

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Tiphonie Chappuis,
avocate à Lausanne

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 7 juillet 1975, titulaire d'un CFC de laborantine, travaille pour le compte de la société D. _____ SA depuis 1996. Le 16 février 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour des troubles psychiques. Une procédure de détection précoce, initiée en juin 2008 par l'employeur de l'assurée suite aux absences répétées de cette dernière depuis 2007, avait précédemment abouti, le 28 juillet 2008, à un courrier de l'OAI exposant à l'assurée que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué, car des mesures suffisantes avaient déjà été prises par son employeur afin d'adapter son poste de travail.

Il ressort des certificats médicaux au dossier que l'assurée s'est trouvée, dès 2008, à de nombreuses reprises en incapacité de travail, notamment aux dates et degrés suivants :

- 40% du 3 mars au 30 juin 2008, avec une reprise progressive du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre 2008 ;
- 100% du 25 au 28 novembre, puis du 2 au 7 décembre 2008 ;
- 50% du 8 décembre 2008 au 4 janvier 2009 ;
- 40% dès le 5 janvier 2009.

b) Dans un rapport adressé le 18 février 2009 à l'assureur perte de gain de D. _____ SA, la Dresse H. _____, chef de clinique adjointe en psychiatrie au Centre de traitement en alcoologie du [...], a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assurée de trouble de la personnalité mixte à traits émotionnellement labiles de type borderline et anxieuse (F61.0), présent dès le début de l'âge adulte, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Les perturbations psychiques observées en lien avec l'incapacité de travail étaient de l'ordre d'un état anxiodépressif récurrent et fluctuant en intensité dans le temps en lien avec des événements de la vie relationnelle, familiale ou professionnelle de l'assurée. Dans ces moments

de stress, elle présentait une symptomatologie anxiodépressive intense et invalidante. Elle présentait également des troubles du sommeil avec une réponse médicamenteuse encore insuffisante. La Dresse H._____ a également mentionné que l'incapacité de travail de l'assurée était de 40% à partir du 5 janvier 2009, pour une durée indéterminée, mais probablement assez longue, les troubles diagnostiqués étant chroniques.

c) Dans un courrier daté du 10 octobre 2009 mais envoyé le 10 mars 2009, la Dresse R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle ne suivait plus l'assurée depuis l'automne 2008, le traitement ayant alors été repris par la Dresse F._____ et par le Centre de traitement en alcoologie du [...]. Elle ne connaissait dès lors pas l'évolution de la situation depuis fin septembre 2008 ni la situation actuelle, de sorte qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questionnaires de l'OAI. Elle a également mentionné que, lors de sa dernière consultation, sa patiente était capable de travailler à 100%, la reprise du travail étant prévue dès le mois d'octobre 2008.

d) Il ressort du rapport d'évaluation établi par l'OAI le 25 mars 2009 que les mesures définies par la Dresse H._____ et l'employeur de l'assurée devaient s'inscrire dans une certaine durée et être consolidées. Il n'y avait pour le moment pas lieu de mettre en place des mesures supplémentaires. La capacité de travail était maintenue à 60% et l'assurée allait entreprendre prochainement un suivi plus intensif avec un psychologue.

e) Dans un rapport médical du 26 mars 2009, la Dresse F._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, des troubles du comportement et des troubles de la personnalité. Elle a ajouté une consommation abusive d'alcool comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. La Dresse F._____ a attesté une incapacité de travail de 40% dès le 1^{er} janvier 2009, avec une augmentation progressive du taux d'occupation prévue dès le mois de juillet 2009 environ, le pronostic étant toutefois difficile à évaluer.

f) Le 15 juin 2009, la Dresse H. _____ a confirmé à l'intention de l'OAI les éléments figurant dans son rapport de février 2009, retenant les diagnostics de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles de type borderline et anxieuse (F 61.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à modéré (F 33.1), et a mentionné notamment ce qui suit :

« Madame X. _____ présente une problématique psychique double, à savoir un trouble de la personnalité ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Ces deux pathologies psychiatriques expliquent la diminution de la capacité de travail actuellement et ceci probablement pour une durée assez longue, ces troubles étant reconnus comme chroniques. Ceci est la raison pour laquelle une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle a été faite par Madame X. _____ ainsi que par son employeur. L'incapacité de travail actuelle est de 40% environ. Effectivement, une activité professionnelle à 60% peut être maintenue dans son état psychique actuel. L'expérience des années 2007 et 2008 montre qu'une augmentation du temps de travail au-dessus de 80% met Madame X. _____ dans un état de déséquilibre psychique et somatique qui a des conséquences sur son activité professionnelle. Après plusieurs années d'observation, contenant des périodes d'arrêt de travail à 100%, des périodes d'activité professionnelle à temps complet et des périodes d'activité professionnelle à temps partiel, l'ensemble des intervenants dans la situation de Madame X. _____ estime que sa capacité de travail résiduelle actuellement se situe à 50 ou 60%. Une activité professionnelle à 100% est rarement possible de manière stable sur une longue période.

Comme dit plus haut, les troubles psychiques chez Madame X. _____ sont présents et depuis 2002 ont des répercussions au niveau de l'efficacité professionnelle. Cela dit, il est probable que l'évolution sur le plan psychique soit assez favorable du fait que l'instabilité émotionnelle a tendance à s'atténuer avec les années qui passent et que les stress familiaux vont probablement aller dans le sens d'un apaisement au fur et à mesure que la situation avec sa fille va se clarifier au fil du temps. Il est évidemment difficile d'établir un pronostic précis mais il semble raisonnable d'estimer que les mesures d'adaptation du temps de travail sont actuellement justifiées et ceci pour quelques années. Des réévaluations régulières auront évidemment lieu. Madame X. _____ est motivée et désireuse de pouvoir retrouver une capacité de travail complète tant d'un point de vue personnel que financier.

Notons encore que Madame X. _____ s'investit adéquatement dans son traitement psychiatrique, psychothérapeutique et alcoolologique. Elle est régulière aux rendez-vous, se montre fiable et compliant »

Selon la Dresse H._____, l'activité de l'assurée auprès de D._____ est adaptée. Une adaptation du temps de travail de l'assurée à 60% plutôt qu'à 100% devrait lui permettre d'acquérir une meilleure stabilité psychique sur le long terme et d'assurer ainsi une capacité de travail résiduelle.

g) Dans un rapport médical établi le 10 juillet 2009 à la demande de l'OAI, la Dresse R._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assurée de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F43.22), de trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9) et de consommation régulière d'alcool. Précisant ne plus avoir revu l'assurée depuis sa dernière consultation le 28 octobre 2008, la Dresse R._____ a indiqué que l'activité exercée par l'assurée demeurerait exigible, mais que le rendement était probablement réduit, sans qu'elle pût déterminer dans quelle mesure. Par ailleurs, elle a exposé ce qui suit :

« Anamnèse : Mme X._____ a vécu une enfance et jeunesse difficile. Sa mère l'a abandonnée à l'âge de deux ans et elle a été élevée par son père et une belle-mère décrite comme inadéquate. Tout contact avec la mère a été rompu jusqu'à l'âge adulte de la patiente. Elle a deux demi-frères et une demi-sœur du deuxième mariage de sa mère qui entre temps s'est divorcée à nouveau. Son parcours scolaire n'a pas posé de problèmes, suivi par un apprentissage de laborantine en biologie, et elle travaille depuis de nombreuses années dans la division de recherche chez D._____.

Elle m'a consultée pour la première fois au mois de juin 2003, présentant un tableau dépressif apparu suite à un problème relationnel avec un partenaire décrit comme instable (ressortissant marocain qui se laisse entretenir par le service social et différentes femmes en même temps). Il devient le père de sa fille née en juin 2005. Le couple se sépare peu après, mais les conflits autour du droit de visite et de la pension alimentaire se poursuivent.

Elle est revenue ensuite périodiquement lors d'événements stressants, profitant d'un traitement aux antidépresseurs qui ont chaque fois amélioré son état. Depuis 2007 sa situation s'est aggravée. Il y a eu de fréquentes consultations chez moi et chez son médecin de famille la doctoresse F._____ pour différentes infections et un état d'épuisement général avec différentes périodes d'incapacité de travail. Nouvelle péjoration en début 2008 avec incapacité de travail du 3.3.2008 au 30.6.2008, et une reprise du travail échelonnée jusqu'au 1.10.2008 où elle a repris son travail à 100%. Les péjorations mentionnées se sont développées en rapport avec des conflits avec son partenaire de l'époque (pas le père de l'enfant) et une consommation régulière d'alcool. A noter que c'est son médecin de famille qui a été avertie par la marraine de l'enfant

de Mme X. _____ de l'abus d'alcool et du danger pour la fille âgée en ce moment de 2,5 ans. La patiente niait l'existence de ce problème dont elle ne m'a jamais parlé, ni d'ailleurs à son médecin de famille. Même confrontée avec un taux de la CDT élevée, correspondant à une consommation abusive et chronique d'alcool, elle continua à nier le problème. Sous la menace d'une dénonciation auprès du SPJ elle a accepté un traitement au centre du traitement d'alcoolisme au [...] (Dresse C. _____). Confrontée avec son comportement manipulateur et mensonger elle a décidé d'arrêter le traitement chez moi le 28.10.2008. Depuis je suis sans nouvelles de sa part.

Symptômes actuels : lors de la dernière consultation du 28.10.2008 elle ne présentait pas de symptômes dépressifs.

Indications subjectives : lors de la dernière consultation elle se plaignait de sa situation difficile en tant que mère célibataire qui doit travailler à 100%. Elle espérait pouvoir diminuer le taux de travail sans diminution de son salaire. Elle montrait un comportement revendicateur et accusateur.

Pronostic : le pronostic dépend de l'évolution de sa situation relationnelle et de sa consommation d'alcool. La prise de conscience de sa propre responsabilité pour son avenir n'a pas eu lieu, dû en partie à son trouble de caractère. Le pronostic est réservé. »

h) Dans son rapport médical du 22 juillet 2009, le Dr G. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), dont la spécialité n'est pas précisée, n'a retenu aucune atteinte à la santé invalidante, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec anxiété, de trouble de la personnalité non spécifié et de consommation régulière d'alcool n'étant, selon ce médecin, pas du ressort de l'AI. L'activité habituelle était déclarée exigible à plein temps, sans aucune limitation fonctionnelle. Le Dr G. _____ a motivé son appréciation de la manière suivante :

« Assurée de 34 ans, mère d'une enfant née en juin 2005, laborantine dans la division recherche chez D. _____. A présenté pour la première fois un tableau dépressif en juin 2003 suite à un problème relationnel avec un partenaire décrit comme instable mais qui est le père de son enfant née en 2005. Le couple se sépare peu après la naissance de l'enfant. Nouvelle péjoration liée aux conflits persistants avec son ex partenaire mais également liée à une consommation abusive d'alcool début 2008 avec IT [incapacité de travail] du 03.03.08 au 30.06.08 et une reprise du travail progressive échelonnée jusqu'au 01.10.08. La Dresse R. _____, son médecin psychiatre, nous confirme que lors de la consultation du 28.10.08 notre assurée ne présentait pas de symptômes dépressifs. Il n'y a donc pas d'atteinte psychiatrique invalidante et l'alcoolisme

dans ce contexte ne peut être reconnu comme atteinte invalidante sur le plan asséculoologique.

C'est sous la menace d'une dénonciation aux Services de la Protection de la jeunesse que notre assurée, dont le comportement est catalogué comme manipulateur et mensonger par le médecin psychiatre, accepte un traitement au Centre du traitement de l'alcoolisme au [...].

En fait notre assurée n'a pas repris son travail et maintient par ses certificats médicaux une IT de 40%. Le rapport de la Consultation d'alcoologie du [...] (11.03.09) ne justifie pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, ne mentionne pas le problème d'abus d'alcool mais demande d'avaliser une IT de 40% de façon à permettre à notre assurée de maintenir un équilibre psychique car ce taux d'activité lui convient et que cela éviterait une perte de revenu! Etant donné qu'il n'y a pas d'atteinte invalidante, nous ne pouvons retenir cette demande.

Nous avons également un rapport du Département universitaire de médecine et de santé communautaire du [...] en date du 29.06.09 (signature illisible) qui tout comme le rapport du centre d'alcoologie ne cite pas les symptômes adéquats pour avaliser le diagnostic de trouble dépressif épisode actuel léger à modéré (et donc non invalidant à longue durée). Quant au diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles, il ne justifie pas non plus une invalidité pérenne comme le demande ce rapport. Ce rapport tout comme le précédent, demande clairement à l'AI d'avaliser une IT pérenne de 40% pour améliorer le confort de vie de notre assurée.

Ces rapports ont été revus par le médecin psychiatre du SMR qui conclut également qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique à la santé justifiant une diminution de la CT [capacité de travail] ou la mise en place de LF [limitations fonctionnelles]. »

Le 19 octobre 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

i) Le 22 novembre 2009, la Dresse H._____ a écrit au Dr G._____ qu'elle ne comprenait pas son point de vue. Selon cette spécialiste, la mise en place d'une expertise psychiatrique était nécessaire. La Dresse H._____ a par ailleurs indiqué qu'elle maintenait ses conclusions et a exposé notamment ce qui suit :

« Je suis intimement convaincue qu'une incapacité de gain partielle se justifie médicalement par deux diagnostics principaux, et reconnus comme invalidants par votre office ; à savoir sur l'axe I un

trouble dépressif récurrent avec un épisode sévère en 2003 qui dure plusieurs mois, et en 2008 avec un épisode moyen qui évolue sur plusieurs mois aussi, mais surtout le trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui perturbe manifestement plusieurs secteurs de la vie de votre assurée, dont la dégradation du fonctionnement professionnel, social et affectif. Mme X. _____ présente une tendance à agir avec impulsivité et sans considérations pour les conséquences possibles. Anticipation réduite. Instabilité d'humeur. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables. Mécanismes de défense projectifs. Limitation de l'insight au profit de l'agir. Clivage du monde en bon et mauvais objet. Conduite d'échec fréquente (dont l'origine certaine est à chercher dans l'abandon très précoce par sa mère). Mais Madame a aussi beaucoup de ressources cognitives et une grande ténacité, et combativité pour défendre sa fille et ses intérêts qui sont des facteurs de bon pronostic à mon avis.

Depuis le mois de juin, la situation de Mme X. _____ est assez stable au niveau professionnel; elle travaille à un taux de 60%. Sa thymie, sa fatigabilité, sa gestion du stress et ses capacités de concentration s'en trouvent largement améliorées. Sa vulnérabilité somatique également (les diverses infections récurrentes sous stress traitées par la Dresse F. _____, il y a deux ans, se sont amendées). Son supérieur hiérarchique a mis au point un système d'encadrement qui l'aide à gérer sa tâche. [...] Les intervenants chez D. _____ m'ont dit à plusieurs reprises que les consommations d'alcool n'avaient jamais eu de répercussions négatives sur sa capacité de travail, ce pour quoi je n'avais que peu développé le sujet. »

B. Par décision du 24 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Dans un avis médical du 15 décembre 2009, le Dr G. _____ a indiqué que le dossier avait été soigneusement revu par le médecin psychiatre du SMR - sans indiquer toutefois le nom de ce praticien ou joindre un rapport écrit de sa part - et que les diagnostics mentionnés par la Dresse H. _____, à savoir un trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles de type borderline et anxieuse (F61.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à modéré (F33.1), mais sévère en 2003 et moyen depuis 2008, n'étaient pas invalidants sur le plan asséculoologique et ne justifiaient pas de diminution pérenne de la capacité de travail ni de rente partielle à long terme. Par ailleurs, les problèmes de consommation d'alcool n'étaient pas du ressort de l'AI dans ce contexte.

Le 4 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée que le courrier du 22 novembre 2009 de la Dresse H._____ ne contenait aucun élément nouveau, et que l'appréciation des médecins du SMR devait par conséquent être suivie.

C. a) Par acte du 19 décembre 2009, X._____ a interjeté recours contre la décision du 24 novembre 2009, concluant implicitement à sa réforme, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité. Elle allègue que l'intimé n'a pas pris en considération ses périodes d'incapacité de travail depuis le 24 novembre 2008.

b) Dans sa réponse du 2 mars 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours, au motif notamment que les perturbations psychiques observées par la Dresse H._____, qui fluctuent en fonction des événements de la vie relationnelle, familiale ou professionnelle de la recourante, ne sauraient entrer en ligne de compte pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. En effet, dans la mesure où il en va de l'évaluation asséurologique de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité.

c) Par décision du 7 juin 2010, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 12 mai 2010, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pascal Gilliéron, avocat à Lausanne.

Dans sa réplique du 17 septembre 2010, la recourante a maintenu sa position et a demandé que la Dresse R._____ soit interpellée, afin qu'elle indique si la recourante avait présenté des symptômes dépressifs durant la période où elle la suivait et, dans l'affirmative, quelle était leur intensité et leur durée. La Dresse R._____

devait également indiquer si la prescription d'arrêt de travail à 100% du 3 mars au 30 juin 2008 émanait d'elle et, dans l'affirmative, sur la base de quelles atteintes elle l'avait attestée. La recourante allègue en outre que, dans la mesure où elle n'a pas été examinée par les médecins du SMR, le fait d'écartier purement et simplement les conclusions de la Dresse H. _____ au profit de celles de la Dresse R. _____ pour statuer sur la période postérieure à la dernière consultation de cette praticienne relève de l'arbitraire.

d) Le 12 octobre 2010, l'OAI a maintenu sa position.

e) Interpellée par la Juge instructrice le 20 octobre 2010, la Dresse R. _____ a répondu comme suit le 13 février 2011 aux questions qui lui étaient adressées :

« 1. Pendant la période où vous avez suivi Mme X. _____ (soit du 20 juin 2003 au 28 octobre 2008, selon le rapport médical que vous avez adressé le 10 juillet 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud), celle-ci a-t-elle présenté des épisodes dépressifs? Si oui, de quelle intensité et de quelle durée?

Pendant la période du traitement de Mme X. _____ du 20 juin 2003 au 28 octobre 2008 il faut distinguer deux étapes différentes sur le plan de son trouble psychique, de sa situation et de son comportement. Au début de la première période qui durait du 20 juin 2003 au 23 novembre 2004 Mme X. _____ souffrait d'une dépression d'un degré moyen liée à des conflits avec son partenaire. Elle avait déjà été en congé maladie à partir du 10 juin 2003 à 100%, attesté par son médecin de famille, avant sa première consultation chez moi. L'état dépressif de Mme X. _____ s'était amélioré, et elle a pu reprendre son travail à 50% le 18.8.2003, avec une progression par étapes jusqu'à la reprise à 100% le 4.1.2004. A noter qu'au mois de septembre 2004 elle est tombée enceinte et elle a décidé par elle-même d'arrêter la médication antidépressive. La dernière consultation avait eu lieu le 23.11.2004. Le 24 janvier 2005 Mme X. _____, lors d'une brève conversation téléphonique, m'a informée que son état psychique s'était bien stabilisé et que l'entente avec son conjoint et père de son enfant à naître s'était améliorée.

J'ai revu Mme X. _____ une bonne année plus tard, le 10 février 2006, début de la deuxième étape du traitement. Elle était déprimée suite à la séparation dramatique de son conjoint qui l'aurait quittée le jour de la naissance de sa fille le 6 juin 2005. Son médecin de famille l'avait mis en congé maladie à 50% depuis le 1^{er} février 2006 avec reprise à 100% prévue le 27.2.2006. Elle vivait seule avec son enfant sans aucun soutien de la part du père de l'enfant. Elle se disait épuisée par la bataille concernant le droit de visite qui était

accordé par le juge au père contre la demande de Mme X._____. Le trouble dépressif était de degré moyen. Sous traitement (soutien et médication antidépressive) son état s'améliorait. Vers la fin 2006 nouvelle péjoration qui persiste en 2007 avec de fréquents congés maladies établis par moi-même et par son médecin de famille, au total selon le compte de son employeur 78 jours en 2007 (déprimés, angoisses, différentes infections à répétition). Afin de pouvoir rompre cette série de brèves congés maladies et des reprises du travail qu'elle n'arrive pas à maintenir, en accord avec son médecin de famille et l'infirmière du personnel de son employeur, j'ai diminué sa capacité de travail de 40% en stipulant qu'elle travaille du 3 mars 2008 au 30 juin 2008 3 jours entiers par semaine. Dans mon rapport AI j'ai écrit "incapacité de travail du 3.3.2008 au 30.6.2008", malheureusement sans spécifier qu'il s'agissait bien d'une incapacité de 40% comme il le figure dans mon certificat établi le 26.2.2008 à l'attention de l'employeur. En commun accord la capacité de travail avait été augmentée de 10% par mois jusqu'à la reprise à 100% le 1^{er} octobre 2008. Le 28 octobre 2008 la patiente a décidé d'arrêter le traitement chez moi. Elle continuait d'être suivie par son médecin de famille et au Centre du Traitement d'Alcoolisme du [...] qu'elle avait accepté sous la menace d'une dénonciation auprès du SPJ.

2. L'incapacité de travail du 3 mars au 30 juin 2008, avec reprise du travail échelonnée jusqu'à la reprise à 100% dès le 1^{er} octobre 2008, mentionnée dans votre rapport médical précité du 10 juillet 2009, a-t-elle été prescrite par vos soins? Si oui, sur la base de quelle(s) atteinte(s)?

Les incapacités de travail étaient dues à des états dépressifs récurrents favorisés par un abus d'alcool augmentant et des infections à répétition. A noter que Mme X._____ niait tout problème d'abus d'alcool. »

Les parties se sont déterminées sur le courrier de la Dresse R._____. Dans un rapport du 23 février 2011, les Drs S._____ et T._____ du SMR ont repris les périodes d'incapacité de travail attestées par la Dresse R._____ pour finalement retenir que l'assurée ne présentait plus d'atteinte depuis le 1^{er} octobre 2008.

Le 23 février 2011, la Juge instructrice a relevé Me Gilliéron de sa mission et a désigné Me Tiphonie Chappuis, avocate à Lausanne, pour le remplacer dès le 1^{er} janvier 2011. Le 16 mai 2011, la recourante a conclu avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision attaquée, dans ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise.

Le 30 mai 2011, l'OAI a maintenu sa position sans plus amples déterminations.

E n d r o i t :

1. a) 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

d) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des

renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

3. a) En l'espèce, le dossier AI de la recourante contient les rapports médicaux de trois praticiennes, soit la Dresse F._____, médecin traitant généraliste de la recourante, la Dresse R._____, psychiatre traitante de la recourante jusqu'à l'automne 2008, et la Dresse H._____, qui a repris dès cette date le suivi psychiatrique de la recourante.

La Dresse F._____, dans son rapport du 26 mars 2009 (cf. supra, let. A.e), a posé les diagnostics de trouble du comportement et de trouble de la personnalité et a attesté une incapacité de travail de 40% dès le mois de janvier 2009, le pronostic étant difficile à évaluer.

La Dresse H._____, dans ses rapports du 18 février 2009 (cf. supra, let. A.b) et du 15 juin 2009 (cf. supra, let. A.f), fait état d'un trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles de type borderline et anxieuse, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent chez la recourante. Elle retient une incapacité de travail de 40% environ dès janvier 2009, pour une durée indéterminée mais probablement relativement longue, les troubles étant chroniques. La Dresse H._____ a confirmé cette appréciation dans sa correspondance du 22 novembre 2009 adressée à l'intimé (cf. supra, let. A.i).

La Dresse R._____ atteste également que la recourante présente un trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive, ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié, diagnostics ayant un effet sur sa capacité de travail (cf. supra, let. A.g). Elle indique toutefois ne pas pouvoir répondre à la question du degré auquel l'activité habituelle peut désormais être exercée, n'ayant pas revu la recourante depuis fin octobre 2008, tout en relevant que le rendement de cette dernière est probablement réduit. La Dresse R._____ mentionne encore qu'au moment de sa dernière consultation, sa patiente ne présentait pas de symptômes dépressifs.

Se fondant uniquement sur le rapport médical de la Dresse R._____ du 10 mars 2009, le Dr G._____ du SMR retient que la

recourante, dont le comportement serait manipulateur et mensonger, ne présentait pas de symptômes dépressifs en octobre 2008, raison pour laquelle aucune atteinte psychiatrique invalidante ne pourrait lui être reconnue. Il omet de souligner que la Dresse R. _____ fait elle-même état le 10 juillet 2009 d'une baisse de rendement. Les constatations du Dr G. _____ du 22 juillet 2009 sont en contradiction avec l'ensemble des pièces du dossier comme il est démontré ci-dessous. L'ensemble des intervenants estime que la capacité de travail de l'assurée se situe actuellement entre 50 et 60%. Une augmentation de travail mettrait l'assurée dans un état de déséquilibre psychique et somatique qui aurait des conséquences sur son activité professionnelle. Cette capacité de travail résiduelle n'a pas été attestée pour des raisons de convenance personnelle ou pour éviter une perte de revenu, comme le soutient le Dr G. _____. De plus, le fait d'écarter les conclusions de la Dresse H. _____ au profit de celles de la Dresse R. _____, du 10 mars 2009 notamment, pour statuer sur la période postérieure à la dernière consultation de la Dresse R. _____ relève assurément de l'arbitraire. En outre, le Dr G. _____ déforme les propos de la Dresse R. _____ lorsqu'il soutient que cette praticienne décrit le comportement de l'assurée comme manipulateur et mensonger, alors que celle-ci ne fait que préciser que l'assurée nie son problème d'alcool, dû en partie à son trouble du caractère, de sorte que le pronostic est réservé. Finalement, le Dr G. _____ mentionne sans autre motivation et en contradiction avec les pièces au dossier que la Dresse H. _____ ne cite pas les symptômes adéquats pour avaliser le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel léger à modéré, et que le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles n'est pas invalidant. En définitive, on relèvera que la Dresse R. _____ expose dans son rapport du 13 février 2011 le détail des incapacités de travail de l'assurée depuis 2006 notamment en raison du trouble dépressif récurrent de degré moyen depuis le 10 février 2006 jusqu'au 1^{er} juillet 2008, qui justifie une diminution de la capacité de travail de 40% jusqu'au 1^{er} octobre 2008, afin de rompre une série répétitive de congé maladie. Ces éléments n'ont également pas été examinés par le SMR.

Le Dr G._____ estime par ailleurs que les diagnostics posés par la Dresse H._____ ne sont pas motivés, et qu'une incapacité de travail de 40% ne serait reconnue à la recourante par ce médecin que pour des raisons de convenance économique. Or il convient de souligner que, si le Dr G._____ mentionne avoir soumis les rapports médicaux susmentionnés au médecin psychiatre du SMR, il n'en reste pas moins qu'il est lui-même l'auteur du rapport médical du 22 juillet 2009 et qu'aucun avis émis par un spécialiste en psychiatrie auprès du SMR ne figure au dossier. Or selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'est en revanche pas une condition (TF 9C_270/2008 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités). Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR ; cf. TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009, consid. 4.3.1 ; TF I 142/07 du 20 novembre 2007, consid. 3.2.3). En l'occurrence, on constate que le dossier de l'OAI ne comporte aucun examen écrit d'un psychiatre du SMR, malgré le fait que l'assurée ne présente que des troubles psychiques. Par ailleurs, il ne ressort pas des rapports des médecins ayant examiné la recourante que ce soit de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels que se base l'incapacité de travail retenue, comme le soutient l'intimé, selon l'avis duquel les perturbations psychiques observées par la Dresse H._____ ne fluctuent actuellement qu'en fonction des événements de la vie relationnelle, familiale ou professionnelle de la recourante. En effet, c'est bien plutôt en raison du fait que les atteintes à la santé psychique de la recourante devenaient

chroniques qu'une demande de prestations AI a été déposée. Dans leur rapport du 23 février 2011, les médecins du SMR ne font que finalement reprendre les incapacités de travail attestées par la Dresse R._____ en faisant abstraction de toutes les autres données médicales.

Cela étant, il n'en demeure pas moins que les avis médicaux au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'avis de la Dresse F._____, qui n'est pas psychiatre mais médecin généraliste, ne suffit pas pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail de la recourante, qui souffre de troubles psychiatriques. En ce qui concerne la Dresse R._____, elle admet elle-même n'avoir pas revu la recourante depuis octobre 2008, soit plus d'une année avant la décision litigieuse et plusieurs mois avant le début de l'incapacité de travail durable à 40%. Son appréciation ne tient donc pas compte des derniers éléments figurant au dossier et ne peut par conséquent pas être suivie pour fixer la capacité de travail actuelle de la recourante. Quant à la Dresse H._____, son avis ne peut être considéré qu'avec retenue, étant elle-même la psychiatre traitante de la recourante et ne détaillant pas les limitations fonctionnelles de celle-ci. Les différents rapports médicaux de cette praticienne figurant au dossier ne sont en outre pas suffisamment motivés pour remplir les réquisits posés par la jurisprudence pour détenir valeur probante. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir

l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. En l'occurrence, le renvoi est justifié si l'on considère les nombreuses lacunes du dossier et l'ampleur de l'instruction complémentaire (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

c) Ayant obtenu gain de cause avec l'aide de mandataires professionnels, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'000 francs, compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

La recourante a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office de deux avocats successifs, soit Me Pascal Gilliéron à compter du 12 mai 2010, puis Me Tiphonie Chappuis à compter du 1^{er} janvier 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'un recourant obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office n'est rémunéré équitablement par le canton que si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou s'ils ne le seront vraisemblablement pas, le canton étant subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Dans le cas d'espèce, le montant accordé à titre de dépens est mis à la charge d'une institution d'assurances sociales réputée solvable. Il est par ailleurs à même de couvrir la rémunération due pour l'activité des conseils d'office successifs de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer le montant de l'indemnité qui aurait dû leur être versée. Me Gilliéron a toutefois déjà produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée le 23 février 2011 à 774 fr. 70, TVA comprise. L'Etat étant subrogé au droit de la recourante à concurrence de la somme déjà versée à Me Gilliéron au titre de l'assistance judiciaire, l'OAI versera donc à la recourante la somme de 1'225 fr. 30 (2'000 fr. - 774 fr. 70) - le montant des dépens couvrant l'indemnité d'office au vu des opérations effectuées par Me Chappuis, à savoir des déterminations - et à l'Etat (Service juridique et législatif; cf. art. 5 RA) [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) la somme de 774 fr. 70.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée et la cause renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à verser à la recourante à titre de dépens, sous déduction de la somme de 774 fr. 70 (sept cent septante-sept francs et septante centimes) déjà versée au titre de l'assistance judiciaire à Me Gilliéron et qui devra être remboursée à l'Etat, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Tiphonie Chappuis, avocate (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

La présente décision est également communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :