle rapporte par contre la fatigue anormale et permanente.

Pour le reste, l'assurée dit que son estime d'elle-même est conservée. Elle ne rapporte pas de culpabilité pathologique. Elle

réfute toute idée suicidaire. L'appétit et la libido ne seraient pas altérés.

L'expertisée rapporte des difficultés de concentration. Elle relate également une insomnie qui touche essentiellement le début de nuit et, dans une moindre mesure, le milieu de nuit.

La recherche de symptômes anxieux est peu contributive. L'expertisée rapporte, dans le passé, des symptômes valant pour des attaques de panique. Elle dit qu'il n'y en a plus actuellement. L'expertisée dit ne pas éviter les situations de foule et de confinement. Elle dit qu'elle ne craint pas manifestement les situations sociales. Elle dit qu'elle n'a plus eu d'attaques de panique depuis longtemps.

L'expertisée rapporte une méticulosité excessive qui l'oblige à vérifier et à contrôler ce qu'elle a effectué. Ce trait de personnalité peut lui faire perdre du temps à certaines occasions. Il ne perturbe néanmoins pas son fonctionnement quotidien de façon significative.

La recherche de symptômes en rapport avec les conduites alimentaires n'est pas contributive. Il n'y aurait pas de conduites volontairement restrictives. Il n'y a pas d'exercice physique excessif dans le but de perdre du poids. Il n'y a pas de conduites boulimiques.

L'assurée ne rapporte pas de problèmes avec les substances psychoactives. Elle ne relate pas de symptômes du registre cérébro-organique. Il n'y a pas de symptomatologie psychotique floride.

Observation

A l'examen, on est face à une femme de 35 ans qui se présente d'emblée comme immature et infantile et qui fait manifestement plus jeune que son âge. L'hygiène et la tenue vestimentaire sont correctes. La collaboration est apparemment bonne.

L'expertisée veut néanmoins garder le contrôle de l'investigation. Elle parle, parle, parle et remplit l'espace qui est laissé à disposition. Elle élude de grands pans de son histoire personnelle, donnant l'impression de ne vouloir raconter que ce qui l'arrange. Le soussigné doit revenir au dossier et contrôler l'information pour reconstruire une anamnèse quelque peu fiable.

L'assurée est orientée dans le temps et dans l'espace. Elle est parfaitement vigile. Elle ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. Le status permet de réfuter sans autre une affection cérébro-organique. L'expertisée n'est nullement triste. Elle sourit. Elle est sensible à l'humour. Elle se montre vive et intéressée. Elle n'est jamais au bord des larmes, même à l'évocation de ses difficultés existentielles. Elle n'est pas ralentie. L'activité psychomotrice est normale.

L'expertisée ne montre pas d'anxiété particulière. Elle n'est jamais tendue, même si le discours est parfois quelque peu prolix. Il n'y a pas de fébrilité anxieuse.

Le cours de la pensée est normal. Les associations d'idées sont ordinairement bonnes. Il n'y a pas d'indices pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations.

Globalement, l'assurée frappe par son côté immature, par son besoin de contrôler et de se montrer avec l'image qu'elle veut donner d'elle. La fragilité sous-jacente ne fait pourtant aucun doute. L'attitude générale en consultation laisse présager d'énormes difficultés dans ses relations interpersonnelles.

Diagnostic

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de:

- Trouble mixte de la personnalité (F61.0)

selon les critères de la dénomination de la CIM-10.

Cette pathologie est vraisemblablement l'expression adulte d'un trouble envahissant du développement (F84.9).

Appréciation finale

[...]

- Conclusion diagnostique

En conclusion, le soussigné fait l'hypothèse d'un trouble envahissant du développement (séquelles de psychose infantile) ou d'un autre trouble développemental [recte: du développement] précoce qui a laissé ses traces à l'âge adulte. Celles-ci s'expriment essentiellement par un grave trouble de personnalité rejoignant les critères du trouble mixte de personnalité (F61.0).

Pour le soussigné, on doit réfuter le syndrome douloureux somatoforme persistant dans ce cas. Il n'y en a pas les critères. Les plaintes douloureuses pourraient partiellement sortir du champ médical sans que cela remette en question la pathologie psychiatrique grave de l'expertisée.

L'évolution de l'assurée est par ailleurs marquée d'épisodes anxieux et dépressifs itératifs, au gré de ses difficultés existentielles. Pour le soussigné, ceux-ci n'ont jamais eu la gravité et la durée qui devraient les faire prendre en compte en termes d'incapacité de travail.

Au vu des conclusions de l'évaluation R._____ au SMR Suisse romande, on doit encore revenir sur le trouble anxieux et dépressif mixte, puisqu'il a été corrélé par eux à une incapacité de travail psychiatrique.

La CIM-10 définit cette catégorie peu usitée de troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2) par la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers.

Pour qu'on puisse poser ce diagnostic, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (palpitations, sécheresse buccale, gêne épigastrique) qui ne sont plus au premier plan ici, même si l'assurée a pu présenter de tels symptômes dans le passé. Il se pose dès lors la question de savoir s'il a été justifié de retenir ce trouble à l'époque.

Quoiqu'il en soit, cette entité diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte ne saurait être corrélée à une incapacité de travail, puisqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique se situant en dessous de la sévérité requise pour des troubles anxieux et dépressifs de gravité suffisante pour être spécifiques. Le soussigné est formel sur ce point.

Appréciation asséculo-logique

L'appréciation asséculo-logique du cas P._____ n'est pas aisée.

Pour le soussigné, il n'est pas justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique entière. Il n'est pas davantage justifié de considérer que le fait que cette assurée ait perdu pied dans le monde du travail soit exclusivement dû à des causes non psychiatriques et médicales et de ne pas retenir d'incapacité de travail dans ce cas.

Au terme de son évaluation, le soussigné retient la situation rare mais tout de même connue en clinique d'un trouble de personnalité

d'une gravité telle qu'il détermine des limitations psychiatriques importantes et une incapacité de travail significative. Cette pathologie de personnalité pourrait être l'expression de séquelles d'une psychose infantile au vu des arguments développés plus haut. L'expertisée a des comportements de dépendance importants. Elle tend à déléguer aux autres des responsabilités qui sont siennes. Elle a du mal à mettre en place des projets et à les mener à terme, dans la mesure où elle doit fonctionner seule

L'assurée a un gros handicap relationnel, quoi qu'elle en dise. Ses relations interpersonnelles sont difficiles et son entourage peut tendre à s'épuiser. Elle est projective et ne se remet pas en question. Elle a toujours son explication à tout, ce qui peut susciter des attitudes négatives et générer des conflits. Elle présente aussi des épisodes dysphoriques intenses qui perturbent ses relations interpersonnelles.

Les traits de personnalité antisociale se reflètent dans les difficultés de l'assurée à respecter les règles ordinairement admises dans la vie sociale et professionnelle. Mme P._____ se montre peu responsable. Elle peine à respecter des horaires, quels qu'ils soient. Elle peut donner l'impression de n'en faire qu'à sa tête. Dans certaines situations de stress, elle pourrait être difficile à supporter dans le monde ordinaire du travail.

[...]

Pour tous ces motifs, le soussigné est d'avis qu'on doit retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il chiffre cette incapacité à 50% et pas plus. Cette incapacité relève des limitations mentionnées plus haut et consécutives à un grave trouble de personnalité.

L'expertisée conserve par ailleurs des ressources. Elle peut fonctionner correctement dans certaines situations. Elle s'occupe probablement bien de ses animaux. Elle prend correctement soin de sa personne. Elle peut s'investir dans les domaines qui l'intéressent, même s'il y a des difficultés dans la durée. Sur le plan psychiatrique et dans la mesure où les exigences ne sont pas celles d'un plein temps, il est raisonnablement exigible que l'expertisée ait une activité professionnelle à hauteur de 50% dans les professions qu'elle a exercées jusqu'ici.

Puisqu'il faut chiffrer et dater, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 50%. Il la fait remonter à 2001, en prenant comme repère le rapport médical de Mme le Dr G._____, médecin psychiatre de l'expertisée à l'époque. Cette incapacité de travail est vraisemblablement restée constante depuis lors. Elle pourrait être fixée pour une longue durée.

Cette appréciation actuelle de l'incapacité de travail ne s'écarte pas vraiment de celle de l'examen SMR du 23.01.2004 dans la mesure où une incapacité de travail psychiatrique de 20% est formellement retenue et que les confrères du SMR précisent qu'il n'est pas certain que l'activité habituelle de vendeuse soit adaptée à la fragilité de la personnalité de l'assurée, à sa lenteur et à ses difficultés relationnelles.

Le soussigné n'admet d'incapacité de travail psychiatrique supérieure à 50% depuis 2001 et s'écarte sur ce point de l'appréciation R._____ du SMR Suisse romande du 23.01.2004. Le trouble anxieux et dépressif mixte ne saurait être corrélé à une incapacité de travail, puisqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique se situant en dessous de la sévérité requise pour retenir des troubles anxieux et dépressifs spécifiques. Pour le soussigné,

l'incapacité de travail psychiatrique de Mme P._____ n'a pas excédé les 50% depuis 2001.

Cette appréciation actuelle de l'incapacité de travail à 50% s'écarte des conclusions de l'examen clinique psychiatrique du 03.03.2008 au SMR Suisse romande, en faisant l'hypothèse explicative que l'évaluateur en cause n'a pas eu les moyens conséquents d'investigations du soussigné et qu'il ne retient dès lors qu'un simple trouble de l'adaptation.

A toutes fins utiles, le soussigné fait remarquer que ses conclusions asséurologiques ne seraient pas véritablement différentes, même si on retenait un trouble somatoforme, quel qu'il soit. La co-morbidité psychiatrique devrait être considérée comme grave et incapacitante en soi, compte tenu de ce qui a été développé plus haut au sujet des antécédents et du trouble de personnalité. La notion de processus maladif de longue durée ne ferait aussi aucun doute, sachant qu'on est vraisemblablement en présence de séquelles de psychose infantile. Même si le traitement était augmenté en qualité et quantité, le soussigné n'est pas persuadé que la réponse thérapeutique serait bonne. En ce sens on ne peut pas dire qu'il n'y aurait pas eu résistance au traitement selon les règles de l'art. La chronicité ne fait plus de doute dans une situation qui n'évolue que peu depuis près de 10 ans. La coxa valga antetorta peut valoir pour une affection corporelle chronique de longue durée et ses conséquences en termes de douleurs peuvent être admises, même si ces dernières sont en discordance avec les bases organiques objectives. La situation semble bel et bien figée depuis des années. Il est par contre vrai qu'un réseau social minimal reste conservé.

Sur le plan psychiatrique et en prenant compte l'ensemble des critères habituellement examinés en cas de trouble somatoforme, le soussigné pense qu'il ne serait pas raisonnablement exigible de cette assurée qu'elle reprenne son activité professionnelle antérieure au-delà d'un 50%.

Actuellement, le traitement devrait vraisemblablement être augmenté. Un suivi psychothérapeutique serait souhaitable. Une médication psychotrope pourrait avoir son sens lors des épisodes anxieux et dépressifs. Une prise en soins intégrée auprès des institutions psychiatriques serait probablement la démarche la plus adéquate.

[...]

Conclusions

[...]

Au terme de cette appréciation, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 50%. Il la fait remonter à 2001. Cette incapacité de 50% est vraisemblablement restée constante depuis lors. Elle est vraisemblablement fixée pour une longue durée.

Actuellement, le traitement pourrait augmenter, essentiellement en termes qualité de vie. Une aide au placement pourrait être utile chez une personne qui est exclue du monde du travail depuis plusieurs années.

Le soussigné ne pense pas, en l'état, que les mesures tant médicales que professionnelles soient à même d'augmenter la capacité de travail de l'expertisée. Le pronostic pourrait être sombre."

Un avis médical SMR du 24 août 2010 établi par le Dr Z._____, médecin chef adjoint, retient que l'expertise judiciaire précitée

remplit tous les critères pour se voir conférer pleine valeur probante. Ce praticien se rallie à la conclusion de la reconnaissance d'une capacité de travail de 50% dans toute activité en lien avec les domaines de compétences de la recourante.

Dans sa détermination du 31 août 2010, s'en remettant entièrement à l'avis médical SMR précité, l'OAI indique qu'après réexamen il considère qu'à partir de juin 2001, la recourante présente une capacité de travail de 50% dans toute activité à portée de ses connaissances professionnelles.

Le 6 septembre 2010, la recourante a indiqué réduire les conclusions de son recours, la décision attaquée étant réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 janvier 2004 puis à une demi-rente pour la période qui suit le 31 janvier 2004. Elle s'est en outre dite prête à étudier toute solution transactionnelle au litige émanant de l'intimé.

Le 12 octobre 2010, l'intimé déclare ne pas vouloir emprunter la voie transactionnelle et s'en remettre par conséquent à justice.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté dans le délai légal

de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, la décision attaquée alloue une rente AI entière pour la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 janvier 2004. Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 15 mai 2009, respectivement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2002 au 31 janvier 2004 soit reconnu et qu'une demi-rente soit allouée après le 31 janvier 2004.

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. 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. 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 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de

critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2).

d) Un diagnostic d'atteinte à la santé psychique n'entraîne pas nécessairement une invalidité au sens du droit fédéral. Selon la jurisprudence, l'art. 7 al. 2 LPGA – qui prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable – exprime un principe du droit des assurances sociales quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. Dans le domaine des atteintes psychiques, l'expert est tenu d'évaluer s'il est objectivement et raisonnablement possible d'attendre de son sujet que ce dernier surmonte ses limitations et partant exerce une activité lucrative en dépit de ses limitations, sans se limiter à la perception subjective de l'intéressé (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Ce devoir d'objectivisation implique une analyse rigoureuse de la part de l'expert du degré de gravité, donc des répercussions des atteintes psychiques observées. Dans ces conditions, un trouble psychiatrique diagnostiqué conformément aux règles de l'art n'entraîne pas nécessairement une invalidité justifiant le droit à une rente AI. La capacité à exercer une activité adaptée dépend plutôt du degré de gravité, donc des répercussions des atteintes psychiques observées (ATF 130 V 396 consid. 6.2 et 127 V 294 consid. 4c).

4. a) Le Dr J._____ (expert judiciaire) retient dans son rapport d'expertise psychiatrique du 24 juillet 2010 le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61.0), pathologie qui est l'expression adulte d'un trouble envahissant du développement (F84.9) (séquelles de psychose

infantile). L'appréciation médicale de l'expert en question, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, résulte d'un rapport établi suite à une lecture du dossier, d'un examen clinique ainsi que d'entretiens tant avec les parents qu'avec le psychiatre traitant la recourante. Dans son rapport de vingt huit pages, l'expert judiciaire brosse une anamnèse familiale et personnelle (p. 5-7), relate les antécédents médicaux et chirurgicaux (p. 7), prend en compte les affections et plaintes actuelles (p. 8-10), pose son diagnostic (p. 11), porte une appréciation médicale et asséurologique détaillée (p. 12-22), adopte des conclusions étayées et claires (p. 22-23) et répond aux questions posées (p. 24-28). Au vu de son contenu, force est d'attribuer valeur probante au rapport d'expertise judiciaire précité (cf. consid. 3c) supra). La Cour de céans souligne en l'occurrence que tant l'intimé dans sa détermination du 31 août 2010 - se référant à l'appréciation de l'avis médical SMR du 24 août 2010 - que la recourante ne contestent pas la pleine valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique établi le 24 juillet 2010 par le Dr J._____.

b) Concernant l'aspect médical et au vu de l'expertise judiciaire, il se justifie ainsi de considérer l'existence d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0) en tant qu'atteinte à la santé psychique persistante après les traitements et mesures de réadaptation exigibles au sens de l'art. 7 al. 1 LPGA. L'expert judiciaire estime que cette affection n'est pas objectivement surmontable par la recourante de sorte qu'elle est de nature à engendrer une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA; cf. consid. 3d) supra). Il retient la situation rare dans laquelle le trouble de la personnalité diagnostiqué détermine des limitations psychiatriques importantes avec pour corollaire une incapacité de travail importante. Au vu des comportements de dépendance importants, des relations interpersonnelles difficiles et des difficultés de la recourante à se conformer aux règles ordinairement admises dans la vie sociale et professionnelle (ainsi que cela a pu être constaté à l'occasion des différents stages d'orientation professionnelles suivis), les répercussions des atteintes psychiques observées sont telles qu'il n'est à l'évidence pas raisonnablement exigible que la recourante occupe une activité professionnelle à un taux supérieur à 50% dans des professions

précédemment exercées. Se référant aux constatations émises en son temps par l'ancien psychiatre traitant (cf. réponse à la lettre B du rapport médical du 25 août 2003 de la Dresse G. _____), le Dr J. _____ fixe le début de l'incapacité de travail au mois de juin 2001, en précisant qu'étant vraisemblablement restée constante depuis lors, cette incapacité peut être fixée pour une longue durée sans que d'éventuelles mesures médicales ou professionnelles n'y puissent rien changer.

L'expert judiciaire expose en page 21 de son rapport les motifs pour lesquels il se distancie de l'appréciation du SMR (cf. avis médical SMR du 26 janvier 2004) qui retenait une incapacité de travail psychiatrique supérieure à 50% de septembre 2001 à septembre 2003. De l'avis du Dr J. _____, le trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits obsessionnels et abandonniques diagnostiqué par le SMR constitue une pathologie située en deçà de la sévérité requise pour pouvoir retenir des troubles anxieux et dépressifs spécifiques. Dite affection ne saurait par conséquent être corrélée à une quelconque incapacité de travail avec pour conséquence qu'il n'existe en l'espèce aucun justificatif médical permettant de retenir une incapacité de travail supérieure à 50%. L'expert relève au surplus que la recourante n'a été suivie entre 2001 et 2004 par un médecin psychiatre que de façon très épisodique. Les conclusions de l'expert judiciaire doivent être partagées motif pris qu'elles se fondent notamment sur une anamnèse fouillée et complète (cf. p. 5-8 du rapport d'expertise judiciaire psychiatrique du 2010) comprenant en particulier un entretien avec les parents de la recourante en présence et avec l'accord de cette dernière, moyens d'investigations élargis dont les Drs R. _____ et L. _____ ne bénéficiaient pas pour l'établissement du rapport SMR du 26 janvier 2004 de sorte que leurs conclusions ne se basaient pas sur des éléments anamnestiquement complets.

c) Dans son rapport, l'expert judiciaire arrête le début de l'incapacité de travail de longue durée au mois de juin 2001 (cf. consid. 4b ci-avant), de sorte que le droit à une demi-rente AI est ouvert depuis juin 2002, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

5. En définitive, sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 24 juillet 2010 du Dr J._____, la recourante a droit à une demi-rente AI dès le 1^{er} juin 2002. Le recours est donc partiellement admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée dans cette mesure.

6. a) 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. 1bis LAI). A teneur de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de justice ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics, tels que les OAI (cf. art. 54 ss LAI). Partant, compte tenu de son issue, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 15 mai 2009 est réformée en ce sens que P._____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2002.

III. Il n'est pas perçu d'émolument de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :