

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mars 2012

---

Présidence de        Mme    BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges        :        M.    Gerber, juge suppléant, et M. Monod, assesseur  
Greffière        :        Mme    Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 LPGA; 4 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 19[...], d'origine algérienne et arrivée en Suisse en 1977, a déposé le 10 mars 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour une dépression existant depuis 2003.

Selon le rapport du 25 mars 2009 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs depuis plusieurs années. Médecin traitant depuis une année, la Dresse J. \_\_\_\_\_ décrivait la symptomatologie suivante: "troubles du sommeil, angoisses, irritabilité, repli sur elle-même, la patiente n'arrive plus à sortir de chez elle ni à voir ses amis. Pensées de mort. Douleurs décrites comme insoutenables par la patiente au niveau du dos et de la cuisse droite". Elle attestait une incapacité de travail totale pour les mois de février et mars 2008, d'octobre 2008, du 19 décembre 2008 au 19 janvier 2009, et dès le 10 février 2009 en raison d'un accident (chute sur les fesses).

Selon le rapport du 8 juin 2009 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 14 avril 2009, cette dernière souffrait d'un trouble dépressif persistant (F34.9) depuis plusieurs années ainsi que d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. S'agissant de l'incapacité de travail, la Dresse D. \_\_\_\_\_ renvoyait à l'appréciation des précédents médecins, relevant cependant, comme restrictions sur l'activité exercée à ce jour, une "irritabilité, interprétativité, susceptibilité interférant massivement sur le travail en équipe. Apragmatisme". Le 1<sup>er</sup> septembre 2009, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a précisé son évaluation comme suit en réponse aux questions du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR):

*"- Existe-t-il des empêchements psychiques à l'intégration de l'assurée au monde [de] l'économie ?*

Oui.

Symptômes: quand elle ne connaît pas les gens, Madame G. \_\_\_\_\_ a la conviction qu'on ne l'aime pas et qu'on lui veut du mal. Elle s'angoisse beaucoup dans les lieux fermés. Multiples oublis. Trouble majeur de la concentration. Intolérance à toute attente. Vomissements fréquents.

Comportements consécutifs aux symptômes: Madame G. \_\_\_\_\_ est méfiante; parfois elle reste calme, mais, souvent, elle devient très irritable, crie, ressent l'envie de devenir plus violente; dans ces moments-là, elle quitte les lieux impulsivement. Elle doit ouvrir les fenêtres et ne peut plus utiliser les ascenseurs.

*- L'état de santé est-il actuellement stabilisé ?*

Il est stabilisé dans le sens qu'il ne peut pas être amélioré rapidement par des moyens simples, mais l'état de santé est actuellement mauvais. Par exemple, Madame G. \_\_\_\_\_ doit fournir de gros efforts pour se laver, s'habiller, faire la cuisine, sortir seule un petit moment chaque jour, ce qui représente déjà un grand succès puisqu'elle ne pouvait pas faire tout ça il y a quelques semaines. Elle ne prend les médicaments que de façon discontinue, que ce soit les psychotropes ou les antibiotiques ou les médicaments contre l'hypercholestérolémie: c'est l'anarchie, même si son fils veille très activement sur elle. Le pessimisme consécutif à l'état dépressif contribue à saper toute motivation à se traiter «A quoi ça sert? La mort serait une bonne solution. Je n'y arriverai jamais»...

*- Dans une activité adaptée aux limitations psychiques, existe-t-il une capacité de travail exigible dans le monde de l'économie ?*

Non. Une activité adaptée permettrait au mieux une participation à une activité occupationnelle dans un atelier protégé."

**B.** L'assurée a été examinée au SMR le 22 septembre 2009 par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse I. \_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Selon leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 28 septembre 2009, cosigné par ordre au nom de la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin chef du SMR, les atteintes suivantes avaient des répercussions sur la capacité de travail: lombosciatalgies chroniques (M54.46) avec discopathies étagées de L3 à S1 et hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane gauche. Les atteintes suivantes n'avaient en revanche aucune répercussion sur la capacité de travail: fibromyalgie (M79.0), trouble dépressif persistant en rémission (F34.9), hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, en rémission (F50.4), obésité de classe 2, déconditionnement musculaire focal et global. Le rapport décrivait les résultats de l'examen psychiatrique comme suit:

“Notre examen clinique psychiatrique n’a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d’anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d’état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif de perturbation sévère de l’environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Sur la base de notre observation clinique, le trouble de l’humeur persistant, sans précision est en rémission. Selon la CIM-10, les troubles de l’humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels les épisodes individuels sont rarement ou ne sont jamais suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d’épisode hypomaniaque ou d’épisode dépressif léger. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs, récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un trouble affectif persistant. Que ce soit la cyclothymie, la dysthymie ou d’autres troubles de l’humeur persistants ou troubles de l’humeur persistants sans précision, il ne s’agit pas d’une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Actuellement, le trouble dépressif persistant est en rémission.

L’assurée souffre également d’une hyperphagie associée à d’autres perturbations psychologiques, en rémission également et sans aucune incidence sur la capacité de travail.

En l’absence d’un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n’avons pas retenu ce diagnostic. L’assurée est démonstrative et dans un discours plaintif elle met en avant ses plaintes somatiques qu’elle amplifie verbalement sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Par ailleurs, un diagnostic de fibromyalgie a été diagnostiqué à l’examen clinique.

L’assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d’intégration sociale, dans toutes les manifestations de la vie ni d’état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Par conséquent, les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle, ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d’aucune pathologie à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100%.”

De l’avis des médecins du SMR, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle, au-delà de 7.5 kg; éviter les positions statiques debout, immobiles et prolongées; diminution du périmètre de marche à environ 45 minutes à 1 heure; pas de position statique immobile au-delà de 45 minutes, sans possibilité de varier les positions assises et debout, minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l’assurée; pas

d'activité en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance; éviter les activités en hauteur avec des mouvements d'antéimpulsion répétitifs au-delà de 60°, avec port de charges. Une incapacité de travail de 100% dans son activité antérieure de serveuse en cafétéria pouvait être retenue depuis le 10 février 2009. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles, sur le plan ostéoarticulaire, était théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution de rendement.

**C.** Le 7 janvier 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rendu une décision de refus d'octroi d'une rente, confirmant son préavis du 10 novembre 2009. Il exposait que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique; du point de vue somatique, elle présentait des lombosciatalgies considérées comme invalidantes, mais sa capacité de travail était entière dans une profession adaptée, dès le début de la longue maladie. Le taux d'invalidité s'élevait à 13.42%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

**D.** Par acte du 3 février 2010, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 7 janvier 2010, concluant à l'octroi d'une rente entière. Elle contestait l'appréciation de sa capacité de travail au niveau psychiatrique par la Dresse I.\_\_\_\_\_ ainsi que la valeur probante de son rapport.

Par décision du 22 mars 2010, l'assistance judiciaire a été accordée à la recourante. Me Chaulmontet a été désigné comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 28 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant que le rapport d'examen clinique du SMR du 28 septembre 2009 remplissait tous les réquisits de la jurisprudence en matière de valeur probante.

Par réplique du 16 août 2010, la recourante, par son conseil, a modifié partiellement ses conclusions, concluant dès lors à l'annulation de

la décision attaquée et à l'ordonnancement d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle fait valoir que la non-possession d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie par la Dresse I. \_\_\_\_\_ confère à son rapport une valeur probante réduite. De surcroît, l'appréciation de cette dernière est contredite par la Dresse D. \_\_\_\_\_, tant dans son complément au rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2009 que dans le rapport du 18 juin 2010, qu'elle produit et dont la teneur est la suivante:

“Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009, date de mon dernier courrier au Docteur X. \_\_\_\_\_ du SMR AI, l'état de santé s'est dégradé progressivement. En janvier 2010, elle décrivait une alternance entre des journées où elle pouvait être active, faire des démarches, par exemple, et des jours d'épuisement, d'isolement, d'inconfort physique intense et de peur de commettre un acte violent contre quelqu'un. A l'époque, elle n'avait pas encore explicitement décrit ses hallucinations auditives, qui étaient pourtant certainement déjà présentes.

Diagnostic: Trouble dépressif majeur, persistant, avec symptomatologie psychotique.

Depuis janvier 2010, l'état de santé de Madame G. \_\_\_\_\_ a, malheureusement, continué à s'aggraver progressivement: maintenant, elle n'arrive plus à s'occuper de son ménage ni d'elle-même de façon autonome et a besoin des soins de son fils et de sa belle-fille et de la présence d'une aide de ménage. Toutes les journées sont pénibles.

Elle est épuisée, envahie par des hallucinations auditives et des symptômes physiques tels que vertiges, nausées, vomissements; impulsions de commettre des actes agressifs contre les autres ou elle-même, qu'elle arrive à réprimer au prix de gros efforts. Elle se sent observée et mal jugée par les autres. Désespoir de ne jamais guérir. Troubles majeurs du sommeil.

En raison des nausées, elle n'arrive pas à prendre régulièrement son traitement médicamenteux. Le danger d'impulsions suicidaires est grand et la présence de son entourage est nécessaire à sa sécurité. Dans ces conditions, un traitement ambulatoire est insuffisant; une hospitalisation est nécessaire et sera prochainement organisée.

Sa capacité de gain est de 0%.

Un projet d'activité occupationnelle paraît même trop ambitieux dans les conditions actuelles.”

Se déterminant le 6 septembre 2010, l'OAI a relevé que la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne s'était pas prévalué d'un titre dont elle n'était pas titulaire au moment de rendre son rapport le 28 septembre 2009 et qu'aucun élément ne permettait de mettre en doute les compétences professionnelles de ce médecin dans le domaine psychiatrique. L'intimé produisait la prise de position du 30 août 2010 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin

au SMR, sur le rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante:

"L'aggravation alléguée par la Dresse D.\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause les incapacités de travail précédemment admises.

Il est fait mention d'une aggravation sous forme d'un trouble dépressif majeur d'intensité non définie, avec symptomatologie psychotique, depuis janvier 2010. L'état de santé est jugé assez grave pour nécessiter une hospitalisation qui «sera prochainement organisée».

Force est de constater que l'état de santé de l'assurée n'est pas stabilisé. Le rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ datant de juin 2010, il serait intéressant de savoir si l'hospitalisation prévue a eu lieu. Le cas échéant, la lettre de sortie serait bienvenue. Dans le cas contraire, il s'agit de savoir pourquoi on a renoncé à cette mesure.

Il conviendrait de compléter l'instruction dans ce sens."

**E.** La recourante a été hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de [...] du 10 août au 3 novembre 2010, pour mise à l'abri d'une idéation suicidaire et symptomatologie psychotique. Selon la lettre de sortie du 15 novembre 2010, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3).

Dans sa prise de position du 3 mars 2011, l'OAI a estimé que la lettre de sortie confirmait l'aggravation de l'état de santé de l'assurée annoncée par la Dresse D.\_\_\_\_\_, mais que cette aggravation n'était pas survenue avant la reddition de la décision, le 7 janvier 2010, si bien qu'il ne fallait pas la prendre en considération dans l'examen de la présente cause. Elle pourrait être examinée, par contre, en cas de dépôt d'une nouvelle demande.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition

et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'intimé à la suite de la demande de prestations de la recourante, particulièrement sur le point de savoir si l'OAI était légitimé à se fonder sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique des Drs P.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ pour nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il s'agit d'examiner si, ainsi que le soutient la recourante, la force probante de ce rapport doit être mise en cause, eu égard à la personne de la Dresse I.\_\_\_\_\_ et aux rapports médicaux de la Dresse D.\_\_\_\_\_.

**3. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

D'après une jurisprudence constante, l'OAI est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Il en va de même, selon la jurisprudence, pour les rapports des médecins des assureurs (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des différents rapports médicaux doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 V 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par le juge ou l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il

n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3e; 120 Ib 224 consid. 2b; 119V 335 consid. 3c et la référence).

**4. a)** La recourante fait d'abord valoir dans son recours qu'en tant qu'employée de l'assurance-invalidité, la Dresse I. \_\_\_\_\_ n'est pas impartiale. Or l'indépendance des médecins du SMR dans leur appréciation médicale est garantie par l'art. 59 al. 2bis LAI. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.2012) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références). Le grief est donc infondé.

**b)** La recourante argue ensuite du fait que la Dresse I. \_\_\_\_\_ a signé le rapport en tant qu'ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie,

que cette personne n'a pas les qualifications nécessaires, en particulier n'a pas un titre post-grade en psychiatrie.

D'après la jurisprudence, les médecins du SMR doivent disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises dans le cas d'espèce, ce qui requiert un titre de spécialiste correspondant, destiné à prouver la possession des connaissances spécialisées requises, de la part du médecin qui a rédigé le rapport ou, tout au moins, du médecin qui a visé le rapport (TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3). Une formation post-grade FMH n'est pas indispensable; une formation spécialisée, qui peut aussi être acquise à l'étranger, suffit (TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Pour évaluer la santé psychique et ses conséquences sur la capacité de travail, il faut en règle générale faire appel à un médecin spécialisé en psychiatrie (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3.; TF 8C\_945/2009 du 23 septembre 2009 consid. 5; I 142/07 du 20 novembre 2007 consid 3). C'est en particulier le cas lorsque, comme en l'espèce, la question de la co-morbidité psychiatrique pour une fibromyalgie se pose (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

Contrairement au cas visé par la jurisprudence citée par la recourante (TF I 65/07 du 31 août 2007), la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prévalué d'un titre dont elle n'était pas titulaire au moment de rendre son rapport le 28 septembre 2009 et disposait, en outre selon la prise de position de l'office intimé du 6 septembre 2010, d'une autorisation d'exercer une activité en tant que médecin dépendant. Au regard du poste qu'elle a occupé en tant que cheffe de clinique adjointe en psychiatrie, de la formation complète en psychiatrie et psychothérapie qu'elle a suivi par le passé, et de son activité d'experte auprès du SMR, elle dispose d'une expérience et des compétences suffisantes pour rendre des avis spécialisés dans la discipline en cause (TF 9C\_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.3). S'y ajoute qu'il ressort du registre fédéral des professions médicales que la Dresse I. \_\_\_\_\_ a obtenu le titre post-grade fédéral de spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie en 2009, selon toute vraisemblance, au regard du titre utilisé lors de la rédaction du rapport, peu après le 28 septembre 2009.

**c)** La recourante conteste également la valeur probante du rapport au motif que la Dresse I.\_\_\_\_\_ ne pratiquait pas comme psychiatre traitante. Or, il n'est pas requis des médecins du SMR qu'ils pratiquent comme médecins traitants pour exercer leur fonction d'évaluation médicale.

**d)** La recourante soutient par ailleurs que la valeur probante du rapport du SMR du 28 septembre 2009 est réduite par le fait que ses résultats sont contredits par les courriers de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2009 et du 18 juin 2010.

**aa)** En l'espèce, la Dresse D.\_\_\_\_\_ qualifie dans son rapport du 8 juin 2008 l'atteinte à la santé psychique, présente depuis plusieurs années, comme "un trouble dépressif persistant (F34.9)" - codage associé à un "trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision" selon la classification de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) - et décrit dans son rapport complémentaire du 1<sup>er</sup> septembre 2009 les symptômes qu'elle y associe (crainte des gens inconnus, angoisse dans les lieux fermés, oublis, trouble majeur de la concentration, vomissements).

La plupart de ces symptômes sont décrits dans le rapport du SMR du 28 septembre 2009 en tant que plaintes actuelles de l'assurée. Ce rapport quantifie l'importance de ces facteurs lors de l'examen et arrive à la conclusion que les symptômes sont non objectivés (repli sur soi avec retrait social, trouble de la mémoire, de l'attention et de la concentration, angoisse) ou ont perdu de leur acuité (vomissements). Les Drs P.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ ne mettent pas en question le diagnostic de trouble dépressif persistant (F34.9) mais affirme que ce trouble est en rémission lors de l'examen du 22 septembre 2009.

Dans son rapport du 18 juin 2010, la Dresse D.\_\_\_\_\_ relève que l'état de santé de la recourante s'est dégradé progressivement depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et précise que l'état de santé a continué à

s'aggraver depuis janvier 2010. Rapportant les déclarations de l'assurée, elle explique qu'il y a une alternance de jours où elle peut être active et de jours où elle souffre d'épuisement, d'isolement, d'inconfort physique intense et de peur de commettre un acte violent; le danger d'impulsions suicidaires est grand et une hospitalisation devrait prochainement être organisée. La Dresse D.\_\_\_\_\_ déclare par ailleurs qu'à l'époque, la recourante n'avait pas encore explicitement décrit ses hallucinations auditives, mais soutient qu'elles étaient certainement déjà présentes. Elle retient ainsi le diagnostic de trouble dépressif majeur, persistant, avec symptomatologie psychotique.

Ce rapport a fait l'objet d'une prise de position du SMR le 30 août 2010. Si le Dr M.\_\_\_\_\_ nie que l'évaluation de la capacité de travail faite lors de l'examen du 22 septembre 2009 soit remise en question par l'évolution ultérieure, il admet que l'état de santé de la recourante n'est pas stabilisé. Il s'interroge sur sa péjoration et est favorable à un complément d'instruction, notamment s'agissant de l'hospitalisation annoncée par la Dresse D.\_\_\_\_\_.

L'hospitalisation a eu lieu du 10 août au 3 novembre 2010, pour mise à l'abri d'une idéation suicidaire et symptomatologie psychotique. Le diagnostic de la Dresse D.\_\_\_\_\_ est confirmé par la lettre de sortie du 15 novembre 2010 de l'hôpital psychiatrique de [...]; les médecins ont attesté que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotique (F33.3).

**bb)** A la lecture des différents rapports médicaux, il appert que la recourante souffre d'une dépression récurrente avec caractéristiques psychotiques dont l'évolution semble avoir présenté des phases lors desquelles tant des moments de capacité de travail que d'incapacité de travail ont pu être observés.

En 1991, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquait un état dépressif psychotique. En 2006, la recourante a fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique au Centre de

psychiatrie de liaison du CHUV, pendant environ deux ans. Il est également fait mention d'une tentative de suicide en 2006 ou 2007 (cf. "Anamnèse psychosociale et psychiatrique" du rapport du SMR du 28 septembre 2009), de pensées de mort, par la Dresse J.\_\_\_\_\_, en 2009 (cf. rapport du 25 mars 2009) et d'idéation suicidaire en 2010 (cf. lettre de sortie du 15 novembre 2010). Si l'hospitalisation de 2010 ne pouvait être prise en compte dans son appréciation, il n'en demeure pas moins que les autres événements étaient connus de la Dresse I.\_\_\_\_\_ lors de la rédaction de son rapport en septembre 2009. Or, il appert que cette dernière n'a pas tenu compte de ces éléments et a déterminé la capacité de travail de la recourante à un moment précis, passant outre l'évolution de l'atteinte à la santé. La Dresse I.\_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif persistant en rémission, sans préciser à quel moment l'amélioration de l'état de santé a été reconnue et sans même discuter cette question. Ce diagnostic ne permet pas d'admettre un retour durable à une capacité de travail notable. Il est en effet possible qu'au cours d'une période de rémission, la recourante se soit sentie à même d'accomplir certaines activités sans que cela signifie qu'elle soit médicalement apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps. La reprise des symptômes dès janvier 2010 parle en faveur d'une recrudescence de symptômes au cours d'un même et unique épisode. En effet, eu égard à la courte période séparant l'examen de la Dresse I.\_\_\_\_\_ et l'aggravation attestée par la Dresse D.\_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu de soutenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un nouvel épisode est survenu postérieurement à la décision de l'OAI du 7 janvier 2010.

A l'aune de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la Dresse I.\_\_\_\_\_ et la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'ont pas procédé à une appréciation différente d'un même état de fait, mais ont apprécié une même atteinte à la santé lors de phases différentes. La Dresse I.\_\_\_\_\_ n'a pas analysé la problématique de la recourante dans la durée. L'intimé ne pouvait dès lors nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité sur la seule base de l'examen réalisé par le SMR, eu égard aux lacunes figurant dans l'appréciation de la Dresse I.\_\_\_\_\_.

**cc)** Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a 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 suffisants, 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 sur 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).

En l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes psychiques dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Il en découle qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA est désormais nécessaire pour établir précisément l'état de santé de l'assurée et sa capacité à exercer une activité lucrative. Il conviendra ensuite que l'OAI se détermine, sur cette base, si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

**e)** Précisons que s'agissant des atteintes physiques (lombosciatalgies chroniques avec des discopathies étagées de L3 à S1 ainsi qu'une hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane), la recourante a, selon le rapport du SMR du 28 septembre 2009, une incapacité totale de travail dans son activité antérieure de serveuse en cafétéria depuis le 10 février 2009, mais une pleine capacité de travail dans une profession adaptée qui tient compte des limitations fonctionnelles. Aucun des documents médicaux au dossier ne permet de mettre en question cette appréciation sur laquelle la décision attaquée s'appuie et que la recourante ne conteste pas à juste titre.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 7 janvier 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé

afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il rende une nouvelle décision. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, ainsi que sa capacité de travail exigible. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis 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 des 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)** La recourante, qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire, obtient gain de cause avec le concours d'un avocat et a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), fixés selon l'importance du litige et la complexité de la cause ainsi que compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat. Il appartient à la Cour des assurances sociales de fixer le montant de ces dépens (art. 91 et 99 LPA-VD), qui seront arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise. Ce montant couvrant intégralement l'indemnité due à Me Chaulmontet pour l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu d'examiner cette question qui devient dès lors sans objet.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 1500 fr. (mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Chaulmontet (pour G. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, 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 :