

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Rothenbacher et M. Métral
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Q. _____, à Corcelles-près-Payerne, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1980, imprimeuse de formation, a notamment travaillé en qualité d'imprimeuse offset et d'ouvrière. Le 18 juin 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr N. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main à Lausanne. Dans un rapport du 18 juillet 2007, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien et de tendinite de de Quervain, à gauche et à droite, depuis début 2007. Il a retenu une incapacité de travail à 100% du 22 mai au 22 juillet 2007, en raison d'une opération.

L'OAI s'est également adressé au Dr T. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, qui dans un rapport du 24 octobre 2007 a diagnostiqué des paresthésies distales des membres supérieurs persistantes après correction d'une hypovitaminose B12 et cure de tunnel carpien droit, de tenosynovite de de Quervain à droite, actuellement sans substrat clinique, et d'état dysthymique avec manifestations anxio-dépressives fluctuantes. Dans l'activité d'imprimeur, il a retenu une incapacité de travail à 100% du 30 janvier au 3 février 2006, du 20 mars au 5 avril 2006 et depuis le 12 février 2007. Il a relevé qu'une réorientation professionnelle était indiquée. Le Dr T. _____ a remis un rapport du 16 août 2007 du Dr K. _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a posé le diagnostic de dysesthésies et douleurs des MS sans origine neurologique et retenu une discordance entre la pauvreté des constatations objectives et l'importance des plaintes subjectives.

Sur mandat de l'assurance perte de gain de l'assurée, une expertise psychiatrique a été effectuée le 24 janvier 2008 par le Dr

H._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'anorexie mentale dans le passé et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il a retenu ce qui suit:

"La personne assurée présente une comorbidité du syndrome douloureux somatoforme, du trouble de la personnalité de type borderline et à cause du status après l'anorexie mentale. Dans la littérature, il est bien connu que lorsqu'un sujet a présenté dans le passé une anorexie mentale, une telle pathologie ne sera jamais en rémission à 100% mais une partie sera présente, d'une manière sous-jacente, même dans les cognitions les plus légères. Pour cette raison, on doit partir dans l'idée qu'il y a, auprès de la personne assurée, une comorbidité psychiatrique entre le trouble somatoforme et les autres pathologies psychiatriques. Si l'on regarde la vie de l'assurée, on relève qu'elle est beaucoup avec son mari mais qu'il y a tout de même un certain retrait de la vie sociale, qui est à interpréter comme un signe de désintégration sociale léger. On peut donc conclure, qu'auprès de la personne assurée, les critères de Mosimann sont remplis (comorbidité psychiatrique, désintégration sociale). Pour cette raison, on doit partir dans l'idée que pour le moment, la personne assurée est en incapacité de surmonter sa problématique algique, du point de vue psychiatrique. Elle est en incapacité de travail totale.

Du point de vue psychiatrique, il est également important que l'assurée fasse une reconversion professionnelle dans une profession plus adaptée pour elle. Une telle mesure est à faire le plus idéalement dans le cadre de l'assurance AI (l'expert psychiatre se rend bien compte qu'il est seulement expert et qu'il ne peut pas se prononcer sur la procédure de la reconversion professionnelle de la personne assurée).

Propositions de traitement et pronostic:

Du point de vue psychiatrique il est nécessaire que la personne assurée bénéficie d'un traitement psychiatrique assez poussé dans une clinique de jour spécialisée dans les troubles de la personnalité et également dans les troubles somatoformes, et qui travaille selon le mode de la thérapie cognitivo-comportementale.

Du point de vue psychiatrique, une entrée en clinique psychiatrique stationnaire est contre-indiquée, car il faut partir dans l'idée qu'un tel séjour serait vécu par l'assurée comme un échec narcissique et accélérerait encore une décompensation psychiatrique importante. Le deuxième danger d'un séjour en clinique psychiatrique est que la désintégration sociale soit encore renforcée et que la personne assurée perde les outils de gestion de sa vie quotidienne (dans le sens d'un hospitalisme).

En outre, il est nécessaire que l'assurée participe à une thérapie de groupe où sa problématique de trouble de la personnalité de type borderline serait traitée selon la thérapie dialectique comportementale (en anglais behaviour dialectic therapy).

Il est nécessaire que le traitement psychiatrique soit poursuivi chez le Dr O._____, psychiatre, car d'une part ce médecin est déjà familier à la personne assurée et deuxièmement, cette dernière peut s'exercer à développer un comportement relationnel dans une relation thérapeutique stable.

En principe, dans le cadre d'une dépression ou d'une problématique existentielle forte, de type borderline, il est important que les sujets aient une personne de référence thérapeutique stable car une interruption d'une relation thérapeutique peut être vécue d'une manière dramatique par les sujets, ce qui peut aboutir à une décompensation psychique importante.

On doit partir dans l'idée qu'après les mesures thérapeutiques proposées ci-dessus, il y aura, dans six mois, une amélioration de l'état de la personne assurée au niveau de l'impulsivité, de la stabilité émotionnelle et également dans le cadre de la gestion des douleurs. Cependant, on doit partir dans l'idée qu'une symptomatologie résiduelle va persister, ce qui va provoquer chez la personne assurée une décompensation plus légère lors d'une situation de stress".

L'OAI s'est adressé au Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assurée, qui a retenu les diagnostics de trouble anxieux sous la forme d'attaque de panique, trouble dépressif d'intensité fluctuante, et trouble du comportement de type agressivité verbale non maîtrisable, dans le contexte d'un grave trouble de la personnalité à trait immature, de dépendance et caractériel, ainsi que de troubles somatoformes apparaissant en fonction des états de stress. L'assurée le consultait depuis trois ans et bénéficiait d'un traitement médicamenteux anxiolytique et antidépresseur; elle n'était pas capable de travailler dans son activité de typographe et sa capacité de travail devait être examinée dans un centre de réadaptation.

Dans un courrier du 21 octobre 2008, le Dr O._____ a ajouté que l'assurée avait été mise en arrêt de travail en 2006 en raison d'un conflit professionnel lié à ses difficultés psychiques. L'incapacité de travail actuelle, décidée par son médecin généraliste, résultait d'un trouble somatoforme apparu lors de l'activité de typographe. Les limitations fonctionnelles consistaient notamment en une faible résistance au stress et en des difficultés d'adaptation.

Du 6 juin au 3 novembre 2008, l'assurée a suivi un module "Affirmation de soi" à la structure intermédiaire de soins psychiatrique à Yverdon-les-Bains. Il en est résulté une nette amélioration dans l'interaction de l'assurée avec son entourage, une diminution de son anxiété en situations sociales et une tendance à l'agressivité, le module s'avérant en définitive bénéfique pour l'intéressée.

L'assurée a été soumise à un examen clinique psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), effectué par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 2 avril 2009, ce médecin a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie et retenu une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique depuis toujours dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'examen psychiatrique du SMR met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec thymie bonne sans irritabilité ni tristesse, ruminations existentielles sans idée de mort, sans anhédonie, sans repli sur elle-même, sans trouble de concentration, sans perte d'estime d'elle-même. Le tableau est particulier de par sa fluctuation avec à raison de 70% du temps des moments où elle se sent moins bien, fatiguée, doit se battre pour faire les choses et à raison de 30% du temps, des moments où elle vit sa vie, bricole, fait son ménage, arrive à ouvrir des bouteilles. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes et ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée. Il est à préciser que ce diagnostic de dysthymie est envisagé dans le rapport médical AI du médecin-traitant, le Dr T._____ en date du 24.10.2007 et envisagé dans le rapport médical du psychiatre-traitant, le Dr O._____ en date du 27.07.2008 qui précise un trouble dépressif d'intensité fluctuante, sans cotation CIM-10.

L'anamnèse fait état de suivis psychiatriques dès l'enfance et tout particulièrement à l'adolescence en raison d'une anorexie, et l'assurée précise avoir consulté le Dr O._____ en 2006 dans le cadre d'une démarche existentielle non motivée par une symptomatologie incapacitante et pour laquelle ne sera pas précisé

d'incapacité de travail. Elle déclare parallèlement une amélioration en 2008.

Le rapport médical du psychiatre-traitant fait état:

- D'un trouble anxieux sous forme d'attaques de panique, qui n'est pas retrouvé lors de l'examen du SMR.

- De troubles du comportement de type agressivité verbale non maîtrisable dans le contexte d'un grave trouble de personnalité à traits immatures, de dépendance et caractérielle, qui n'est pas retrouvé non plus lors de l'examen du SMR,

- Ces deux tableaux ont certainement dû bénéficier de la prise en charge psychiatrique et donc, de l'amélioration susmentionnée. A préciser que le même rapport affirme que l'assurée a été tout à fait stabilisée dans sa pathologie depuis son mariage en 2007.

- Enfin, ce rapport psychiatrique ainsi qu'un courrier du psychiatre traitant en date du 21.10.2008 précisent que l'incapacité de travail actuelle est en rapport avec un trouble somatoforme apparaissant en fonction des états de stress. Nous devons donc envisager l'aspect incapacitant de ces tableaux algiques grâce à l'appréciation des critères de sévérité de la jurisprudence, à savoir:

- Une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée aujourd'hui lors de l'examen puisqu'un tableau de dysthymie ne peut participer d'un état de comorbidité.

- Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assurée déclarant une amélioration du tableau en 2008.

- Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie qui n'est pas retrouvée, l'assurée déclarant un tissu amical qui se rencontre de façon hebdomadaire.

- Un état psychique cristallisé n'est pas retrouvé.

- L'échec au traitement n'est pas retrouvé puisque l'assurée déclare une amélioration nette en 2008.

L'ensemble des critères de sévérité de la jurisprudence n'étant pas retrouvé, nous ne pouvons considérer le tableau algique comme ayant une valeur incapacitante.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant et incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique du SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée".

Le cas a été soumis au SMR qui, sous la plume du Dr L._____, a relevé dans un rapport médical du 14 avril 2009 qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique incapacitante de longue durée et donc pas de maladie invalidante au sens de l'AI, la capacité de travail étant de 100%.

Dans un rapport du 15 avril 2009, le Dr O._____ a indiqué qu'il n'était pas possible de déterminer la capacité de travail de l'assurée sans tenir compte des troubles psychosomatiques. Il a évoqué les difficultés physiques de l'assurée et retenu une capacité de travail psychiatrique actuelle entre 0 et 50%, en fonction de l'intensité du stress, qui constituait la limitation fonctionnelle de base et n'était pas prévisible de manière régulière et constante.

B. Dans un projet de décision du 22 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Se référant à l'examen clinique effectué le 2 avril 2009 au SMR, il a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité au sens de l'AI.

Le 4 mai 2009, l'assurée a fait valoir qu'elle ne demandait pas une rente mais une reconversion professionnelle, en l'occurrence en raison de ses problèmes somatiques. Elle s'est prévaluée d'une mutation génétique, traitée à base d'acide folique et d'injections de vitamine B12.

L'OAI s'est adressé au Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assurée. Le 13 juillet 2009, ce praticien a notamment posé les diagnostics de dysesthésies avec hypoesthésies, de cure de tunnel carpien droit et ténosynovite de de Quervain à droite, de persistance d'une ténosynovite de de Quervain à gauche, d'hypovitaminose B12 chronique d'origine probablement génétique, de mutation hétérozygote pour la variante C677T du gène MTHFR, d'état dysthymique avec manifestation surdépressive fluctuante, et de status post anorexie mentale dans l'adolescence. Il a décrit les limitations fonctionnelles physiques et retenu une capacité de travail de

50%. Il a requis une expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, neurologique et rhumatologique.

Sur demande du SMR, l'assurée a été soumise à un examen médical par le Dr C._____, spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport du 27 octobre 2009, ce médecin n'a retenu, sur le plan strictement neurologique, aucune affection ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Motif du présent bilan somatique, Mme Q._____ présente depuis son adolescence des rachialgies cervico-lombaires sans radiculalgies ni troubles sensitivo-moteurs associés. Depuis qu'elle a débuté son activité professionnelle d'imprimeur, Mme Q._____ s'est plainte tout particulièrement de douleurs à l'extrémité distale des deux membres supérieurs avec des douleurs au niveau des mains, des poignets et des avant-bras se compliquant de paresthésies digitales et de lâchages d'objet.

Après échec de tous les traitements conservateurs, une cure de ténosynovite de de Quervain et de tunnel carpien droits a été pratiquée par le Dr N._____, laquelle n'a modifié aucunement les plaintes.

Actuellement, Mme Q._____ se plaint donc de la persistance des troubles susmentionnés associés à des rachialgies cervico-lombaires, à des douleurs au niveau des genoux et des chevilles et enfin à un état de fatigue et des maux de tête quotidiens.

En résumé, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan montre une bonne préservation de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire dont la mobilisation est tout au plus sensible localement. Les muscles paravertébraux cervico-dorso-lombaires ne sont pas contracturés, mais assez fortement sensibles à la pression. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est sans particularité. A l'examen des membres supérieurs, on note des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien atypiques, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire ddc et aucune altération significative de la trophicité, des réflexes tendineux et de la sensibilité. On est par contre frappé par des insertions tendineuses restant toutes sensibles avec jump sign. A l'examen des membres inférieurs, la manoeuvre de Lasègue est bilatéralement négative. La recherche des signes d'irritation sur le nerf tibial postérieur au passage du tunnel tarsien est négative également. La trophicité, les réflexes tendineux et la sensibilité sont préservés. On retrouve des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire sans déficit moteur certain. Enfin, à nouveau, présence d'insertions tendineuses toutes un peu sensibles avec jump sign.

L'examen clinique a été complété par un ENMG. Cet examen ne révèle pas d'atteinte significative du nerf médian au niveau du canal

carpien. Cet examen ne démontre pas non plus d'atteinte polyneuropathique. Enfin, l'étude myographique des quatre extrémités ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène et notamment de signes en faveur d'une polymyosite.

En conclusion, le présent bilan clinique et électrophysiologique n'apporte pas la preuve d'une affection neurologique significative, qu'il s'agisse d'un syndrome de compression tronculaire au niveau du nerf médian, d'une polyneuropathie, d'une myopathie (et notamment d'une polymyosite). Les déficits moteurs constatés à l'examen clinique n'ont pas caractère de déficit somatique, ce qui est confirmé par le résultat de l'ENMG. Il n'y a donc pas, sur un plan strictement neurologique, d'affection documentable du point de vue [de] l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'ENMG, les troubles sensitivo-moteurs allégués par la patiente étant à considérer comme subjectifs. Par contre, ce qui à l'évidence dépasse les compétences du neurologue, on note que les plaintes formulées par la patiente, les constatations cliniques et la normalité du bilan neurologique et électrophysiologique font évoquer une forme de fibromyalgie /syndrome somatoforme douloureux.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai aucune proposition à formuler étant donné que les plaintes n'ont pas de substrat neurologique.

Sur le plan de la capacité de travail, du point de vue strictement neurologique, en l'absence d'une affection neurologique documentable, il n'y a bien entendu pas d'incapacité de travail à retenir dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Au vu de l'absence d'affection neurologique ayant un caractère invalidant, je n'ai pas d'éléments permettant de retenir la nécessité d'une reconversion professionnelle.

J'ajoute au passage que Mme Q. _____ m'a parlé d'elle-même d'un diagnostic de fibromyalgie, étant parfaitement consciente que ce diagnostic n'ouvre pas le droit à la reconnaissance d'une invalidité.

Il est bien entendu hors du champ du présent bilan de discuter du diagnostic «rhumatologique» et psychiatrique".

Dans un avis médical du SMR du 6 janvier 2010, les Drs L. _____ et G. _____ se sont référés aux conclusions du Dr C. _____ suite à l'examen neurologique et, sur la base de l'examen psychiatrique effectué par le Dr B. _____, ont relevé, en substance, que la capacité de travail de l'assurée était entière.

Par décision du 20 janvier 2010, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son préavis du 22 avril 2009. Dans un courrier du même jour, l'OAI a ajouté que l'assurée, selon l'examen pratiqué par le Dr

C._____, ne présentait pas d'incapacité de travail du point de vue neurologique.

C. Par acte de son mandataire du 12 février 2010, complété le 4 mars 2010, Q._____ a recouru au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision du 20 janvier 2010 de l'OAI, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2008 et subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Se référant à l'avis du Dr O._____, l'assurée a fait valoir que son état de santé n'était pas constant et que ses limitations fonctionnelles étaient fluctuantes et non prévisibles, ce qui remettait en cause l'appréciation effectuée par le Dr B._____ lors de l'examen psychiatrique au SMR. Elle s'est prévaluée d'une incapacité de travail totale. Au regard de la complexité des affections, elle a réclamé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 15 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que le rapport d'examen psychiatrique du Dr B._____ et le rapport d'examen neurologique du Dr C._____ remplissaient tous les critères en matière de valeur probante, de sorte que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail. L'OAI s'est référé à un avis médical du 9 juin 2010 des Drs L._____ et G._____, qui relèvent notamment que l'instruction sur le plan médical est complète et ne nécessite pas de nouvelle expertise.

Dans ses déterminations du 27 juillet 2010, se référant aux pièces médicales versées au dossier et à la jurisprudence en la matière, la recourante a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Le 6 septembre 2010, l'OAI a confirmé sa position, se référant à ses précédentes écritures.

D. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr E._____, psychiatre FMH. Dans son rapport d'expertise du 15 avril 2011, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline, de trouble douloureux somatoforme persistant et de trouble dissociatif mixte. Il a relevé notamment ce qui suit:

"La pathologie que présente cette expertisée est particulièrement difficile à cerner. L'instruction de l'Office AI en est la preuve : un rapport du psychiatre traitant particulièrement circonstancié, une expertise psychiatrique, une expertise neurologique, un examen psychiatrique au SMR et pourtant le doute subsiste : y a-t-il une atteinte à la santé?

Pour l'expertisée, la situation est simple: elle ne présente aucun trouble psychique. Elle souffre d'un problème de douleurs dans les mains, les pouces en particulier et l'Office AI ne veut pas reconnaître cette atteinte à la santé.

Après les deux entretiens que j'ai eus avec l'expertisée, je pourrais au premier abord être tenté de rejoindre les conclusions du Dr B._____ qui estime qu'il n'y a qu'une dysthymie. Néanmoins il ne mentionne pas cette impression d'inadéquation dans la relation.

Si je me ralliais à cette estimation, ce serait faire fi des éléments au dossier qui sont surprenants. En effet, le rapport du Dr O._____, du 22 juillet 2008, mentionne une anorexie mentale à l'adolescence, des troubles du comportement, une irritabilité. Certes il n'y a plus aujourd'hui d'anorexie mentale. Mais l'expertisée a beaucoup de peine à stabiliser son poids, manifestant ainsi un comportement alimentaire peu maîtrisé. Il est par ailleurs révélateur que la prise de poids soit toujours attribuée à des facteurs extérieurs: un implant hormonal, une rupture sentimentale. L'expertisée ne parvient pas à reconnaître avoir un problème d'alimentation de longue date. La nourriture est aujourd'hui encore l'objet de difficultés importantes pour l'expertisée.

Lors des deux entretiens que j'ai eus avec l'expertisée, cette dernière n'a pas fait mention de troubles du comportement. Il est vraisemblable que le traitement psychiatrique a permis un certain apaisement des tensions qui habitent constamment l'expertisée. Mais je ne prendrai pas le risque d'affirmer que les comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs sur les objets ont réellement disparu.

Le rapport du Dr O._____ du 22 juillet 2008 mentionne également des conflits de travail à répétition, décrit des attitudes de concurrence qui conduisent à des démissions à répétition. Dans l'anamnèse qu'elle donne, l'expertisée évoque toujours des problèmes à l'origine de ses changements d'emploi : horaires trop lourds, puis mobbing, puis conflit de travail. Or les rapports des employeurs ne mentionnent aucune difficulté particulière et manifestent une incompréhension des motifs de démission. En

résumé, de manière quelque peu caricaturale, pour l'employeur tout va bien; pour l'expertisée, elle est toujours victime d'abus de l'employeur et pour le psychiatre traitant l'expertisée suscite par son comportement des relations conflictuelles. Ces points de vue discordants mettent bien en évidence combien le comportement de l'expertisée est particulier et difficile à cerner. Ces discordances ne tiennent pas aux différents protagonistes mais bien à la personnalité de l'expertisée.

L'expertisée présente incontestablement une incapacité à reconnaître ses difficultés relationnelles et ses conflits intrapsychiques. Elle est projective: ce sont toujours les autres qui sont la cause des problèmes qu'elle rencontre: ses parents, ses employeurs, les hormones, les gènes, les assurances. Elle est incapable de mentaliser et de pratiquer une introspection.

Il est frappant d'autre part de constater qu'elle a subi cinq fausses-couches successives et qu'elle dit juste qu'elle a un peu peine à donner le tour. Il n'y a pas là de congruence de la thymie et des affects à la gravité de fait de cette atteinte. Il serait "normal" que l'expertisée soit beaucoup plus déprimée qu'elle ne l'est. Il est surprenant de constater qu'elle n'évoque pas le risque de stérilité, qu'elle n'évoque pas non plus le désir d'enfant et de maternage. Constamment les affects sont mis à distance voire déniés.

La relation avec son mari est également surprenante. Le mari a une activité professionnelle de mécanicien d'entretien mais il est également pompier. Il est donc vraisemblable que le couple ne passe pas beaucoup de temps ensemble. D'autre part l'expertisée affirme froidement n'avoir des relations sexuelles que pour avoir des enfants. Que signifie cette relation sentimentale s'il n'est jamais question de tendresse partagée? Quel rapport cette expertisée a-t-elle avec son corps si la sexualité est vécue exclusivement à des fins de procréation? Néanmoins il faut souligner que le rapport du Dr O. _____ du 22 juillet 2008 souligne le fait que le mari de l'expertisée joue un rôle important de stabilisation de l'état de santé psychique de l'expertisée.

L'expertisée dit avoir des amis et des connaissances. Mais les relations interpersonnelles dont elle fait état sont étonnamment vides. En effet, à en croire ses dires, on pourrait conclure qu'elle ne vit pas dans un certain isolement social. Mais on ne saurait se contenter de la seule affirmation qu'elle a des amis et des connaissances. Lorsque je lui demande d'évoquer ses activités de loisirs il n'est à aucun moment question de relations amicales ou d'activités à caractère social. D'autre part elle ne fait jamais mention de personnes significatives pour elle, même ses parents ne sont que source de déception. Cela montre que cette expertisée connaît des difficultés majeures à établir puis à investir affectivement une relation. Il semble que les relations ne puissent être que neutres ou conflictuelles.

Je dois également évoquer le malaise que j'ai ressenti à certains moments dans la relation avec l'expertisée. J'avais l'impression qu'elle se moquait pas tant de moi que de la situation d'expertise, qu'elle ne parvenait pas à prendre cela au sérieux.

L'ensemble de ces éléments me conduit à poser un diagnostic de trouble de la personnalité. En raison des difficultés relationnelles, des troubles du comportement et de l'impulsivité de l'expertisée je pose le diagnostic de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline.

Cette expertisée présente d'autre part des plaintes de douleurs, localisées dans les mains mais également dans les membres. Elle se plaint également d'avoir mal partout le matin au réveil. Toutes les investigations somatiques ont conclu à l'absence de substrat somatique. Il est donc justifié de poser un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant.

Enfin les examens neurologiques ont mis en évidence des plaintes de douleurs et de troubles sensitivo-moteurs sans aucun substrat somatique. Il est donc également justifié alors de poser un diagnostic de trouble dissociatif (de conversion) mixte.

Appréciation et pronostic

La situation est assez simple d'un certain point de vue. En effet, cette expertisée présente des plaintes de douleurs et de troubles sensitivo-moteurs qui n'ont aucun substrat somatique démontrable. Même cette nouvelle atteinte génétique de MTHFR n'a aucune incidence sur les troubles dont se plaint l'expertisée. En conséquence les seuls troubles qui peuvent avoir une incidence sur la capacité de travail sont les troubles psychiques que présente cette expertisée. Mais il est alors beaucoup plus malaisé de déterminer la répercussion des troubles psychiques de l'expertisée sur sa capacité de travail.

En effet, l'expertisée considère ne présenter aucun trouble psychique majeur. Elle se considère, comme elle le dit elle-même, comme tout le monde: "ça va; des jours moins bien mais comme tout le monde". A l'examen psychiatrique actuel, je ne mets pas en évidence de troubles psychiques majeurs. Il n'y a pas de trouble thymique présent, pas de trouble psychotique du type schizophrénie, trouble délirant ou schizo-affectif, pas de trouble anxieux majeur tel phobie ou trouble obsessionnel-compulsif. Néanmoins cette expertisée connaît des difficultés majeures dans son intégration dans le monde du travail et cela en raison d'un trouble de la personnalité.

De février 2007 à août 2009, se posait la question de la totale incapacité de travail de l'expertisée. Mais depuis septembre 2009, cette expertisée a repris une activité professionnelle. La question n'est dès lors plus de savoir si elle peut ou si elle ne peut pas travailler dans le monde économique en raison des troubles psychiques qu'elle présente mais de déterminer la répercussion de ces troubles sur sa capacité de travail ainsi que sur les limitations fonctionnelles. En conséquence, cette expertisée présente des troubles psychiques qui limitent sa capacité de travail.

Le pronostic n'est pas particulièrement favorable. En effet, l'anamnèse nous montre que cette expertisée n'a jamais été à même d'assumer sur une longue période un poste de travail déterminé. Il est donc à craindre que ce phénomène ne conduise

progressivement à un épuisement des ressources de l'expertisée et à une invalidité. Néanmoins, il semble judicieux actuellement de tout mettre en oeuvre afin de prévenir autant que faire se peut une limitation plus importante de la capacité de travail de l'expertisée.

Capacités professionnelles

Cette expertisée a présenté en 2007 une décompensation d'un trouble de la personnalité avec trouble anxieux et dépressif comme en témoigne le rapport du Dr O. _____ du 22 juillet 2008 et l'expertise du Dr H. _____ de décembre 2007. Les facteurs déclenchants de cette décompensation ne sont pas décrits de manière précise par les médecins qui ont examiné et traité l'expertisée à l'époque. Il est vraisemblable néanmoins que cette expertisée s'est progressivement épuisée en travaillant à plein temps en raison des troubles psychiques qu'elle présente. Elle a également dû affronter des difficultés relationnelles avec sa famille et son futur conjoint.

Progressivement l'expertisée a pu retrouver un certain équilibre psychique et a pu recouvrer une certaine capacité de travail qu'elle a pu actualiser lorsqu'elle a trouvé un emploi en septembre 2009.

Comme le décrit fort bien le Dr O. _____ dans son rapport du 22 juillet 2008, l'expertisée vit toujours l'instant présent et est incapable de recul, de distance. Ainsi si elle va bien, tout va bien. Si elle souffre, elle n'est que souffrance. Si elle vit un conflit, il n'y a que ce conflit. Il n'est dès lors pas étonnant que le Dr O. _____ se refuse à tout pronostic. De même dans son rapport du 15 avril 2009, le Dr O. _____ manifeste une difficulté à déterminer la capacité de travail de l'expertisée ainsi que les limitations fonctionnelles.

J'estime donc qu'en raison des troubles psychiques que présente cette expertisée, sa capacité de travail est limitée. D'une part, elle ne peut pas travailler à plein temps. Cette expertisée a besoin de temps de repos pour mieux maîtriser son état de tension et d'anxiété constant, source de troubles somatoformes qui est le seul moyen d'expression de la souffrance psychique de l'expertisée. J'estime donc que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de l'ordre de 70%.

Les limitations fonctionnelles tiennent aux facteurs de stress du poste de travail. Les métiers de l'impression et de l'édition sont sujets à des facteurs de stress importants en raison des délais qui doivent toujours être respectés. D'autre part, les métiers de relations interpersonnelles représentent également des facteurs de stress majeurs pour une personnalité aussi fragile que celle de l'expertisée. Mais il est évident qu'aucun emploi n'est possible sans impliquer des relations interpersonnelles. J'estime donc que le travail actuel de l'expertisée dans la sécurité, avec travail dans une "loge", est assez adéquat car il n'implique que peu de relations interpersonnelles et sur un mode normalement non-conflictuel puisqu'il s'agit d'une activité de contrôle acceptée par les usagers. Il est évident qu'un travail dans la sécurité pour des manifestations où le risque de débordements est important n'est absolument pas adéquat pour l'expertisée. L'activité de monitrice d'éducation canine

pourrait également être envisagée pour les mêmes raisons que ci-dessus".

Le Dr E. _____ a ensuite répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées dans le cadre de son expertise:

"[...]

Cette expertisée n'est pas à même de prendre distance des facteurs de stress qu'implique le travail dans les métiers de l'impression et se trouve alors constamment présenter des douleurs handicapantes sans substrat somatique. Ces douleurs sont l'expression d'un épuisement psychique et de conflits intra-psychiques que l'expertisée ne parvient pas à maîtriser.

[...] J'estime que l'expertisée ne peut plus travailler dans le domaine de sa formation professionnelle initiale.

[...] En effet cette expertisée devait avoir un rendement normal, voire supérieur à la normale lorsqu'elle travaillait mais elle présentait, à ses dires, régulièrement des absences pour maladie. En conséquence, j'estime que globalement le rendement était diminué de l'ordre de 10% à 20%.

Cette expertisée a présenté une décompensation sur un mode anxieux et dépressif depuis le 12 février 2007 et a été dès lors en incapacité de travail totale.

Cette incapacité a perduré jusqu'à fin 2008 environ. Selon les rapports du Dr O. _____ du 22 juillet 2008 et du 29 avril 2009 et selon le rapport d'expertise du Dr H. _____ de décembre 2007, l'état de santé de l'expertisée s'est progressivement amélioré et l'incapacité de travail partiellement amendée. J'estime que l'on peut considérer que depuis le 1^{er} janvier 2009 l'expertisée avait une capacité de travail de 50% environ et qu'à partir du 1^{er} juillet 2009 cette capacité de travail était de 70%. Depuis lors cette capacité de travail n'a pas évolué.

Il est évident que les capacités d'adaptation de l'expertisée sont limitées. Mais elles ne sont pas nulles.

J'estime que des mesures de réadaptation sont envisageables. Elles ne peuvent être mises en place qu'avec le concours de l'expertisée, voire de son employeur".

Dans sa prise de position du 24 mai 2011 concernant le rapport d'expertise du Dr E. _____, l'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR, qui, dans un avis médical du 29 avril 2011 des Drs L. _____ et G. _____, avait relevé ce qui suit:

"Il s'agit en fait d'une interprétation différente d'une même situation que celle décrite par le Dr B._____. En l'occurrence, il est frappant de constater que le Dr E._____ n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles il se distance quelque peu de l'avis du Dr B._____, alors qu'il commente abondamment les rapports du Dr O._____ et du Dr H._____. L'impression qui se dégage de cette expertise est celle d'un compromis diplomatique et subjectif permettant de ménager le Dr H._____ tout en s'approchant de l'avis du Dr B._____".

Dans ses déterminations du 7 juin 2011, la recourante a notamment mis en évidence que la mutation génétique et les troubles polyarthrosiques n'avaient pas suffisamment été examinés, réclamant un complément d'expertise par un endocrinologue, respectivement par un rhumatologue.

Le 29 juin 2011, l'OAI a produit un avis médical du 21 juin 2011 des Drs L._____ et G._____, qui ont relevé que, s'agissant de l'hypovitaminose B12 chronique, le Dr C._____ avait démontré l'absence de limitations fonctionnelles, et que l'assurée ne présentait pas d'atteinte arthrosique au vu des rapports médicaux versés au dossier.

En date du 18 juillet 2011, la recourante a réitéré sa demande tendant à un complément d'expertise et a requis la mise en œuvre de débats publics.

E. Une audience d'instruction a eu lieu le 27 septembre 2011, au terme de laquelle les parties ont convenu d'une suspension de la procédure pour une durée de six mois afin de permettre à la recourante de procéder à de nouvelles investigations sur le plan médical.

Le 21 février 2012, la recourante a expliqué que les derniers examens entrepris par les médecins traitants n'avaient pas permis de révéler d'autres éléments que ceux figurant au dossier. Elle a répété sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, en particulier au regard de la problématique génétique.

Par courrier du 16 mars 2012, l'OAI a considéré que la mise en œuvre d'une telle expertise n'était pas justifiée, pour les raisons exposées dans ses précédentes écritures.

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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA), le présent recours est recevable.

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

2. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation est litigieux, ces prestations étant refusées au motif de l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

3. **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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de

réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

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).

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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V

351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, 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; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En outre, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; voir aussi TF 9C_593/2010 du 28 mars 2011 consid. 5.2.1).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou,

au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

d) Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assurée souffre notamment de douleurs dans les membres supérieurs, avec des troubles sensitivo-moteurs, attestés en particulier par ses médecins traitants, les Drs T._____ et V._____. Dans son rapport du 27 octobre 2009, le Dr C._____, neurologue, n'a retenu, sur le plan strictement neurologique, aucune affection ayant une répercussion sur la capacité de travail. Ce spécialiste a procédé à un examen clinique des membres et à un bilan électrophysiologique par ENMG (électroneuromyographie), qui ne mettaient en évidence aucune affection neurologique significative, les déficits moteurs constatés n'ayant pas le caractère d'un déficit somatique. Il a retenu l'absence d'affection documentable sur le plan neurologique, de sorte que les troubles sensitivo-moteurs étaient selon lui uniquement subjectifs. On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis de ce spécialiste, dont les explications sont motivées et convaincantes, ses constatations rejoignant au demeurant celles du Dr K._____. On s'écartera donc de l'avis contraire des Drs T._____ et V._____, qui n'évoquent pas d'autres constatations objectives et dont l'opinion, en tant

que médecins traitants, doit être appréciée avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail résiduelle de leur patiente.

La recourante expose que des problèmes de mutation génétique - en lien avec l'hypovitaminose B12 chronique - et des troubles polyarthrosiques n'ont pas été suffisamment investigués. A ce sujet, dans leur avis médical du 21 juin 2011, dont il n'y a pas lieu de s'écarter dès lors qu'il s'avère objectif et systématique, les Drs L. _____ et G. _____, du SMR, ont relevé que, s'agissant de l'hypovitaminose B12 chronique, le Dr C. _____ avait démontré l'absence de limitations fonctionnelles, et que l'assurée ne présentait pas d'atteinte arthrosique au vu des rapports médicaux versés au dossier. En outre, suite à l'audience publique du 27 septembre 2011, tenue à sa demande, l'assurée n'a pas produit de nouveau document médical alors même qu'elle avait requis et obtenu un délai pour consulter un médecin, ayant du reste relevé que les derniers examens entrepris n'avaient pas permis de révéler de nouveaux éléments. Il y a donc lieu de retenir, sans que des mesures d'instruction complémentaires se justifient, que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

b) Sur le plan psychique, compte tenu des avis médicaux divergents versés au dossier, l'assurée a fait l'objet d'une expertise judiciaire, confiée au Dr E. _____. Dans son rapport du 15 avril 2011, ce spécialiste en psychiatrie a posé les diagnostics de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline, de trouble douloureux somatoforme persistant et de trouble dissociatif mixte. Il a retenu - en l'occurrence à juste titre, comme exposé ci-dessus - que les plaintes de l'assurée sur le plan physique n'avaient pas de substrat organique. Lors de son examen clinique, il n'a pas constaté de troubles de la lignée psychotique, mais des difficultés majeures d'intégration dans le monde du travail en raison d'un trouble de la personnalité, cela chez une assurée dont le cas était décrit comme complexe et difficile à cerner, même si celle-ci se disait en bonne santé psychologique. Si les troubles psychiques n'étaient pas qualifiés de majeurs, le pronostic n'apparaissait pas favorable, en particulier compte tenu du risque d'un épuisement

progressif des ressources. Le Dr E. _____ a estimé ainsi que la capacité de travail était limitée à 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir les facteurs de stress au travail, en particulier la contrainte des délais ainsi que les relations interpersonnelles. A cet égard, si le travail tenant au domaine de la formation initiale dans l'édition n'était plus envisageable, l'activité actuelle de contrôle exercée chez [...] était qualifiée d'adaptée. Se fondant sur les consultations des Drs O. _____ et H. _____, l'expert a retenu une incapacité de travail totale dès le 12 février 2007 jusqu'à fin 2008, compte tenu d'une décompensation sur les modes anxieux et dépressif. Une amélioration progressive médicalement constatée l'a conduit à fixer la capacité de travail à 50% depuis le 1^{er} janvier 2009, puis à 70% dès le 1^{er} juillet 2009. Enfin, des mesures de réadaptation étaient envisageables, avec le concours de l'assurée, et le traitement actuel paraissait adéquat, un soutien psychiatrique devant être poursuivi.

Cette expertise est fine dans son approche de la problématique de l'assurée et claire quant à ses conclusions. En particulier, l'expert se base sur les constatations des Drs O. _____ et H. _____ ainsi que sur ses propres constatations cliniques, en l'occurrence énoncées de façon méticuleuse. L'évaluation de la capacité de travail de l'assurée est opérée de manière méthodique et les avis médicaux sont discutés. Ainsi, contrairement à ce que retiennent les médecins du SMR dans leur avis médical du 29 avril 2011, l'expert a expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions de son confrère psychiatre, le Dr B. _____. Enfin, les avis contraires des Drs L. _____ et G. _____ du SMR, qui ne sont pas psychiatres, s'avèrent superficiels et dès lors moins convaincants. On ne voit donc pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, pleinement probante.

c) Avec l'expert judiciaire, on retiendra donc que la recourante présente une atteinte à la santé sur le plan psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail à compter du 12 février 2007. La décision attaquée reposant sur le constat d'absence d'atteinte à la santé invalidante, elle s'avère mal fondée et doit être annulée en conséquence.

Les éléments utiles à l'appréciation et au calcul du degré d'invalidité n'ayant pas été posés ni discutés par l'intimé, le dossier lui sera renvoyé, afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision, qui soit conforme aux conclusions de l'expertise judiciaire quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans le temps.

5. Partant, le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'OAI débouté.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

III. Un émolument judiciaire de 400 (quatre cents) francs est 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 la recourante une indemnité de 2'500 (deux mille cinq cents) francs à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour Q. _____)
- 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).

Le greffier :