

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et Mme Feusi , assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Sébastien Pedroli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8; art 16 LPG; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) V. _____ (ci-après: l'assurée), née le 23 septembre 1964, est célibataire et mère d'un enfant né en 1997. Elle a travaillé comme coiffeuse, puis comme vendeuse et a connu une période de chômage.

Du 1 septembre 1994 au 31 janvier 2005, date de son licenciement — son dernier jour de travail effectif ayant été le 24 novembre 2004 —, l'assurée a oeuvré pour A. _____ comme collaboratrice administrative, occupée à divers travaux administratifs (compilation de formulaires, scannage de documents, remplacements à la réception, tri du courrier) à raison de 42,5 heures par semaine, pour un salaire annuel brut qui s'est élevé en 2004 à 59'766 fr. 35.

Le 30 juin 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

b) Dans un rapport médical du 31 août 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état anxieux, d'épisode dépressif et de personnalité fragile à traits narcissiques, le tout existant depuis 2003 au moins. Il a attesté une incapacité de travail de 100% du 30 avril 2003 jusqu'au 31 août 2003, puis de 50% jusqu'au 28 octobre 2003, puis de 100% jusqu'au 15 janvier 2004, puis de 50% jusqu'au 22 juin 2004, puis de 100% jusqu'au 19 juillet 2004, puis de 50% jusqu'au 1^{er} novembre 2004, puis de 30% jusqu'au 30 novembre 2004, puis de 100% jusqu'au 30 juin 2005, puis de 50% depuis le 1 juillet 2005. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, pas davantage qu'une autre activité, précisant que dans le cadre d'un état anxieux-dépressif avec comorbidité psychiatrique, le problème n'était pas le type ou la durée du travail, mais la capacité à effectuer un travail quelconque.

c) Au rapport médical du Dr K. _____ était joint un rapport de consilium adressé le 23 mai 2005 au médecin-conseil de G. _____, assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, par le Dr X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort ce qui suit:

"Dans cette expertise, il s'agit d'examiner la capacité de travail de Mme V. _____.

Ce rapport se base sur:

— l'entretien que j'ai eu avec Mme V. _____ le 14 avril 2005 à mon cabinet

— et l'étude du dossier que vous m'avez transmis.

(...)

Au vu de la lecture de votre dossier, des éléments anamnestiques et de l'observation clinique, je retiens les diagnostics suivants:

— état anxieux (F41.1 dans la classification internationale de l'OMS des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10)

— épisode dépressif (F32.9 dans la classification internationale de l'OMS des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10)

— personnalité fragile à traits narcissiques (F69 dans la classification internationale de l'OMS des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10)

(...)

L'expertisée souffre d'un état anxio-dépressif dont l'importance et l'intensité justifient du point de vue psychiatrique une incapacité de travail à 100% pour une durée qui ne peut pas être actuellement déterminée.

Pour évaluer les pourcentages et dates, je vous propose de rejoindre les incapacités de travail établies par le médecin-traitant.

La présence de co-morbidité psychiatrique actuelle comme le trouble de la personnalité sous-jacent est un facteur de mauvais pronostic.

Des tests projectifs de personnalité pourraient permettre de mieux cerner le système défensif de l'assurée. L'incapacité de travail étant claire à mon sens, ils ne m'ont pas paru nécessaires actuellement.

Au vu de la psychopathologie décompensée présentée par le sujet sur un mode qui semble commencer à se chronifier, une évolution

vers l'invalidité n'est pas exclue et une annonce du cas à l'AI est indiquée".

d) Ensuite d'un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) établi le 23 janvier 2006 par la Dresse T._____, qui relevait que le rapport d'expertise du Dr X._____ faisait une description insuffisante du status psychiatrique et ne précisait pas les critères qui seraient nécessaires pour poser les diagnostics d'état anxieux (F41.1) et d'épisode dépressif (F32.9) et pour déterminer une invalidité, l'OAI a convoqué l'assurée pour un examen clinique psychiatrique au SMR. Cet examen a été effectué le 26 avril 2007 par la Dresse U._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, laquelle a effectué, l'examen psychiatrique et la discussion du cas en présence du Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a donné lieu à un rapport du 30 mai 2007, dont il ressort ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:
 - aucun
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - état anxieux en rémission (F41.1)
 - accentuation de certains traits de personnalité (Z73. 1)

APPRECIATION DU CAS

La vie de l'assurée est marquée par une enfance malheureuse, où elle aurait subi de la maltraitance physique dès l'âge de 2 ans infligée par son père, et à 8 ans de probables attouchements sexuels pendant une colonie de vacances.

Notre assurée est labile, très abandonnique, dépendante, immature, narcissique, avec un besoin de toute-puissance qui met en échec toute tentative de psychothérapie.

En 2000, elle développe une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, qui ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante, et qui actuellement est en rémission complète.

Dans le consilium psychiatrique du 23.05.05, le Dr X._____, psychiatre à Lausanne, pose les diagnostics d'état anxieux, d'épisode dépressif sans précision, et de personnalité fragile à traits narcissiques, sur la base de l'entretien du 14.04.05. Le psychiatre atteste une «incapacité de travail à 100% pour une durée qui ne peut pas être actuellement déterminée», cependant son rapport fait une description insuffisante du status psychiatrique, il ne précise pas les critères qui seraient nécessaires pour retenir le diagnostic d'état anxieux, et surtout celui d'épisode dépressif sans précision, pour déterminer une invalidité.

Le médecin traitant, le Dr K._____, dans son rapport médical du 31.08.05, retient les diagnostics d'état anxieux, d'épisode dépressif, de personnalité fragile à traits narcissiques, le tout existant depuis 2003, et il atteste une incapacité de travail à 100% du 30.04.03 jusqu'au 31.08.03, à 50% du 01.09.03 au 28.10.03, à 100% du 28.10.03 au 15.01.04, à 50% du 15.01 au 22.06.04, à 100% du 22.06 au 19.07.04, à 50% du 19.07 au 01.11.04, à 30% du 01.11.04 au 30.11.04, à 100% du 30.11.04 au 30.06.05, et à 50% depuis le 01.07.05.

Dans le questionnaire pour l'employeur, le dernier jour de travail effectif est le 24.11.04, et aucune incapacité de travail n'est attestée.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

Sur la base de notre observation clinique, le diagnostic d'état anxieux, selon la CIM-10, caractérisé par la présence d'une anxiété généralisée et persistante, ne survenant pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée, et qui ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante, est actuellement en rémission.

La «structure de personnalité», qui est une organisation psychodynamique particulière se référant à la théorie psychanalytique, ne veut pas dire «trouble de la personnalité».

Des structures de personnalité peuvent en fait parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique. Dans le cas de notre assurée, elle présente une accentuation de certains traits de personnalité, surtout narcissiques, abandonniques et dépendants, qui ne représentent pas une maladie psychiatrique invalidante, et n'ont aucune incidence sur la capacité de travail.

La symptomatologie anxiodépressive réactionnelle à la séparation de son compagnon, et à des difficultés financières, est actuellement en rémission complète. Il ne s'agit pas d'une symptomatologie dépressive chronique et invalidante, mais plutôt d'une instabilité de l'humeur réactionnelle à des difficultés existentielles de notre assurée, qui explique le diagnostic «d'épisode dépressif sans précision», retenu par le Dr X._____.

A noter que selon la CIM-10, seul un 1^{er} épisode de chacun des 3 degrés de dépression, léger, moyen ou sévère, doit être classé sous F32, et la distinction entre les différents degrés d'une dépression légère, moyenne et sévère, repose sur le nombre, la nature et la sévérité des symptômes dépressifs. Dans le consilium psychiatrique, le Dr X._____ ne tient pas compte de ces critères de la CIM-10.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et elle présente donc une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité".

e) Dans un rapport d'examen SMR du 14 juin 2007, la Dresse T._____ a exposé que l'examen clinique psychiatrique réalisé au SMR démontrait que les diagnostics retenus par le Dr X._____ ne correspondaient pas à une pathologie invalidante et qu'en outre la symptomatologie était actuellement en rémission; elle en concluait que la capacité de travail avait toujours été entière.

B. **a)** Le 27 novembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de prestations, pour le motif qu'il ressortait de l'examen clinique psychiatrique réalisé au SMR que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employée de commerce.

b) Ce projet de décision a été confirmé par décision du 21 janvier 2008, que l'OAI a toutefois annulée après avoir reçu un rapport médical du Dr K._____, médecin traitant, du 28 janvier 2008, qui faisait état d'une rechute de l'état dépressif de l'assurée, avec une composante anxieuse marquée depuis décembre 2007.

Le 18 février 2008, l'avocat Sébastien Pedroli a informé l'OAI que l'assurée lui avait confié la défense de ses intérêts.

c) Dans un rapport médical du 17 juillet 2008, la Dresse R._____, cheffe de clinique adjointe, et Mme L._____, psychologue associée, de la Policlinique du Département de Psychiatrie du CHUV, consultation de Chauderon, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de personnalité schizotypique, existant depuis toujours, et de fonction intellectuelle limitée (R41.8), existant depuis toujours; elles ont précisé que l'incidence des troubles de l'assurée sur sa capacité de travail avait été de plus en plus importante jusqu'à la rendre incapable de travailler, et ont estimé l'incapacité de travail de l'assurée en tant qu'aide de bureau à 100% depuis début 2005. De ce rapport, il ressort ce qui suit:

“Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Aînée de deux enfants, Mme V._____ a un frère, schizophrène et au bénéfice de l'AI. Les parents divorcent lorsque la patiente a 6 ans. Elle se souvient d'un père violent, qui la jetait contre les murs et qui lui donnait d'énormes fessées. La mère se remariera avec un homme également violent avec son épouse et avec les enfants de celle-ci.

La patiente se décrit comme une fille sage qui a rapidement rencontré des problèmes à l'école. Elle avait des problèmes de langage et a été suivie à l'école [...]. Elle réintègre l'école publique mais dans les classes à effectif réduit. Elle tente un apprentissage de vendeuse mais elle n'est pas capable de suivre des cours théoriques. Elle se formera à la coiffure à l'École [...] qu'elle termine puis travaille pendant une année et demi. Pendant sept ans elle travaillera à la [...] puis quitte. Trois ans de chômage puis en 1994 elle est engagée chez [...] où elle a travaillé jusqu'à 2004.

Elle rencontrera un homme avec qui elle ne se mariera jamais dont elle aura un enfant. Il est peu présent mais cela se passe plutôt bien. Lorsqu'elle tombe enceinte accidentellement, lui ne veut pas du bébé et elle avorte. Une année après elle décide alors d'avoir un enfant sans demander l'avis de son conjoint, Ils passeront deux ans ensemble, assez bien, à s'occuper de leur fils [...]. Cet enfant a toujours eu des problèmes, il est suivi pour hyperactivité et est sous traitement de [...].

Les conjoints se séparent mais restent en bons termes et Mme V. _____ bénéficie de ce soutien et du soutien de sa famille à lui.

Mme V. _____ a toujours présenté des difficultés au niveau de ses relations avec les autres. En effet elle craint toujours d'être jugée, rejetée, de se sentir inférieure. Au niveau professionnel elle est sans cesse face à ces difficultés-là. Son sentiment d'insuffisance est en outre objectivable étant donné les réelles lacunes qu'elle a au niveau de son fonctionnement intellectuel.

Symptômes actuels/état actuel

Actuellement Mme V. _____, qui ne travaille plus, évite certaines des difficultés qu'elle a, notamment au niveau de sa crainte d'être jugée, pas à la hauteur, et rejetée. Le problème subsiste pourtant au niveau de sa vie familiale, avec son fils en grandes difficultés et le père de celui-ci.

On note en ce moment un épisode dépressif d'intensité moyenne sans symptôme somatique. Elle est souvent anxieuse, ce en raison des difficultés liées à son trouble de la personnalité.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

La patiente dit faire des efforts pour tenir le coup dans cette vie où elle voit peu de gens, tentant de maintenir sa mère qui lui fait du mal à distance et certaines de ses amies qui ne l'aident pas. La gestion de son fils, qui est à domicile le soir est, en soi, un travail considérable pour elle. Elle a peur de l'avenir, se sent triste, et se sent victime d'une enfance extrêmement douloureuse avec des parents irresponsables, enfance dont elle dit qu'elle l'empêche d'avancer.

En effet, Mme V._____ est en difficultés entre l'envie qu'elle aurait de travailler un peu pour s'occuper d'autre chose que de son fils et de ses soucis, mais sait bien que cela mettrait en péril son équilibre actuel, extrêmement fragile. Le fait d'être de nouveau en rapport avec d'autres gens, le fait de se sentir incompétente, de se sentir jugée et rejetée, risque de nouveau de l'envahir.

Pronostic

Il n'est pas exclu que en mettant en place un traitement pour limiter un trop grand retrait social de cette patiente, une activité protégée, à son niveau, puisse être envisageable. Ceci pourrait être envisagé aussi car son fils grandit et qu'elle aura moins besoin de s'occuper de lui comme elle doit le faire maintenant".

d) Dans un rapport médical du 15 octobre 2008. le Dr K._____ a renvoyé l'OAI à son rapport médical du 31 août 2005 (cf. lettre A.b supra), en précisant que l'assuré était suivie par la Policlinique Psychiatrique universitaire depuis février 2008 et qu'il ne l'avait revue depuis lors qu'en septembre 2008 pour un état grippal et un bilan d'asthénie.

Dans un avis médical du 23 février 2009, le Dr F._____ a exposé ce qui suit:

"Le rapport d'examen SMR du 14.6.2007 ne retenant aucune maladie invalidante au sens de l'AI, une décision de refus a été communiquée à l'assuré le 21.1.2008.

Cette décision est annulée à la suggestion de l'OAI, après avoir reçu un rapport de son médecin traitant faisant état d'une péjoration de l'état de santé depuis décembre 2007.

Le 17.6.2008, un rapport du DUPA retient les diagnostics de personnalité schizotypique et fonction intellectuelle limite, existant depuis toujours. La date du début de prise en charge et le traitement ne sont pas mentionnés. Une incapacité de travail de 100% est attestée depuis début 2005, quand bien même les diagnostics existent depuis toujours et n'ont pas empêché l'assurée de travailler de 1994 à 2005 à la satisfaction de son employeur.

Le Dr K._____, interniste, nous renvoie à son rapport de 2005, ce qui signifie implicitement que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis lors, contrairement à ce que le même praticien avançait dans son courrier à l'OAI de janvier 2008.

En conclusion, nous avons mis en évidence de nombreuses incohérences qui font que l'on ne peut pas entériner l'aggravation alléguée. Il convient de convoquer l'assurée une nouvelle fois au SMR pour un examen psychiatrique destiné à juger de l'évolution depuis mai 2005".

e) L'assurée a ainsi été convoquée pour un nouvel examen clinique psychiatrique au SMR. Cet examen a été effectué le 11 mars 2009 par la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a donné lieu à un rapport du 17 mars 2009, dont il ressort ce qui suit:

"STATUS PSYCHIATRIQUE

Assurée de présentation correcte, orientée et collaborante. La mobilisation est souple et harmonieuse, la position assise est stable sur la chaise durant 2 heures. Aucun mouvement antalgique n'a été décelé.

Le contact est agréable, l'attitude courtoise. La maîtrise de la langue française est de bonne qualité, avec un vocabulaire riche et une syntaxe bien maîtrisée. Le discours est cohérent, informatif et le focus bien partagé. L'assurée comprend très bien les enjeux de l'entretien, ses capacités de raisonnement sont dans les normes. Elle retrace son anamnèse avec une bonne mise en confiance, la mémoire des dates et des faits est parfois floue, l'assurée parvenant à solliciter spontanément des repères pour se situer. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée. La réaction à la confrontation conduit à des explications calmes et pertinentes. L'attitude est globalement séductrice, avec une tendance à attirer la sollicitude d'autrui dans un positionnement de victime incomprise, sans velléité d'autocritique.

Sur le plan de l'anxiété, l'assurée apparaît comme une femme fragile. Lorsque sa sensibilité est ébréchée, elle laisse l'impression de «se fermer», n'abordant plus les sujets qui peuvent la blesser. Lorsqu'elle y est tout de même confrontée, elle fond en sanglots.

Sur le plan des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité est ralentie, la thymie en grande partie en pleurs. L'appétit est perçu comme variable, devenant nul lorsque des émotions l'envahissent. Le sommeil est de bonne qualité. Les troubles de l'attention et de la concentration sont importants; parfois l'assurée oublie, au milieu de la phrase, la question qui lui a été posée. La perception de l'avenir est structurable, l'assurée aimerait continuer son travail psychique et être plus sûre d'elle-même. L'image de soi est détériorée, l'assurée se sent comme quelqu'un d'inférieur aux autres alors qu'elle aimerait être comme ceux-ci. Il n'y a pas clairement de sentiment de culpabilité, mais plutôt d'être victime. Il n'y a pas d'idéation suicidaire, pas d'anhédonie, pas d'aboulie ni de signe de fatigabilité.

L'examen ne met en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique, ni d'un trouble décompensé de la personnalité.

Sur le plan somatique, l'assurée signale une hypoacousie D (capacité réduite à 40%), dont elle possède un appareil, qui toutefois la perturbe notamment en milieu bruyant et aggrave les céphalées.

DIAGNOSTICS

— avec répercussion sur la capacité de travail:

- troubles mixtes de la personnalité avec expression de manifestations anxieuses F61.0 et F41.1.

— sans répercussion sur la capacité de travail:

- séquelles d'une maltraitance infantile Z61.6.

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de 45 ans, dont le parcours scolaire se passe d'abord dans un centre logopédique, puis dans une classe de développement jusqu'à la fin de la 10^{ème} année. L'assurée a par la suite acquis un diplôme de coiffeuse, elle a ensuite travaillé comme vendeuse et comme employée de bureau (collaboratrice administrative) jusqu'à un licenciement en janvier 2005.

Sur le plan familial, l'anamnèse est grevée par une atteinte schizophrénique chez le frère. Sur le plan personnel, l'assurée est victime d'une violence physique de la part de son père, puis d'attouchements d'ordre sexuel à l'âge de 9 ans et d'un viol à l'âge de 21 ans. Elle fait l'objet d'une symptomatologie anxieuse qui par moments la paralyse, de troubles du comportement alimentaire avec épisodes d'anorexie et de nausées lors de situations difficiles et d'une anticipation anxieuse face aux difficultés de son existence. Plusieurs tentatives de suivi psychiatrique ambulatoire échouent; dans la situation actuelle, l'assurée est suivie par une psychologue.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme dont la constitution psychiatrique est correcte, l'intelligence préservée. Il n'y a aucun signe de déficit intellectuel. Par contre, le tableau frappe par un mode relationnel dans lequel elle tente d'imposer ses points de vue, en ne laissant que peu de possibilités de choix à son interlocuteur et en n'entrant pas en matière quant à une éventuelle remise en

question de ses perceptions. Confrontée, elle se positionne dans un rôle de victime.

Ces caractéristiques de la personnalité comprennent une composante manipulatrice perverse, attribuable aux séquelles de maltraitance dont elle a été victime dans son passé. Lorsque son existence ne se passe pas comme elle l'entend, elle est saisie d'une symptomatologie anxieuse qui parfois peut être paralysante, ce qui aggrave son sentiment de frustration face à son interlocuteur. Il est possible que cette assurée soit aisément en conflit avec autrui, ce qui ne simplifie pas les démarches pour retrouver un emploi.

Face à l'appréciation de l'exigibilité professionnelle, l'assurée n'a pas eu les moyens psychiques de retrouver un emploi suite à son licenciement de janvier 2005. Son trouble de la personnalité est constitutionnel et pas décompensé. L'assurée mène actuellement une vie harmonieuse au domicile; elle peut superviser les devoirs de son fils, lire et «s'autoanalyser», pratiquer du sport, entretenir une vie sociale et s'adonner aux activités habituelles d'une femme au foyer. Elle pourrait tout aussi bien mener une existence professionnelle active si elle avait un emploi.

Ainsi, même si l'intéressée a besoin d'aide pour reprendre un poste, elle a les capacités psychiques de l'exercer.

Face aux documents médicaux en notre possession, la divergence des appréciations peut être expliquée par le trouble de la personnalité de l'assurée, dont le discours s'adapte à son interlocuteur pour parvenir à ses fins. Cette capacité confirme que l'intéressée a des compétences et que son trouble de la personnalité n'est pas décompensé.

Face au rapport médical de la consultation de Chauderon du 17.07.2008, l'assurée, qui dit n'y avoir vu qu'une fois un psychiatre, a vraisemblablement pu exprimer sa souffrance dans les suites de la décision de refus de l'AI, ce qui a pu évoquer des diagnostics de personnalité schizotypique et de fonctions intellectuelles limites. Ces diagnostics ne peuvent toutefois être retenus, l'assurée reconnaissant elle-même qu'elle n'a pas de déficit intellectuel. Elle a

clairement des capacités de synthèse et d'élaboration. Comme il n'y a pas chez elle de froideur affective, de pauvreté de contact, de méfiance, de perceptions inhabituelles ni aucun autre signe se rapprochant de la psychose, le diagnostic de personnalité schizotypique ne peut être retenu.

Quant au rapport d'examen SMR réalisé le 26 avril 2007, la structure de la personnalité de l'assurée y est longuement décrite (labilité, comportement abandonnique, immaturité, narcissisme et besoin de toute-puissance qui met en échec toute tentative de psychothérapie), tout en signalant bien que cette structure n'a pas de caractère invalidant.

L'examen de ce jour, réalisé avant la lecture de l'ancien rapport d'examen SMR, a observé des caractéristiques superposables. Bien qu'aucune altération de l'état de santé de l'intéressée ne soit survenue depuis la fin de son activité professionnelle, on peut toutefois reconnaître qu'en raison de la fragilité de sa personnalité, l'assurée ne parvient pas à retrouver un emploi par elle-même. Un soutien peut se faire par une aide au placement, mais en cas de mise en échec par l'assurée, il n'y a pas lieu de la considérer comme une malade psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles

Il s'agit d'une femme se montrant volontiers sous un jour de personne fragile, dévalorisée et peu sûre d'elle-même, qui aura plutôt tendance à se positionner dans un rôle de victime et dans un sentiment d'impuissance. Elle contrôle par contre très bien l'image qu'elle montre d'elle-même et la module à son gré. Elle peut être aidée à la reprise d'un emploi à condition d'une bonne collaboration. Elle a les moyens psychiatriques de travailler.

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

L'assurée décrit des mises en arrêt de travail fluctuantes entre 2003 et janvier 2005. Elle a perdu son emploi à fin 2005; comme elle le dit spontanément, elle aurait continué à travailler si elle n'avait pas été

licenciée. Son exigibilité professionnelle existait alors. Il n'y a pas d'IT psychiatrique au long cours.

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

L'assurée a tenté vainement de reprendre une activité professionnelle. En raison de sa fragilité psychique, elle peut être aidée dans la reprise d'un emploi; elle a les moyens psychiques de l'exercer à plein temps".

Dans un avis médical SMR du 31 mars 2009, le Dr F. _____ a exposé que la consultante en psychiatrie du SMR expliquait de façon convaincante pour quelles raisons elle s'écartait des conclusions de la consultation de Chauderon (17.7.2008), se plaçant dans la ligne de l'examen psychiatrique au SMR de 2007 et reconnaissant une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique, tout en soulignant qu'une aide au placement était souhaitable. Dès lors, le contenu du rapport SMR du 14 juin 2007 (cf. lettre A.e supra) devait être confirmé.

f) Le 14 juillet 2009, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande de prestations, accompagnée d'une lettre explicative du même jour dont il ressort en substance ce qui suit:

Par projet de décision du 27 novembre 2007, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à la rente d'invalidité au motif qu'elle conservait une capacité de travail de 100% dans une activité telle qu'employée de commerce. L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 6 décembre 2007; se référant à l'avis de son médecin traitant et notamment de la Consultation de Chauderon, elle a allégué ne pas être en mesure de travailler en raison de son état de santé. En date du 26 avril 2007, l'assurée a été examinée par un psychiatre auprès du SMR. Il ressort de l'examen clinique du SMR qu'en l'absence de pathologie invalidante, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité, ceci depuis toujours. Suite à la contestation de l'assurée, l'OAI a demandé des nouveaux renseignements médicaux. A réception de ceux-ci, le dossier a fait l'objet d'un nouvel examen au SMR. Suite à de

nombreuses incohérences qui faisaient que le SMR ne pouvait pas entériner l'aggravation alléguée, l'assurée a une nouvelle fois été convoquée au SMR pour un examen psychiatrique destiné à juger de l'évolution depuis mai 2007. L'examen psychiatrique s'est déroulé au SMR en date du 11 mars 2009. Il en ressort que l'assurée présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité de coiffeuse ou vendeuse, une aide au placement étant toutefois souhaitable. Dès lors, le projet de décision du 27 novembre 2007 doit être confirmé.

C. a) L'assurée, représentée par l'avocat Sébastien Pedroli, recourt contre cette décision par acte du 10 septembre 2009. Elle estime qu'une rente d'invalidité entière aurait dû lui être octroyée puisqu'elle est incapable d'exercer une activité lucrative. Elle fait valoir que les rapports d'examen clinique psychiatrique réalisés au SMR sont en contradiction avec le rapport de consilium établi le 23 mai 2005 par le Dr X._____, avec les rapports médicaux du Dr K._____ et avec le rapport médical du 17 juillet 2008 de la Dresse R._____ et de la psychologue L._____. En outre, dans le nouveau rapport d'examen clinique psychiatrique du 11 mars 2009, le SMR a retenu que la recourante souffrait de troubles mixtes de la personnalité avec expression de manifestations anxieuses, troubles qui avaient une répercussion sur sa capacité de travail, mais a néanmoins estimé que la recourante pouvait exercer une activité lucrative à 100%, ce qui est contradictoire. Par ailleurs, il ressort du dossier médical de la recourante que celle-ci souffre de problèmes auditifs; il ne serait ainsi pas surprenant que ces problèmes d'audition augmentent son anxiété si, comme cela ressort du dossier médical, elle peut, en raison de ces problèmes, parfois se couper du monde extérieur, n'arrivant pas à comprendre ce que les gens disent. Par conséquent, il apparaît important d'effectuer une expertise pluridisciplinaire sur la personne de la recourante afin, tout d'abord, de lever toute ambiguïté en ce qui concerne ses troubles de la personnalité et leur implication sur son comportement et, ensuite, d'évaluer l'importance de ses problèmes auditifs sur son comportement dans la vie sociale et en particulier sur ses anxiétés. La recourante conclut ainsi, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice

d'une rente d'invalidité entière à partir du 30 juin 2005, et subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Dans le délai prolongé qui lui a été imparti pour effectuer une avance de frais, la recourante a produit le 2 décembre 2009 une décision du Secrétariat de l'assistance judiciaire du 24 novembre 2009 lui accordant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 septembre 2009, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocat Sébastien Pedroli.

c) Dans sa réponse du 15 janvier 2010, l'OAI estime que c'est à tort que la recourante lui fait grief d'avoir privilégié les conclusions du rapport d'expertise du SMR du 11 mars 2009 au détriment de l'avis de ses médecins traitants. Il rappelle que selon la jurisprudence (ATF 102 V 165: VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références), les anomalies psychiques liées à des troubles graves du caractère, du comportement ou de l'affectivité équivalent à des maladies et peuvent justifier une invalidité si elles sont d'une gravité telle qu'on ne peut attendre de l'assuré un effort raisonnablement exigible pour travailler. Or en l'espèce, il ressort clairement du rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 17 mars 2009 que l'assurée présente un status marqué par des éléments dépressifs et une certaine fragilité, ainsi qu'une personnalité comprenant une composante manipulatrice et des manifestations anxieuses, ce qui ne lui facilite pas l'accès au travail; il n'en demeure pas moins qu'elle mène une vie harmonieuse à son domicile et qu'elle pourrait avoir une existence professionnelle active si elle avait un emploi. Selon l'OAI, il convient de préférer ces conclusions à celles des médecins traitants de l'assurée, qui ne peuvent manifestement pas se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, le rapport du DUPA du 17 juillet 2008, retenant les diagnostics de personnalité schizotypique et une fonction intellectuelle limite depuis toujours, ne mentionne pas la date de début de prise en charge et le descriptif du traitement; une incapacité de travail de 100% est attestée depuis début 2005, quand bien même les diagnostics existent depuis toujours et n'ont pas empêché l'assurée de travailler de 1994 à 2005 à la satisfaction de son employeur. Quant au rapport médical du Dr K. _____

du 15 octobre 2008, il renvoie en grande partie à son rapport médical du 31 août 2005, ce qui signifie implicitement que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis lors, contrairement à ce qu'affirmait ce praticien dans son courrier du 28 janvier 2008. L'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

d) Dans sa réplique du 7 mai 2010, la recourante relève qu'à l'examen du dossier, il apparaît que l'on est bien en présence de différentes appréciations selon les praticiens. Dans tous les cas, l'OAI reconnaît lui-même que la recourante présente un statut marqué par des éléments dépressifs et une certaine fragilité ainsi qu'une personnalité comprenant une composante manipulatrice et des manifestations anxieuses, ce qui ne lui facilite pas l'accès au travail. Même le rapport du DUPA du 17 juillet 2008 retient une personnalité schizotypique et une fonction intellectuelle limitée depuis toujours et constate une incapacité de travail. Dès lors que l'OAI lui-même voit dans les différents rapports des contradictions, la recourante estime que seule une nouvelle expertise pluridisciplinaire pourra permettre de lever toute ambiguïté; elle maintient par conséquent les conclusions qu'elle a prises dans son recours.

e) Le 14 mai 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit sur le plan médical, la requête de la recourante tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale était rejetée; il a réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831 .20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58

LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile — compte tenu des feries judiciaires d'été (art. 38 al. 1 let. b et 60 al. 2 LPGA) — par V._____ contre la décision rendue le 14 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente une maladie psychique invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

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. 1er 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 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine p. 298; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes; ainsi, une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA) que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 201 consid. 7.1.1 p. 211; 127 V 294 consid. 4c in fine p. 298; 102 V 165; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid.2.1). 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; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

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 confident

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).

4. a) En l'espèce, le dossier contient plusieurs avis médicaux qui divergent partiellement sur les atteintes à la santé psychique dont souffre la recourante et surtout sur la conséquence de ces atteintes sur sa capacité de travail. Il convient donc d'examiner lesquelles de ces opinions médicales doivent être retenues et pour quels motifs (cf. consid. 3c supra).

b) Les rapports médicaux du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de la recourante, du 31 août 2005 (cf. lettre A.b supra) et du 28 janvier 2008 (cf. lettre B.a supra) ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante dès lors qu'ils n'émanent pas d'un psychiatre, ne contiennent aucune description du status psychiatrique et ne motivent nullement les diagnostics retenus sur le plan psychiatrique, qui échappent à la sphère de compétence de ce praticien. Au surplus, celui-ci est naturellement enclin à se prononcer en faveur de sa patiente du fait du lien thérapeutique.

c) Le rapport de consilium du Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 23 mai 2005, retient les diagnostics d'état anxieux (F41.1), d'épisode dépressif (F32.9) et de personnalité fragile à traits narcissiques (F69). Ce praticien a estimé que la recourante souffrait d'un état anxio-dépressif dont l'importance et l'intensité justifiaient du point de vue psychiatrique une incapacité de travail à 100% pour une durée qui ne pouvait pas être à l'époque déterminée. Toutefois, la description du status psychiatrique contenue dans ce rapport ne permet pas de retrouver les critères qui seraient nécessaires pour retenir le diagnostic de personnalité fragile à traits narcissiques (F69), d'état anxieux (F41.1) et surtout celui d'état dépressif sans précision (F32.9). Il convient en effet de relever que le diagnostic de personnalité fragile à

traits narcissiques (F69) n'est absolument pas étayé par une description précise des traits de caractère et du fonctionnement de l'assurée; au surplus le Dr X._____ utilise le code F69 selon la CIM-10 qui s'applique en dernier recours lorsque les précisions font défaut, un trouble avéré devant être classé sous le code F60.8, ce qui en l'espèce n'est pas le cas. Il convient également de relever que selon la CIM-10, seul un premier épisode de chacun des trois degrés de dépression, léger, moyen ou sévère, doit être classé sous F32, et la distinction entre les différents degrés d'un épisode dépressif léger (F32.0), moyen (F32.1) et sévère (F32.2), repose sur le nombre, la nature et la sévérité des symptômes dépressifs, et que le Dr X._____ ne tient pas compte de ces critères, comme cela a été relevé dans le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 30 mai 2007 (cf. lettre A.d supra). Au surplus, lors de l'examen clinique psychiatrique qui a été effectué au SMR le 26 avril 2007, il a été constaté que le diagnostic d'état anxieux, selon la CIM-10, caractérisé par la présence d'une anxiété généralisée et persistante, ne survenant pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée, et qui ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante, était désormais en rémission, de même que la symptomatologie anxiodépressive réactionnelle à la séparation de la recourante de son compagnon et à des difficultés financières, qui ne constituait pas une symptomatologie dépressive chronique et invalidante, mais plutôt une instabilité de l'humeur réactionnelle à des difficultés existentielles ce qui expliquait le diagnostic d'épisode dépressif sans précision retenu par le Dr X._____ (cf. lettre A.d supra). Cette situation s'est maintenue par la suite, le nouvel examen clinique psychiatrique qui a été effectué le 11 mars 2009 au SMR par une examinatrice différente ayant permis d'observer des caractéristiques superposables à celles observées lors de l'examen clinique du 26 avril 2007 (cf. lettre B.e supra). D'ailleurs, dans leur rapport médical du 17 juillet 2008, la Dresse R._____ et la psychologue L._____ n'ont pas non plus posé de diagnostics de troubles anxieux et/ou dépressifs, tout en notant «en ce moment un épisode dépressif d'intensité moyenne sans symptôme (recte: syndrome) somatique » et en précisant que la recourante était « souvent

anxieuse, ce en raison des difficultés liées à son trouble de la personnalité
» (cf. lettre B.c supra).

d) Le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 30 mai 2007, qui contient une anamnèse détaillée, une description du status psychiatrique, les diagnostics retenus et une appréciation circonstanciée de la situation médicale, dans laquelle l'examinatrice expose de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles elle s'écarte de l'appréciation effectuée presque deux ans plus tôt par le Dr X._____ (cf. lettre A.d supra), satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être reconnue (cf. consid. 3c supra). Les conclusions de ce rapport, selon lesquelles la recourante ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et peut mettre à profit une pleine capacité de travail dans toute activité (cf. consid. 3b supra), sont bien motivées et peuvent être suivies.

e) Dans leur rapport médical du 17 juillet 2008, la Dresse R._____, cheffe de clinique adjointe, et Mme L._____, psychologue associée, de la Policlinique du Département de Psychiatrie du CHUV, consultation de Chauderon, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail — existant depuis toujours — de personnalité schizotypique et de fonction intellectuelle limite (R41.8). Elles ont précisé que l'incidence des troubles de l'assurée sur sa capacité de travail avait été de plus en plus importante jusqu'à la rendre incapable de travailler, et ont estimé l'incapacité de travail de l'assurée en tant qu'aide de bureau à 100% depuis début 2005. Cette appréciation n'est toutefois guère motivée, si ce n'est par référence au fait que ne plus travailler permet à la recourante d'éviter certaines des difficultés qu'elle a, notamment au niveau de sa crainte d'être jugée, pas à la hauteur, et rejetée. Elle n'est guère convaincante dans la mesure où, comme l'a relevé le Dr F._____ dans son avis médical SMR du 23 février 2009 (cf. lettre B.d supra), les diagnostics évoqués, qui existeraient depuis toujours, n'ont pas empêché la recourante de travailler de 1994 à 2005 à la satisfaction de son employeur, ce qui constitue un élément pertinent pour juger si une affection psychique a ou non un caractère invalidant (cf. TF 9C_146/2009

du 29 avril 2009, consid. 2.2). Au demeurant, dans son rapport d'examen clinique SMR du 19 mars 2009, qui est nettement plus étayé et convaincant que le rapport médical du 17 juillet 2008 de la Dresse R._____ et de la psychologue L._____, la Dresse N._____ a très bien expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics de personnalité schizotypique et de fonction intellectuelle limite, qui n'ont été posés par aucun autre médecin, ne peuvent pas être retenus (cf. lettre B.e supra). On relève au surplus que la description clinique succincte contenue dans le rapport de la Dresse R._____ et de la psychologue L._____ ne mentionne ni les éléments propres au trouble schizotypique ni la mesure du déficit intellectuel qui est invoqué. Pour toutes ces raisons, les conclusions du rapport médical du 17 juillet 2008 ne peuvent pas être suivies.

f) Le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR établi le 17 mars 2009 par la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui contient une anamnèse détaillée, une description du status psychiatrique, les diagnostics retenus et une appréciation circonstanciée de la situation médicale, dans laquelle l'examinatrice expose de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles elle retient que la structure de personnalité et les troubles de l'humeur de la recourante n'ont pas de caractère invalidant, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être reconnue (cf. consid. 3c supra). Les conclusions de ce rapport, qui corroborent entièrement celles du rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 30 mai 2007, sont convaincantes, elles emportent la conviction et doivent être suivies. Contrairement à ce que soutient la recourante (cf. lettre C.a supra), on ne saurait voir une contradiction qui entacherait la valeur probante de ce rapport dans le fait que le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité avec expression de manifestations anxieuses a été mentionné dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, alors qu'il est retenu par ailleurs que la recourante présente une capacité de travail entière. La classification du diagnostic de troubles mixtes de la personnalité avec expression de manifestations anxieuses comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

s'explique en effet, à la lecture du rapport, par le fait qu'en raison de la fragilité de sa personnalité, la recourante ne parvient pas à trouver un emploi par elle-même et qu'il s'avère ainsi souhaitable de lui fournir une aide dans la reprise d'un emploi, emploi qu'elle a les moyens psychiques d'exercer à plein temps (cf. lettre B.e supra), comme elle l'a d'ailleurs fait entre 1994 et 2005.

g) A la lumière de l'ensemble des avis médicaux au dossier, il doit ainsi être retenu, pour les raisons exposées ci-dessus, que malgré les troubles de la sphère psychique constatés, la recourante est en mesure d'exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré, compte tenu de ses aptitudes, de sorte que l'OAI a retenu à bon droit que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité (cf. consid. 3b supra).

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté

II. La décision rendue le 14 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Sébastien Pedroli (pour Mme V. _____)
- 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 :