

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Procap Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. M._____, née le [...] 1976, a déposé le 22 juillet 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle, faisant état de douleurs rhumatismales et de maladie psychique existant depuis le mois de septembre 2003. Elle précisait avoir travaillé en qualité de serveuse du 1^{er} octobre 2001 au 30 avril 2002, puis comme vendeuse à la Q._____ du 24 juin 2002 au 31 mai 2004. Du 1^{er} novembre 2003 au 31 août 2004, elle a perçu des indemnités journalières maladie.

Il ressort des pièces au dossier que l'assurée a été examinée le 3 novembre 2003 par le Dr R._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale. Dans sa correspondance du même jour au Dr V._____, médecin traitant de l'assurée, ce praticien a relevé que l'intéressée avait été victime d'un traumatisme bénin au travail deux ou trois mois auparavant ayant nécessité la mise en place d'une collerette mousse cervicale et la prescription de physiothérapie. Alors que les douleurs cervicales persistaient, elle avait développé des douleurs hémicorporelles droites. Néanmoins, ni l'anamnèse, ni l'examen clinique ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes, leur intensité et leur retentissement sur le fonctionnement de l'assurée.

L'assurée a consulté le Prof. Z._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale, le 19 janvier 2004. Dans son courrier du 20 janvier 2004 au Dr V._____, le Prof. Z._____ a observé qu'elle souffrirait de douleurs musculo-squelettiques diffuses principalement localisées dans la région cervicale, dans les bras et les talons, qui n'étaient pas permanentes. Elle avait arrêté ses activités professionnelles en septembre 2003. Les radiographies de la colonne cervicale face et profil effectuées par le Dr V._____ le 22 octobre 2003 montraient un effacement de la lordose cervicale physiologique et des signes d'uncarthrose en C4-C5, modérée, sans autre anomalie.

Dans un rapport du 8 mars 2004 au médecin-conseil de l'assurance perte de gain, le Dr V. _____ a relevé que sa patiente était en bonne santé habituelle, si ce n'était qu'en dressant son profil psychologique, on mettait en évidence des troubles anxieux généralisés, un toc, des attaques de panique avec agoraphobie s'accompagnant d'un épisode moyen d'état dépressif. L'histoire actuelle remontait au mois de mai-juin 2003, lorsque la patiente avait été victime d'un traumatisme bénin au travail à l'origine d'une consultation aux urgences du Centre hospitalier N. _____ (Centre hospitalier N. _____). Elle avait alors présenté des cervicalgies aiguës, et quelques jours plus tard, des douleurs de l'hémicorps droit.

Dans son courrier du 23 mars 2004 au Dr V. _____, le Prof. Z. _____ a conclu à la présence d'un état douloureux devenant chronique, ressemblant à ce qui était décrit dans la fibromyalgie. La patiente lui paraissait présenter un état douloureux subaigu, sans mise en évidence d'origine rhumatismale inflammatoire. Pour le Prof. Z. _____, l'état était partiellement entretenu par des problèmes anxieux et dépressifs.

Dans le questionnaire pour l'employeur adressé le 31 août 2004 à l'OAI, Q. _____ a indiqué que l'assurée avait œuvré à son service comme vendeuse du 24 juin 2002 au 31 mai 2004, avec un dernier jour de travail effectif le 1^{er} octobre 2003. Son salaire mensuel depuis le 1^{er} janvier 2004 se montait à 2'877 fr. 75 à 85%, respectivement à 3'370 fr. à 100%. L'employeur avait résilié le contrat de travail de l'intéressée le 23 mars 2004 avec effet au 31 mai 2004.

Dans son rapport médical du 25 septembre 2004 à l'OAI, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux généralisé versus fibromyalgie depuis mai-juin 2003, diagnostiqué le 3 novembre 2003 (F45.4), de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de troubles anxieux mixtes avec troubles anxieux généralisés, TOC, attaque de panique avec agoraphobie (F41.3). Il y avait une baisse de rendement en terme de soulèvement de

charges et de tolérance de certaines positions et mouvements. Si l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, il était envisageable que l'assurée en exerce une autre, très peu physique et statique avec alternance des positions, à 100%. Le pronostic paraissait réservé, la patiente se sentant dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle antérieure. Vu son jeune âge, le Dr V. _____ suggérait un reclassement professionnel dans une activité adaptée (cf. également annexe au rapport médical du 31 août 2004).

Complétant le formulaire 531bis, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps comme vendeuse par envie et nécessité financière.

Par avis médical du 7 avril 2005, le Dr P. _____, anesthésiologiste et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a relevé que l'assurée avait été vue par plusieurs rhumatologues (Prof. Z. _____ et Dr R. _____) qui retenaient le diagnostic de fibromyalgie, notant que d'un point de vue purement organique, il n'y avait pas d'indication pour une incapacité de travail.

Le Dr P. _____, par avis médical du 21 juin 2006, a noté que l'assurée souffrait d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif et anxieux. Comme le psychiatre traitant ne répondait pas à la demande de rapport médical et qu'un avis médical était indispensable, le Dr P. _____ a proposé de solliciter une évaluation médicale auprès du Centre S. _____ (ci-après: Centre S. _____) à [...] afin de déterminer si l'assurée souffrait d'une atteinte à la santé invalidante, cas échéant de déterminer la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles.

Le Dr Y. _____, psychiatre traitant, a finalement retourné le 18 août 2006 à l'OAI le rapport médical qui lui avait été expédié le 15 avril 2005. Il y a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique (fibromyalgie?), de trouble dépressif non spécifié, de phobie sociale et de trouble des conduites alimentaires non spécifié. L'état était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. L'activité exercée jusqu'à

ce jour n'était plus exigible, avec incapacité de travail totale. Le psychiatre traitant observait pourtant que la patiente était motivée à reprendre une nouvelle activité. Il relevait encore que celle-ci avait la phobie de la foule et ne pouvait dès lors pas utiliser les transports publics.

L'assurée a été examinée au Centre G._____ (ci-après: Centre G._____) le 7 août 2006 par le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le 30 octobre 2006 par le Dr X._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans le rapport du 12 mars 2007, l'expert psychiatre a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de phobie sociale (F40.1), et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère avec syndrome somatique (F32.11), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.1) et de personnalité dépendante (F60.7). Sous la rubrique «discussion et appréciation du cas», il a encore retenu ce qui suit:

«Il est difficile de se prononcer sur l'incapacité de travail dans le dernier emploi occupé, la fonction ayant été très polyvalente. Toutefois, on peut affirmer avec certitude que lorsque Madame M._____ n'est pas confrontée de façon directe à la clientèle, elle peut travailler dans la restauration avec une capacité de travail de 100%. Après un entretien téléphonique avec le Docteur Y._____, il apparaît que cette incapacité est en lien avec la phobie sociale et que ce taux peut évoluer en fonction du cadre de travail (confrontation ou non à la clientèle). Dans une activité centrée sur le service à la clientèle, cette capacité de travail se situe à 50%, avec une forte diminution du rendement de l'ordre de 50%.

Avant le début de son incapacité de travail en 2003, Madame M._____ avait eu une succession d'événements pénibles. Il y avait tout d'abord eu trois ans auparavant la faillite du commerce de son ami et plus récemment une fausse-couche. Ce dernier événement avait été «la goutte qui avait fait déborder le vase». L'assurée affirme que cela est survenu dans un contexte d'épuisement psychique important en lien avec le stress professionnel. Actuellement, l'état dépressif est d'intensité légère, se manifestant par une importante labilité émotionnelle, de l'irritabilité et une diminution de la capacité à entreprendre des activités le matin. Il n'est responsable d'une incapacité de travail actuellement. De même, tant l'agoraphobie que les traits de personnalité dépendante ne représentent pas une cause d'incapacité de travail.

Des mesures de réadaptation devraient être envisagées. L'assurée pourrait tout à fait exercer une activité à temps complet où elle n'est pas confrontée à la clientèle, de préférence avec des collègues de sexe féminin.»

Les experts ont retenu, au plan somatique et psychique, les diagnostics suivants:

«A.4 DIAGNOSTICS

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Phobie sociale (CIM-10: F401).

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Syndrome de fibromyalgie.
- Syndrome fémoro-patellaire bilatéral prédominant à droite.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère avec syndrome somatique (CIM-10: F32.11).
- Agoraphobie avec trouble panique (CIM-10: F40).
- Personnalité dépendante (CI-10: F60.7).»

Sous la rubrique «appréciation du cas et pronostic», ils ont fait les observations ci-dessous:

«L'examen psychiatrique met en évidence des antécédents de trouble anxieux extrêmement invalidant avec une phobie sociale et une agoraphobie, auquel s'ajoute un trouble dépressif récurrent d'intensité actuelle moyenne avec syndrome somatique et une personnalité dépendante avec des traits obsessionnels.

L'état dépressif d'intensité légère n'entraîne pas d'incapacité de travail actuellement. Le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique qui semblent permettre une amélioration clinique sont déjà en cours. C'est surtout la phobie sociale qui entraîne une importante diminution de la capacité de travail dans les activités centrées sur la clientèle de l'ordre de 75%. Par contre, dans les activités où l'assurée n'est pas confrontée de façon directe à la clientèle et dans un cadre compréhensif, sa capacité de travail est entière. Les autres diagnostics psychiatriques n'entraînent pas de limitation de la capacité de travail.»

Les experts ont en outre apporté les réponses suivantes aux questions qui leur étaient posées:

«B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui, dans l'activité actuelle avec cahier de charges complet (contacts clientèle), à 50% avec une diminution du rendement de 50%, soit 2 heures par jour.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. Cf. B.2.3.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20%?

Depuis le 01.10.2003.

B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis

lors?

Il y a une amélioration du trouble dépressif, mais la phobie sociale s'est aggravée suite à des événements pénibles, mais le % d'incapacité de travail est resté le même.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, dans un contexte professionnel compréhensif, en évitant la confrontation à la clientèle et avec des collègues de préférence de sexe féminin.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Oui.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants: la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes.

Mme M._____ répond entièrement à ces critères, mais aux conditions énumérées sous B.3.»

Dans son rapport d'examen du 5 avril 2007, le Dr P._____ du SMR a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes:

«Au plan physique: pas de limitations; au plan psychique: limitation dans les activités avec confrontation directe à une clientèle».

Selon les notes d'entretien téléphonique du 16 août 2007, l'assurée était disposée à aller au Centre L._____ trois mois à 100% à compter du mois de novembre 2007. Par communication du 5 septembre 2007, l'assurée a été informée de la prise en charge des frais de l'évaluation de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle du 14 novembre 2007 au 29 février 2008 auprès du Centre L._____.

Selon certificats médicaux du Dr V._____ des 3 et 18 décembre 2007, sa patiente présentait une incapacité de travail à 100% du 4 au 18 décembre 2007 compris, puis du 18 au 21 décembre 2007.

Par courrier du 18 décembre 2007, le Centre L._____ a informé l'OAI qu'il interrompait les mesures d'observation au 21 décembre 2007, compte tenu de l'état de santé de l'assurée et de sa grande fragilité psychique. Il était précisé que l'assurée avait présenté seize absences, qu'elle n'était jamais restée plus tard que 10h45 sur les neuf jours durant

lesquels elle était présente, et que l'adaptation s'était faite très difficilement, l'assurée demeurant très solitaire et évitant le contact avec les autres en raison de sa phobie sociale.

Compte tenu de l'interruption du stage, le Dr P._____ du SMR a demandé, le 11 janvier 2008, que le médecin traitant soit interpellé sur les raisons de la mise en incapacité de travail, et que le psychiatre traitant se prononce, notamment, sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis le dernier rapport (d'août 2006).

Dans son rapport médical du 26 février 2008 à l'OAI, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen persistant avec syndrome somatique dans un contexte de trouble dépressif récurrent (F33.11), de syndrome douloureux généralisé persistant versus fibromyalgie diagnostiquée le 3 novembre 2003 (F45.4), de troubles anxieux mixtes sous forme de troubles anxieux généralisés, TOC, trouble panique avec agoraphobie (F41.3), de gonalgies avec épanchement bilatéral chronique vraisemblablement sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral et trouble de la statique des membres inférieurs, et de vertiges récidivants mal systématisés d'origine probablement multifactorielle (médicamenteux, psychogène). Il estimait que l'incapacité de travail dans l'activité de serveuse puis vendeuse était totale dès le 2 septembre 2003. Il notait que la situation de sa patiente sur le plan psychologique et physique n'avait presque pas changé, les efforts thérapeutiques étant impuissants sur les deux plans. Il estimait en outre qu'une autre solution, en dehors des mesures professionnelles, devrait être trouvée en faveur de la patiente. Il joignait notamment à son envoi un courrier à son attention du 12 septembre 2007 des Drs H._____ et C._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel aucun geste chirurgical n'était indiqué chez la patiente, un courrier du Dr R._____ du 7 février 2007 pour qui les douleurs musculo-squelettiques globales restaient à attribuer à un syndrome douloureux persistant, un rapport de scintigraphie osseuse du 13 février 2007 concluant à l'absence d'argument scintigraphique en faveur d'arthrite, un rapport du Dr J._____, radiologue, du 9 août 2006, à

la conclusion suivante: «rectitude cervicale avec scoliose sinistro-convexe, instabilités disco-ligamentaires étagées de C2 sur C3 et C3 sur C4, C4 sur C5 de ½ à 1 mm et léger pincement antérieur du disque C5-C6. Hypertrophie des apophyses transverses C7 ddc qui, compte tenu de la symptomatologie clinique méritent que l'on élimine un syndrome du défilé thoracique. Surcharge du compartiment interne du genou droit en charge debout avec varus de la jambe droite. Dysplasie fémoro-patellaire avec tendance à la bascule externe des rotules. Pas de gros phénomènes arthrosiques du genou actuellement», un rapport médical du Dr W._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, du 19 août 2005, diagnostiquant des vertiges et un état anxio-dépressif.

Dans un rapport médical du 25 septembre 2008 à l'OAI, le Dr Y._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble douloureux chronique (fibromyalgie), trouble dépressif non spécifié, phobie sociale et trouble des conduites alimentaires (type compulsions boulimiques). Il estimait l'incapacité de travail dans l'activité de vendeuse-serveuse à 100% depuis 2002. L'état était stationnaire, avec une symptomatologie douloureuse inchangée et le dernier examen remontait au 25 septembre 2008. L'assurée avait été déçue de n'avoir pas pu suivre le stage auprès du Centre L._____. Par contre, sur le plan de son état psychologique, l'évolution était plutôt favorable, avec une meilleure affirmation de soi, la phobie sociale étant néanmoins persistante.

Par avis médical du 6 octobre 2008, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a observé que l'étude des rapports des Drs Y._____ et V._____ dénotait une situation stable par rapport à celle décrite dans le rapport d'expertise du 12 mars 2007, voire une amélioration de l'état psychique. Il n'y avait pas de fait nouveau sur le plan médical, si bien que les conclusions du rapport du SMR du 10 avril 2007 étaient toujours valables. Le Dr O._____ précisait encore que l'échec du stage d'évaluation auprès du Centre L._____ était probablement à mettre sur le compte de la persistance du

syndrome douloureux somatoforme chronique et de la longue durée d'inactivité professionnelle de l'assurée.

Par projet de décision du 6 janvier 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui refusait la rente d'invalidité sollicitée, retenant un degré d'invalidité de 5.73%.

Désormais représentée par Procap, l'assurée a formulé le 12 mars 2009 des observations sur le projet de décision de l'OAI du 6 janvier 2009. Elle a fait valoir qu'il n'était, compte tenu de sa phobie sociale notamment, pas réaliste de lui demander d'exercer une activité professionnelle dans un contexte compréhensif, sans clientèle et sans collègue de sexe masculin, demandant qu'une telle activité soit démontrée. Elle a encore soutenu qu'en retenant un revenu sans invalidité de 48'584 fr. 64, avec une incapacité de travail de 75% selon l'expertise médicale, et un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité, elle devrait être mise au bénéfice d'une rente entière.

Par avis médical du 14 octobre 2009, la Dresse K._____ du SMR a rappelé que dans une activité adaptée, les experts étaient d'avis que la capacité de travail de l'assurée était entière. L'argument selon lequel les limitations fonctionnelles liées à la phobie sociale n'étaient pas réalistes sur un marché du travail équilibré n'était pas médical et la question de l'échec du stage auprès du Centre L._____ avait déjà été discutée dans l'avis du 6 octobre 2008. Il était précisé que le dossier avait été soumis à la Dresse I._____, psychiatre auprès du SMR.

Par décision du 3 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision et nié le droit à la rente. Il a retenu ce qui suit sous la rubrique «résultat de nos constatations»:

- «• Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de vendeuse (service et nettoyage au restaurant) à la Q._____ du 24 juin 2002 au 31 mai 2004. Vous présentez des incapacités de travail à compter du 2 octobre 2003.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. Les éléments médicaux en notre possession n'étant pas suffisants pour se déterminer, nous

avons mandaté le Centre G. _____ de l'AI à [...] en vue de l'élaboration d'une expertise pluridisciplinaire. Celle-ci s'est déroulée les 7 août 2006 et le 30 octobre 2006.

- A la lecture de l'expertise en question, le Service médical régional constate que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% pour l'activité habituelle. En outre, il ressort que dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%. Les limitations fonctionnelles sont d'ordre psychique: limiter les activités avec confrontation directe à une clientèle.

- Au vu de ce qui précède, nous avons donc mandaté le service de réadaptation en vue de mettre en valeur votre capacité de travail résiduelle.

- Pour ce faire, vous avez débuté un stage d'observation au Centre L. _____ à compter du 14 novembre 2007. Le stage a été interrompu en date du 21 décembre 2007. Durant ce stage, vous avez présenté des absences d'une durée de 16 jours et vous n'êtes jamais restée au-delà de 10h45 alors que ce stage était prévu pour un taux de 100%.

- Au vu de ces constatations nous avons soumis votre dossier au Service médical régional. Des renseignements médicaux ont été requis auprès de vos médecins pour connaître l'évolution de votre état de santé. Il ressort des renseignements médicaux que l'évolution de votre état de santé est stable par rapport à celle décrite dans le rapport d'expertise du Centre G. _____ du 12 mars 2007, voire une amélioration de l'état psychique. Du point de vue médical il n'y a donc pas de fait nouveau.

- Au vu de ce qui précède, nous allons donc évaluer votre capacité de gain sous l'angle théorique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 3'893.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 TA; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'048.72 (CHF 3'893.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 48'584.64.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur

le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et le permis de séjour, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 41'296.94.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 43'810.00

avec invalidité CHF 41'296.95

La perte de gain s'élève à CHF 2'513.05 = un degré d'invalidité de 5.73 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée.»

L'OAI a en outre joint à son envoi une lettre du même jour selon laquelle l'expertise du Centre G._____ était probante. Il a encore indiqué que la contestation de l'assurée du 12 mars 2009 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 18 janvier 2010, M._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir qu'elle ne conteste pas en tant que telle l'évaluation médico-théorique faite au Centre S._____ ni l'absence d'éléments nouveaux sur le plan médical, mais l'existence d'une capacité de travail utilisable dans l'économie libre, en raison de sa grave phobie sociale, du fait qu'elle craint constamment d'agir de façon embarrassante ou humiliante et qu'elle souffre d'attaques de panique dans la foule et les transports publics. Elle soutient mal voir quelle activité elle pourrait exercer au vu de la nécessité de bénéficier d'un cadre compréhensif, sans clientèle, sans collègues masculins, sans exposition au jugement d'autrui et sans nécessité de côtoyer la foule pour se rendre au travail. Elle en déduit que la question à trancher n'est pas médicale, ainsi que l'indique le SMR dans son avis du 14 octobre 2009, mais bien qu'il faut admettre au stade de la vraisemblance prépondérante qu'elle ne dispose d'aucune capacité de travail exploitable dans l'économie, si bien qu'elle a droit à une rente entière. A défaut, elle requiert que le dossier soit complété par une

investigation complémentaire portant sur la recherche d'une activité adaptée à son état de santé.

Dans sa réponse du 26 mars 2010, l'OAI propose le rejet du recours. Il explique que le rapport d'expertise du Centre G._____ est probant et que selon l'avis de la conseillère en réadaptation en charge du dossier, la recourante pourrait notamment exercer une activité d'ouvrière d'usine ou de femme de ménage.

Dans sa réplique du 1^{er} juin 2010, la recourante observe que le rapport de la spécialiste en réadaptation n'est pas annexé à la réponse de l'OAI, si bien qu'il manque les indications nécessaires pour le calcul du préjudice économique, à supposer que les activités proposées soient réellement adaptées à ses problèmes de santé. Elle doute qu'une activité en usine, en atelier collectif ou sur une chaîne de montage puisse raisonnablement lui être imposée vu ses problèmes de phobies sociales. Quant à l'activité de femme de ménage, rien n'indique qu'il existe des places de travail salariée et à plein temps en suffisance sur le marché du travail. Si elle trouvait quelques mandats privés, il en résulterait un taux d'activité difficilement suffisant et il resterait à résoudre le problème des déplacements pour se rendre sur son / ses lieux de travail. Elle précise que le but d'une instruction complémentaire au plan psychiatrique est d'affiner la description des limitations fonctionnelles afin de pouvoir évaluer en toute connaissance de cause sa possibilité de faire valoir une éventuelle capacité de gain résiduelle sur un marché du travail équilibré. Elle produit en annexe un courrier du Dr V._____ à son avocate du 15 février 2010, ayant notamment la teneur suivante:

«Certes la fibromyalgie, ni le syndrome femoro-patellaire bilatéral, ni même la présence d'un trouble dépressif récurrent, requalifié d'intensité légère avec syndrome somatique, encore moins sa personnalité dépendante et j'en conviens, ces diagnostics n'entraînent pas formellement et impérativement des répercussions sur la capacité de travail de Madame M._____. En revanche, le fait qu'elle souffre d'une phobie sociale et, à mon sens, également d'une agoraphobie avec trouble de panique, ces deux affections constituent à elles seules un grand handicap pour elle.

Cela a été d'autant plus reconnu sans équivoque par les experts eux-mêmes, qui prennent en considération une incapacité de travail dans son métier de serveuse et caissière lors de la confrontation directe avec la clientèle. En effet dans ces conditions, la phobie sociale provoque des angoisses très importantes avec des manifestations neuro-végétatives actives. Je rajouterais même qu'elles peuvent en conséquence déclencher des crises d'attaque de panique pouvant s'accompagner de symptômes neuro-végétatifs plus intenses, en terme d'hyperventilation voire assorties de malaises avec perte de connaissance. Elle a par ailleurs, durant ces moments là, à cause de l'incapacité de gestion de stress, des difficultés de concentration et d'attention qui contribuent à la perte de tous ses moyens.

A contrario on lui reconnaît plutôt une pleine capacité de travail dans les activités sans contact avec la clientèle et dans un cadre compréhensif, si tant est [qu'elle soit] entourée de collègues de sexes féminins.

J'ai suscité une rencontre avec Madame M. _____ en vue d'échanger largement sur ce dernier point de vue. Il ressort de cet entretien que non seulement son état psychique et physique n'a pas changé et aussi l'expression de son désespoir vis-à-vis de son avenir professionnel et même d'envisager dans le futur une vie heureuse de couple et de mère dans ces conditions difficiles.

Sans doute, j'adhère au final à l'hypothèse médicalement relative que la fibromyalgie n'entraîne pas du point de vue physique un handicap suffisant, en terme de limitation fonctionnelle pour pouvoir justifier d'une incapacité totale de travail. Ce d'autant que la notion de capacité de travail résiduelle dans une activité exigible et adaptée s'impose toujours. D'ailleurs, à cet égard, les recommandations médicales scientifiquement reconnues n'intègrent pas l'arrêt de l'activité professionnelle parmi les mesures thérapeutiques en vigueur.

Par contre, cette patiente présente bel et bien une comorbidité psychiatrique invalidante à cause de la phobie sociale et du trouble panique, à la base de la limitation psychique manifeste. Malheureusement, je ne suis pas en possession du rapport psychiatrique du Dr Y. _____, son psychiatre traitant. Ce rapport aurait, tant soit peu, une importance capitale aux fins de nous éclairer sur la situation et de nous donner, sans conflit d'intérêt, un avis neutre sur l'état psychiatrique réel de Madame M. _____. C'est la raison pour laquelle j'estime qu'au stade actuel, nous avons besoin d'un avis psychiatrique supplémentaire. C'est pourquoi je propose que Madame M. _____ soit réévaluée à la consultation de troubles anxieux, à la polyclinique [...].»

Le Dr D. _____, anesthésiologiste et médecin au SMR, s'est déterminé le 18 mars 2010 sur l'avis du Dr V. _____, en indiquant que ce rapport ne faisait état d'aucun fait nouveau depuis l'expertise du 12 mars 2007, attestant même que l'état psychique et physique de la recourante n'avait pas changé, admettant que seule la phobie sociale était un facteur

d'incapacité de travail, ce qui était exactement concordant avec les conclusions des experts, estimant qu'il n'y avait aucune raison de solliciter un avis psychiatrique supplémentaire.

Le 7 janvier 2011, la recourante a adressé à la Cour de céans un rapport médical du 15 novembre 2010 de la Dresse F._____, psychiatre et psychothérapeute, et de la psychologue A._____, dont il ressort qu'elle a été à leurs consultations des 22 juin, 1 juillet et 27 août 2010. Les diagnostics posés sont ceux de trouble anxieux non spécifié, de trouble de la personnalité non spécifié et de retard mental léger (QI 64). Pour la Dresse F._____ et la psychologue A._____, une demande AI est justifiée.

Invité à se déterminer sur ce rapport médical, l'intimé a joint un avis du SMR du 11 janvier 2012 auquel il a déclaré se rallier. Dans son avis médical, le Dr E._____, chirurgien et médecin au SMR, relève que le trouble anxieux de la recourante se manifesterait dans les situations «requérant des ressources qui lui font défaut». Il en déduit que ce trouble ne surviendrait pas dans des situations ne nécessitant pas une intelligence au-dessus de la moyenne. Quant au trouble de la personnalité, qui existe depuis la fin de l'adolescence, il n'a pas empêché la recourante d'occuper plusieurs emplois, et de lier une relation intime depuis plus de dix ans, si bien que l'on ne voit pas pourquoi il serait désormais incapacitant. La même remarque vaut pour le retard mental léger, qui a tout de même permis à la recourante de travailler jusqu'en 2003. En outre, la Dresse F._____ ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail et ne conteste pas les conclusions de l'expertise et du psychiatre traitant.

C. Après circulation, la Cour a considéré que l'instruction au plan médical n'avait pas été suffisante et a décidé de faire procéder à une expertise judiciaire par un expert psychiatre.

Cette expertise a été confiée au Dr T._____, psychiatre et psychothérapeute, qui a rendu son rapport d'expertise le 2 juillet 2012.

Au terme de ses entretiens avec la recourante des 20 et 22 juin 2012, le Dr T. _____ a retenu que celle-ci présentait une incapacité de 100% depuis le 2 octobre 2003 dans une activité au service, au rangement et au nettoyage d'un établissement public ou activité similaire, estimant que cette incapacité était probablement restée stable et à ce taux depuis lors. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de Bulimia nervosa (F50.2), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble phobie sociale (F40.1) et de trouble dépressif récurrent (F33.1). Sans effet sur la capacité de travail, il a encore fait état d'une fibromyalgie présente depuis le début des années 2000 et d'un retard mental léger remontant à l'enfance. Sous la rubrique «Appréciation du cas et pronostic» de son rapport, le Dr T. _____ a encore relevé ce qui suit:

«Mme M. _____ est une ressortissante portugaise dont l'enfance paraît avoir été quelque peu carencée et surtout abusée. Les difficultés scolaires peuvent en être une conséquence. L'expertisée relève par ailleurs un quotient intellectuel bas compatible avec un retard mental léger.

L'assurée a néanmoins su garder une certaine stabilité tant personnelle que socioprofessionnelle jusqu'au début des années 2000.

Actuellement, le tableau clinique est essentiellement celui de sévères troubles anxieux. Il est assorti de la comorbidité d'un trouble dépressif récurrent et d'une bulimia nervosa tout de même sévère et chronique et qui a été sous-estimée jusqu'ici.

En l'état, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail de 100% d'un 100% dans une activité au service d'établissements publics.

Dans une activité adaptée aux limitations mentionnées dans le texte de ce rapport médical, il paraît raisonnablement exigible de l'intéressée qu'elle travaille à 40% d'un 100%.

Dans la mesure où elle y aurait droit, l'assurée pourrait bénéficier de mesures professionnelles.

Le traitement pourrait être orienté vers une prise en soins au moins transitoire du registre cognitivo-comportemental et la médication de fluoxétine réintroduite, au vu de l'évolution actuelle de la bulimia nervosa.

Le pronostic à long terme n'est pas bon, compte tenu de la durée et de la multiplicité des pathologies psychiatriques de l'intéressée.»

L'expert a encore précisé ce qui suit:

«Au terme de son évaluation, le soussigné admet une incapacité de travail plus élevée que celle qui a été retenue jusqu'ici. Il considère que Mme M. _____ n'est tout simplement pas capable de travailler

dans son activité antérieure au service, au rangement et au nettoyage d'un établissement public. Dans cette activité ou dans une activité similaire, l'incapacité de travail est de 100%.

Cette incapacité de 100% remonte au 02.10.2003, en prenant la date que le dossier donne comme début de l'incapacité de travail.

Cette incapacité de 100% est probablement restée stable et à ce taux depuis lors. En l'état, elle pourrait être fixée pour une longue durée.

La question d'une activité adaptée est difficile à résoudre. Il devrait s'agir d'un travail n'imposant pas de contacts sociaux répétés. Il ne devrait pas être soumis à des contraintes de rendement et à des facteurs de stress sortant de l'ordinaire, sachant que l'expertisée n'est pas armée face aux tensions extérieures. Une activité à domicile serait une possibilité. L'alternative pourrait être une activité dans un petit groupe, sachant qu'une solution appropriée devrait être trouvée pour les déplacements de cette sévère agoraphobe.

L'assurée conserve tout de même des ressources. Elle garde une certaine plasticité psychique. Elle conserve de bonnes capacités relationnelles. Elle garde bien le focus de l'entretien. Elle est interactive et sa présentation générale fait constater une palette de tonalités émotionnelles tout de même variée. Sa santé physique n'est gravement altérée. Son fonctionnement intellectuel est bon, malgré la notion d'une diminution de l'efficacité intellectuelle. Elle demande enfin à reprendre le travail.

Dans une activité adaptée, l'expert considère qu'il serait raisonnablement exigible que Mme M. _____ travaille à hauteur de 40% d'un 100%.»

S'agissant des mesures professionnelles, l'expert a encore noté que dans la mesure où la recourante y aurait droit, de telles mesures seraient souhaitables. Il a néanmoins rappelé que le pronostic à long terme n'était pas bon, compte tenu de la durée et de la multiplicité des pathologies de l'intéressée.

Le rapport d'expertise judiciaire a été soumis aux parties avec un délai pour déposer leurs déterminations.

Dans son écriture du 17 juillet 2012, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 11 juillet 2012 du Dr E. _____, à la teneur suivante:

«L'expertise du Dr T. _____ retient les diagnostics de bulimia nervosa, troubles panique avec agoraphobie, trouble phobie sociale et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il estime que la pathologie psychiatrique a généralement été sous-estimée (la boulimie nerveuse est diagnostiquée ici pour la 1^{ère} fois, alors qu'elle dure depuis plusieurs années). Les limitations fonctionnelles déterminées par la phobie sociale contre-indiquent l'exercice de l'activité de serveuse. Une activité adaptée n'est exigible qu'à un taux de 40%.

Cette expertise étant médicalement probante, nous nous rallions à ses conclusions.

LM : octobre 2003

CT comme serveuse: 0% depuis 2003

CT dans une activité adaptée: 40% depuis 2003

Limitations fonctionnelles: pas de contacts sociaux répétés, pas de contraintes de rendement, pas de stress sortant de l'ordinaire.

Activité à domicile possible; déplacements difficiles en raison de l'agoraphobie.»

Dans ses déterminations du 28 août 2012, la recourante fait valoir qu'au vu des indications données par le Dr T._____, peu d'activités lui semblent accessibles, hormis éventuellement en atelier protégé. Elle estime que cet élément devra être pris en compte dans l'évaluation du préjudice économique, et qu'à défaut, une nouvelle évaluation du rendement devrait être entreprise.

Le 10 septembre 2012, l'OAI a admis que compte tenu de l'exigibilité retenue par l'expert et des limitations fonctionnelles liées à la reprise d'une activité adaptée à 40%, il était opportun que son service de réadaptation professionnelle se détermine, requérant un délai à cet effet.

La recourante a confirmé sa position dans son écriture du 17 septembre 2012.

Le 24 octobre 2012, l'intimé a produit le rapport final du 5 octobre 2012 de sa spécialiste en réadaptation, en déclarant s'y rallier. Il en ressort que la recourante n'a aucune capacité de gain exigible. L'OAI a admis que la recourante avait dès lors droit à une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2004 (soit un an après le début de l'incapacité de travail, art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), pour autant que les conditions d'assurance soient remplies.

Se déterminant sur cette écriture le 27 décembre 2012, la recourante a relevé que de son point de vue, les conditions d'assurance étaient remplies, le droit à la rente étant ouvert à compter du 1^{er} octobre 2004.

Dans d'ultimes observations du 29 janvier 2013, l'OAI a indiqué que la recourante remplissait les conditions générales d'assurance pour la rente.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 18 janvier 2010 dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

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

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

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

3. a) Pour se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre G. _____ du 12 mars 2007. La recourante déduit pour sa part de ce

rapport qu'elle n'a pas de capacité de travail utilisable dans l'économie libre.

Dans la mesure où la situation de la recourante n'était pas clairement établie au plan médical, une expertise a été confiée au Dr T._____. Ce dernier a rendu son rapport le 2 juillet 2012. Il retient, après avoir examiné la recourante à deux reprises, effectué des examens de laboratoire, pris contact avec les Drs V.____ et Y.____ et étudié son dossier complet, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de Bulimia nervosa (F50.2), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble phobie sociale (F40.1) et de trouble dépressif récurrent (F33.1). Le Dr T._____ explique ensuite de manière très précise et fouillée pour quelles raisons il estime que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité, ainsi que les raisons qui le conduisent à retenir qu'elle pourrait éventuellement travailler à 40% d'un 100%, le pronostic n'étant toutefois pas bon. Le Dr T._____ retient la date du 2 octobre 2003 comme début de l'incapacité, sur la base du dossier.

L'expertise du Dr T._____, qui se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la recourante et a été établie en pleine connaissance du dossier, remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé n'en disconvient du reste pas.

b) Cela étant, à la suite de l'expertise, le cas de la recourante a été soumis à une spécialiste en réadaptation de l'intimé, dans le but que cette dernière détermine la capacité de gain éventuelle de l'intéressée. Après avoir étudié le dossier de l'assurée, la spécialiste en réadaptation est parvenue à la conclusion que la recourante ne disposait d'aucune capacité de gain. L'intimé s'est rallié à cette appréciation, et a dès lors admis que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2004.

L'art. 29 al. 1 lettre b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au

plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

C'est donc bien à compter du 1^{er} octobre 2004 que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, dans la mesure où le Dr T._____ a retenu la date du 2 octobre 2003 comme début de l'incapacité.

4. Vu ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision de l'OAI réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à la recourante dès le 1^{er} octobre 2004.

L'intimé supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

La recourante a produit le 27 décembre 2012 un résumé d'activité en vue de permettre de statuer sur le droit à d'éventuels dépens. Les actes de procédure ont consisté en la rédaction d'un mémoire de recours, d'une réplique, ainsi que de trois déterminations après le dépôt du rapport d'expertise du Dr T._____. La recourante a également préparé un questionnaire pour l'expert. En prenant en considération l'ensemble de ces actes de procédure, ainsi que divers courriers, en prenant également en considération le temps nécessaire à la préparation du recours, ainsi que celui consacré à divers actes n'apparaissant pas nécessairement au dossier de la procédure, il apparaît qu'un montant de 3'000 fr. (TVA comprise) à titre de participation aux honoraires et frais d'avocat constitue une indemnisation suffisante pour la défense de ses intérêts (art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 3 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à M. _____ dès le 1^{er} octobre 2004.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Service Juridique (pour M. _____),
- 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 :