

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M. _____, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Henriette Dénéreáz Luisier, avocate à Vevey,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assurée), née le 20 septembre 1971, divorcée et mère d'un enfant né en 1991, originaire de Serbie, est en Suisse depuis 1988, actuellement au bénéfice d'un permis C. Le 23 octobre 2003, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un formulaire 531bis rempli le 6 novembre 2003, l'assurée a déclaré que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité de couturière à un taux d'activité de 100%.

b) Dans un rapport médical du 18 février 2004 adressé à l'OAI, la Dresse B. _____, spécialiste FMH en médecine générale à X. _____, a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif majeur avec grande crise d'anxiété et agoraphobie ainsi que développement d'une phobie sociale, ainsi que le diagnostic de cervico-brachialgies gauches et instabilité anamnestique gléno-humérale gauche; elle a estimé qu'aucune activité n'était actuellement exigible au vu de la pathologie psychiatrique présentée par l'assurée.

c) Dans un rapport médical du 27 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à X. _____, qui suivait l'assurée depuis le 25 mars 2003, a notamment exposé ce qui suit :

« A. Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 32.2).
Personnalité de type borderline (F 60.31).
Somatisation (F 45.0).

Existant depuis quand ?

Anamnestiquement depuis environ 1999.

(...)

3. Anamnèse

(...)

Depuis 1998-99 la patiente décrit des troubles multiples de santé qui seront détaillés plus loin, tant sur le plan physique que psychique. Ces troubles l'empêcheront de reprendre une activité professionnelle et lui rendront la vie difficile. Une tentative de suicide en 1998, à l'alcool et aux médicaments.

Mme M. _____ vivant seule avec son fils est depuis plusieurs années à la recherche du grand amour et d'un homme qui pourrait s'occuper d'elle. Elle aurait marié il y a quelques mois, en Tunisie, un Tunisien et espère le faire venir en Suisse.

4 et 5. Plaintes subjectives et constatations objectives

Mme M. _____ se présente comme une femme de petite taille, avec un net excès pondéral. Elle a les cheveux longs, tantôt noirs tantôt blonds, et est habillée de manière souvent provocante. Elle manie mal le français, avec un fort accent, ce qui contribue au flou de son discours. Néanmoins ce discours est extrêmement nébuleux en raison d'une pensée digressive, avec des troubles du cours de la pensée et une dérive constante vers des plaintes somatiques. Elle a beaucoup de peine à garder un focus, se fatigue vite, s'angoisse. On ne peut dès lors obtenir de renseignements précis : les dates sont quasi-inexistantes, les renseignements confus, elle manifeste par moment une certaine méfiance quand je demande des précisions concernant sa famille ou son passé. Bien que ne communiquant pas beaucoup de renseignements elle est cependant très avide de parler, son discours est centré autour de ses plaintes avant tout somatiques que nous détaillerons plus loin. Son humeur est presque toujours dépressive et anxieuse d'une manière importante. L'intelligence paraît très moyenne. On ne note pas de signe floride de la lignée psychotique tel que des hallucinations, mais elle évoque le fait d'entendre parfois des bruits bizarres qui ne sont pas des voix, de voir des ombres passer qui laissent penser à des ébauches de déréalisation.

Comme relevé plus haut, les troubles évoqués par la patiente sont extrêmement multiples : douleurs au niveau de l'épaule et du bras gauche, oppression thoracique avec palpitations depuis plus de 6 ans. Crises de panique. Claustrophobie. Vertiges. Crampes au niveau des extrémités, fatigabilité, troubles de la concentration, phobie sociale, troubles du sommeil importants avec cauchemars très fréquents, humeur dépressive avec ébauches d'idées suicidaires occasionnelles, céphalées avec crainte d'avoir un « cancer du cerveau » et désir d'effectuer un scanner...

Au gré de la prise en charge, un traitement antidépresseur (Efexor, puis Deroxat, puis Zoloft) et neuroleptique (Solian, puis Truxal) accompagné de Tranxillium, de Stilnox et d'AINS, prescrits par la Doctresse B. _____, n'ont guère amené d'amélioration au gré du temps.

La situation est embourbée.

Des entretiens réguliers de soutien ont lieu, elle bénéficie de l'aide d'une assistante sociale, de traitement de physiothérapie...

7. Thérapie/Pronostic

Mme M._____ a beaucoup de peine à fonctionner dans le quotidien, c'est à dire à s'occuper de son fils qui vit avec elle, à faire les repas. Il n'a d'ailleurs pu atteindre qu'une scolarité de développement.

Malgré les efforts des médecins, on ne note pas d'amélioration. A noter que la patiente est difficile à suivre, qu'elle manque souvent des rendez-vous, modifie les traitements ou les posologies, donne des renseignements confus...

Elle est très loin de pouvoir exercer une activité professionnelle avec un quelconque rendement en raison de ses troubles de la pensée, de sa fatigabilité, de ses troubles de concentration, de son état dépressif et de ses multiples douleurs.

L'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques s'élève à 70% environ et le pronostic est réservé. En effet, cette invalidité risque de se prolonger ces prochaines années. Des mesures supplémentaires d'encadrement psychosocial sont envisagées mais n'ont pour l'instant pas pu être mise[s] sur pied, la patiente présentant toujours des troubles qui l'empêchent de [se] rendre aux rendez-vous, même dans des activités non-professionnelles.

Le long délai de rédaction du rapport est notamment lié à la perplexité du psychiatre par rapport à ce tableau et au besoin de voir une évolution pour statuer de manière quelque peu sensée dans ce brouillard hors du commun. »

d) Ensuite d'un avis médical SMR établi le 6 juin 2005 par la Dresse G._____, l'assurée a été convoquée au SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué le 20 septembre 2005 par la Dresse O._____, pour le volet psychiatrique, et par le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, pour le volet rhumatologique. Du rapport de ces médecins, établi le 5 octobre 2005, il ressort en particulier ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- CERVICO-SCAPULALGIES GAUCHES CHRONIQUES SUR INSTABILITÉ GLÉNO-HUMÉRALE (LUXATION RÉCIDIVANTE). M75.

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- SYNDROME ALGIQUE CHRONIQUE POLYMORPHE DE TYPE FIBROMYALGIE. M79.0.
- ÉPISODE DÉPRESSIF EN RÉMISSION COMPLÈTE (F32).
- PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE DE TYPE BORDERLINE NON DÉCOMPENSÉE (F60.31).

APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

Assurée d'origine serbe, âgée actuellement de 34 ans, se plaignant dans un premier temps de cervico-scapulalgies gauches à la suite d'une luxation post-traumatique survenue en 1989. Progressivement, la symptomatologie se chronicise et actuellement l'assurée décrit sur le plan somatique un sentiment algique diffus accompagné d'un héli-syndrome sensitivo-algique gauche. Dans ce contexte de troubles somatiques associés à une pathologie de type psychiatrique (troubles dépressifs récurrents et personnalité de type borderline), l'assurée se déclare dans l'incapacité de travailler. Actuellement, elle est au bénéfice de l'aide sociale.

Lors de notre examen clinique somatique, nous n'avons pas mis en évidence de limitation sur le plan ostéoarticulaire chez cette assurée. Nous n'avons objectivé aucune pathologie d'ordre organique pouvant entraîner un handicap quel qu'il soit. L'examen sur le plan ostéoarticulaire est parfaitement physiologique. Nous n'avons objectivé aucun trouble neurologique significatif hormis un sentiment de type hypoesthésie et dysesthésie de l'hémicorps gauche sans territoire anatomique non explicable sur le plan somatique. Les examens complémentaires mis à notre disposition, mettent en évidence un status après une ancienne fracture de type Hill-Sachs au niveau de la tête humérale associée à une probable lésion de type Bankart de la lèvre glénoïdienne antérieure pouvant expliquer une instabilité de cette articulation et les différents épisodes de luxation que l'assurée présente.

En conclusion : cette assurée présente essentiellement une luxation récidivante sur instabilité de l'articulation scapulo-humérale à la suite d'un traumatisme survenu en 1989. Par la suite, elle développe un syndrome algique chronique polymorphe pour lequel nous n'avons aucune explication somatique objectivable. La normalité de l'examen ostéoarticulaire et neurologique confirme l'absence d'autres lésions chez notre assurée.

Lors de notre examen clinique, nous avons observé plusieurs manifestations de type non-organique selon Smith ou Waddel. Toutefois, l'anamnèse globale, le comportement de notre assurée aussi bien sur le plan anamnestique que lors de l'entretien psychiatrique ou lors du status ostéoarticulaire ne nous permet pas de retenir le diagnostic de fibromyalgie. Nous pouvons tout au plus parler d'un syndrome algique chronique polymorphe sans substrat organique.

En ce qui [concerne] l'incapacité de travail alléguée par notre assurée, nous n'avons aucun élément objectif sur le plan somatique pour attester une telle incapacité de travail. Nous pouvons tout au plus émettre des limitations fonctionnelles facilement respectables dans quelque activité que [c]e soit. De ce fait, nous considérons que la capacité de travail de cette assurée est complète dans son

activité habituelle de couturière ou dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles.

Il s'agit d'une jeune assurée, âgée de 34 ans, d'origine serbe, en Suisse depuis 1988, sans formation professionnelle, qui occupe différents emplois comme ouvrière d'usine chez L._____. Elle est au chômage depuis 1996 avec une activité de type occupationnel chez S._____, ensuite au bénéfice du RMR et puis prise en charge par les services sociaux de X._____.

L'assurée s'annonce à l'AI en vue d'une rente le 07.10.2003.

Dans le rapport médical du 18.02.2003, le médecin traitant le Dr B._____, médecin à X._____, pose le diagnostic d'état anxio-dépressif majeur avec grande crise d'angoisse et agoraphobie ainsi que développement d'une phobie sociale, cervico-brachialgies gauches et instabilité antérieure anamnestique gléno-humérale gauche avec luxation récidivante, brachialgies gauches après distorsion et luxation post-traumatique de l'épaule gauche ainsi que des céphalées en barre frontale avec des vertiges orthostatiques, des insomnies et tachycardie supra-ventriculaire, elle évalue une incapacité de travail à 100% depuis, date inconnue. Selon le médecin « aucune activité n'est actuellement exigible au vu de la pathologie psychiatrique que l'assurée présente ».

Dans le rapport médical du 11.05.2005, le Dr H._____, médecin psychiatre à X._____, pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, personnalité de type borderline, somatisation, anamnestiquement depuis 1999, il évalue une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques de 70% environ avec un pronostic réservé.

D'après le médecin, l'assurée est difficile à suivre, elle manque souvent des rendez-vous, modifie le traitement ou les posologies et donne des renseignements confus. « Le long délai de rédaction du rapport est notamment lié à la perplexité du psychiatre par rapport à ce tableau et au besoin de voir une évolution pour statuer d'une manière quelque peu [s]ensée dans ce brouillard hors du commun ».

Pendant l'examen clinique psychiatrique au SMR, le brouillard ne s'est pas dissipé, l'assurée continue à donner des informations floues, contradictoires et peu fiables. La compliance thérapeutique est mauvaise.

L'assurée est une jeune femme immature, instable, théâtrale, manipulatrice, avec un discours plaqué, peu fiable, sans moyen d'introspection qui se positionne dans un rôle de victime, mal comprise pa[r] son entourage.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni des limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et codé selon la CIM-10 comme épisode dépressif sévère n'a pas été objectivé à l'examen.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée son état est fluctuant mais stationnaire, information attestée également par le psychiatre traitant qui dans son rapport médical du 11.05.2005, constate que « malgré les efforts des médecins, on ne note pas d'amélioration », donc, il s'agit d'un épisode dépressif et pas d'un trouble récurrent.

Par ailleurs, l'assurée s'est mariée pour la 2^{ème} fois en 2004, elle décrit une vie de couple satisfaisante, elle assume ses activités de la vie quotidienne, elle a une vie sociale normale.

Toujours d'après le psychiatre traitant, depuis 1998-1999, l'assurée décrit des troubles multiples de santé dans un contexte de conflit conjugal et un divorce, qui explique l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, actuellement en rémission complète.

Le diagnostic d'épisode dépressif sévère, retenu par le psychiatre traitant, repose sur les plaintes subjectives de l'assurée avec un discours centré autour des plaintes somatiques.

En conclusion, selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux ou des Troubles du Comportement, nous n'avons pas assez d'arguments cliniques et anamnestiques pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

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 théâtrale et dans un discours flou et logorrhéique, elle présente une amplification verbale des plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Elle présente une mauvaise compliance médicamenteuse, une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, le fait que des plaintes laissent insensibles l'expert, un environnement psychosocial normal et une assurée qui assume correctement les tâches de la vie quotidienne.

Par conséquent, la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, sans incidence sur la capacité de travail, en rémission complète, et le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline non décompensé, ne représentent pas de maladie psychiatrique invalidante et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Absence d'abduction en rotation externe ou d'antéflexion supérieure à 90° ou contre-résistance. Pas de port-de-charge supérieures à 5 kg au niveau du membre supérieur gauche. Absence de position statique en antépulsion à plus de 90° ou de position statique du rachis cervical au-delà de 30 minutes.

Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

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

Selon le certificat du médecin traitant le Dr B. _____, l'assurée est en incapacité de travail totale sans précision de date.

A la suite de notre examen clinique réalisé ce jour au SMR Léman, de l'étude attentive du dossier radiologique mis à notre disposition et du dossier médical, nous n'avons aucun élément sur le plan médical objectivable nous permettant d'attester d'une quelconque incapacité de travail.

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

Sur le plan somatique, cette assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de couturière ou dans toute autre activité pour autant que les limitations fonctionnelles précitées soient respectées.

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, 100% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles précitées. »

e) Par décision du 7 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI.

Par décision sur opposition du 25 juin 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée le 28 novembre 2005 par l'assurée contre la décision du 7 novembre 2005, qu'il a confirmée. Il a considéré que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 5 octobre 2005 remplissait toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il convenait de déterminer tant le revenu avec invalidité que le revenu sans invalidité en se référant aux données statistiques de l'ESS, de sorte que, compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité justifié par les limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité s'élevait à 10% et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

f) L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Par jugement du 11 mars 2008 (AI 292/07 - 63/2007), le Président du Tribunal des assurances, considérant que des irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse O._____ entachaient la fiabilité du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 5 octobre 2005 - du fait qu'à la date de l'examen clinique du 20 septembre 2005, cette praticienne n'était pas psychiatre FMH ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant selon le droit cantonal (cf. TF I 65/07 du 31 août 2007) -, a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 25 juin 2007 et renvoyé le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, à confier à un expert neutre muni des titres nécessaires.

g) L'OAI a ainsi confié une expertise médicale indépendante à la Dresse K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à J._____. Le rapport d'expertise déposé le 3 juillet 2008 par cette spécialiste contient un résumé des pièces médicales et juridiques du dossier (p. 4-6), les renseignements obtenus le 1^{er} juillet 2008 du Dr H._____ (p. 7), une anamnèse complète (p. 8-13), la description des plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 13-14), le status clinique (p. 14-16), le résultat des dosages sérologiques (p. 17), les diagnostics (p. 17), une appréciation du cas et pronostic (p. 17-21) et les réponses aux questions (p. 22-25). Il en ressort en particulier ce qui suit :

« 4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents?

- Personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31, présente depuis jeune adulte.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents?

- Somatisations F45.0, présentes depuis environ 1999.

5. Appréciation du cas et pronostic

Mme M. _____, 37 ans, d'origine serbe, séparée, mère de deux fils âgés de 14 mois et 17 ans, est sans formation professionnelle.

Après une scolarisation terminée à l'âge de 16 ans en Serbie, Madame émigre en Suisse un an plus tard (1988).

Vers l'âge de 18 ans (1989), Madame travaille à plein temps comme ouvrière dans l'usine L. _____. Elle cesse cette activité deux ans plus tard, après son accouchement en 1991.

Environ fin 1992 jusqu'à fin 1994, Madame est couturière à plein temps dans une fabrique. Ultérieurement, de 1994 à 1996, Madame est ouvrière à plein temps dans une fabrique à X. _____. Durant cette période elle émerge de divers arrêts de travail et elle est finalement licenciée.

Du 01.04.1996 au 31.03.1998, Madame émerge d'indemnités chômage, entrecoupées d'emplois occupationnels chez S. _____.

Par la suite, Madame émerge de l'Aide sociale.

Dès le 01.11.2002, Madame est en incapacité de travail totale attestée par son médecin traitant en raison d'un état anxio-dépressif majeur, d'angoisses et d'agoraphobie, de cervico-brachialgies gauches, instabilité gléno-humérale gauche, céphalées et tachycardie supraventriculaire.

Le 22.10.2003, Mme M. _____ requiert une rente. Le 20.09.2005, un examen bi disciplinaire rhumatologique et psychiatrique effectué par le Dr V. _____ et la Dresse O. _____ au SMR Léman conclut à une capacité de travail entière dans l'activité de couturière et dans une activité adaptée, pour autant que certaines limitations somatiques soient respectées. Aucune incapacité n'est reconnue sur le plan psychiatrique. Le 07.12.2005, l'expertisée fait opposition à cette décision; celle-ci est rejetée par l'Office de l'Assurance Invalidité le 25.06.2007.

Le 31.01.2008, l'avocate de l'expertisée fait recours au Tribunal Cantonal des Assurances Sociales à Lausanne.

Dans un jugement du 11.03.2008, le président du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales de Lausanne admet le recours et demande une instruction complémentaire.

Dans l'anamnèse de l'expertisée, on ne relève pas de traumatisme majeur, de placement en foyer, de maltraitance physique, voire sexuelle. Madame a vécu avec sa mère, ses frères et son grand-père paternel en Serbie jusqu'à l'âge de 16 ans. A l'âge de 17 ans (1988), elle vient en Suisse rejoindre son père et son frère aîné. En janvier 1991, l'expertisée épouse un homme d'origine tunisienne. Ceci entraîne des conflits avec la famille en raison des divergences religieuses. En octobre 1991, naît un fils.

Dans le cadre conjugal, l'expertisée n'évoque pas de maltraitance mais une solitude et l'absence d'emploi de son mari, raison pour laquelle elle divorce de son premier époux fin 1998.

En 2001, chez sa belle-famille en Tunisie, Madame rencontre son futur deuxième mari, également tunisien.

En 2002, l'expertisée retourne en Tunisie, ainsi qu'en 2004 pour se marier. Mi-2005, Madame est enceinte. En raison de ses problèmes de santé, elle demande une interruption de grossesse en octobre 2005.

Fin 2005, le mari de Madame est victime d'un accident (chute d'un balcon, selon ses dires).

L'été 2006, l'expertisée est à nouveau enceinte et décide de poursuivre sa grossesse. Fin 2006, elle requiert une séparation, son époux faisant des crises depuis son accident. En avril 2007, naît un 2^{ème} fils, dont Madame a la garde.

Sur le plan psychopathologique, après son divorce en 1998, seule à élever un fils alors âgé de 7 ans, Madame développe dès 2002 un état anxio-dépressif.

Dès mars 2003, l'expertisée est irrégulièrement suivie sur le plan psychiatrique et bénéficie de différents traitements psychotropes avec une mauvaise compliance. Dans un rapport de février 2004, la Dresse B._____ retient outre les problèmes somatiques, un diagnostic d'angoisses majeures, d'agoraphobie et une phobie sociale.

Toutefois, ces symptômes n'ont pas empêché Mme M._____ de partir en Tunisie en septembre 2004 pour se marier, accompagnée de son fils alors âgé de 13 ans.

D'autre part, selon le dossier annexé, fin novembre 2005, Madame s'est présentée seule à l'Office AI pour faire opposition à la décision de l'Office.

Madame dit aussi sortir seule pour se rendre chez ses médecins et se rendre plusieurs fois par semaine chez son mari. Elle a des contacts avec trois amies, avec lesquelles elle sort et flâne dans les magasins. Bien que Madame dise nécessiter constamment la présence d'un tiers pour sortir, ceci n'est manifestement pas le cas. L'anxiété, la phobie sociale et l'agoraphobie alléguées par l'expertisée ne sont pas compatibles avec les activités effectuées par l'expertisée.

Dans son rapport du 27.04.2005, le Dr H._____ évoque un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, une personnalité type borderline et des somatisations.

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et Troubles du Comportement CIM-10 un diagnostic de trouble dépressif récurrent implique la nécessité d'au moins deux épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission. Ceci n'est pas présent dans l'anamnèse de Mme M._____. Cette dernière aurait présenté un même épisode dépressif depuis 2004 selon les rapports annexés.

Lors de l'expertise du 19.06.2008, hormis une diminution de la confiance en soi, je n'objective pas d'autre élément floride de la lignée dépressive, à savoir une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (Madame apprécie les jeux avec son bébé, les discussions avec ses amies), un manque d'énergie, un manque d'appétit, un sentiment de culpabilité, des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir, une idéation suicidaire ou une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer.

La dépression décrite par le Dr H._____ en 2005 est en rémission complète. D'autre part, bien que l'expertisée affirme prendre régulièrement son traitement antidépresseur (Séraline-Mepha 2 x 50 mg/jour, dont le matin de l'expertise), le dosage sérique effectué le 19.06.2008 ne détecte pas de substance. Ceci permet de conclure à une non-compliance médicamenteuse.

Il existe par ailleurs des discordances entre ce qui est verbalisé par Mme M._____ et ce qui est objectivé. En effet, Mme M._____ évoque des angoisses majeures constantes, un sentiment permanent d'anxiété avec tachycardie, tachypnée, hyperventilation et sudation, nullement objectivés durant l'examen.

Madame est calme, tout en relatant de manière démonstrative des symptômes anxieux, ceci tant dans le cabinet qu'au laboratoire. Aucun symptôme neurovégétatif n'est objectivé durant l'examen. Toutefois, Mme M._____ mobilise un important réseau socio-médical du fait qu'elle se place dans une position d'incompétence et de dépendance.

Le fonctionnement de l'expertisée dans le « tout ou rien », les clivages, la tendance à la projection, la demande d'aide et rejet de cette aide, la difficulté à gérer les conflits émotionnels, les relations interpersonnelles et la démonstrativité font conclure à une personnalité émotionnellement labile type borderline, à traits histrioniques. Cette personnalité n'est pas décompensée, mais mal compensée.

Quant aux somatisations, ces dernières ne sont pas au premier plan. Elles ne sont pas secondaires à une affection corporelle chronique ou à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. Il n'y a pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Des bénéfiques secondaires avec mobilisation de l'entourage sont présents et on ne peut retenir un échec du traitement selon les règles de l'art car Madame ne prend que ponctuellement des antalgiques.

Manifestement, Mme M._____ est en mesure de surmonter ses douleurs au vu de ses activités, puisqu'elle peut s'occuper seule de son bébé âgé de 14 mois et fonctionner dans son quotidien.

L'expertisée présente dans le cadre de ses somatisations une personnalité prémorbide sous forme d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline à traits histrioniques, mal compensée.

Au vu de ce qui précède, ces somatisations ne sont pas incapacitantes et n'entraînent pas de limitations.

Mme M._____ ne présente pas de dépression, d'anxiété majeure, de phobie majeure, de symptômes compatibles avec un trouble affectif bipolaire, un état de stress post-traumatique ou une psychose.

Seul le trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline, à traits histrioniques mal compensée est objectivable et entraîne les limitations suivantes : difficultés à gérer les émotions et les relations, conflits interpersonnels fréquents, fonctionnement dans le « tout ou rien », diminution des ressources psychiques, démonstrativité et sentiment d'incompétence. Ces limitations interfèrent de 25% dans une activité, quelle qu'elle soit.

Cependant, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît des plus mauvais, Mme M._____ s'estimant dans l'incapacité totale d'exercer un emploi, même à temps partiel, et du fait qu'elle souhaite se consacrer à son rôle maternel ; ces facteurs sortent du champ médical.

(...)

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La personnalité émotionnellement labile, type borderline à traits histrioniques, mal compensée génère des conflits relationnels, un positionnement d'incompétence avec mobilisation de l'entourage et un fonctionnement dans le « tout ou rien ».

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Dans une activité de 100%, la capacité actuelle de travail est de 75%.

Dans l'activité de ménagère, la capacité est entière.

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

L'activité exercée à l'époque, d'ouvrière, est encore exigible à raison de 6 ½ heures par jour.

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

Dans le cadre d'une activité de 75%, pas de diminution du rendement.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Incapacité de travail de 20% au moins depuis novembre 2002, selon le dossier annexé.

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

Sur le plan psychique, le degré d'incapacité de travail depuis 2002 jusqu'à ce jour n'a pas dépassé 25%.

(...)

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

(...)

Non, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas à envisager car Mme M._____ s'estime dans l'incapacité totale d'exercer un quelconque emploi et souhaite se consacrer à son rôle de mère; de telles mesures seraient par conséquent vouées à l'échec. »

h) Dans un avis médical SMR du 28 juillet 2008, le Dr F._____ a retenu, sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 3 juillet 2008, que la capacité de travail de l'assurée était de 75% dans toute

activité depuis novembre 2002 et que des mesures professionnelles seraient inévitablement vouées à l'échec.

B. **a)** Le 16 avril 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, dans lequel il exposait notamment ce qui suit :

« Le 7 novembre 2005, nous vous avons notifié un refus de prestations AI car vous ne présentiez pas une atteinte à la santé invalidante.

Vous avez fait opposition contre cette décision mais votre opposition a été rejetée le 25 juin 2007.

Vous avez fait recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances (TCA) qui, dans son jugement du 11 mars 2008, a admis votre recours, annulé notre décision et renvoyé le dossier à l'administration afin de procéder à une expertise psychiatrique neutre (l'expert du Service médical régional AI (SMR) n'ayant pas le diplôme FMH).

Une expertise médicale a donc été confiée à la Doctoresse K._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, à J._____.

Dans son rapport du 3 juillet 2008, l'expert précise que vous ne présentez pas de dépression, d'anxiété majeure, de phobie majeure, ni de symptômes compatibles avec un trouble affectif bipolaire, un état de stress post-traumatique ou une psychose. Seul un trouble de la personnalité est retenu et entraîne les limitations suivantes : difficultés à gérer vos émotions et vos relations, conflits interpersonnels fréquents, fonctionnement dans le "tout ou rien", diminution des ressources psychiques, démonstrativité et sentiment d'incompétence.

Selon l'expert, ces limitations justifient une incapacité de travail de 25% dans toute activité lucrative depuis le mois de novembre 2002.

Nous tenons à préciser que l'expertise de la Doctoresse K._____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser sans atteinte à la santé, soit Fr. 48'457.- avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 75%.

(...)

Le revenu annuel d'invalidé [estimé sur la base des données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure

des salaires de l'Office fédéral de la statistique] s'élève ainsi à CHF 36'342.- dans une activité adaptée à votre état de santé à 75%.

En comparant ces revenus, nous constatons que votre préjudice économique atteint 25% (...)

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

(...) Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui est votre cas.

Toutefois, lors de l'expertise médicale, vous vous êtes estimée totalement incapable de travailler dans n'importe quel emploi et d'autre part vous souhaitez vous consacrer à votre rôle de mère. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. »

b) Ensuite d'un courrier de la Dresse B. _____ du 19 mai 2009 qui faisait état de nouveaux éléments quant à la vie familiale de l'assurée, une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 14 septembre 2009. Du rapport d'enquête établi le 18 septembre 2009 par l'enquêtrice, il ressort notamment ce qui suit :

« L'assurée explique souffrir d'une fatigue matinale importante. Sortir de son appartement est toujours très difficile car a peur de la foule. Elle se dit incapable de monter dans un train ou un bus. Madame est enceinte du 8^{ème} mois, pendant cette grossesse la prise des médicaments est limitée. L'intéressée dit vouloir reprendre rapidement ses antidépresseurs pour soulager ses angoisses dès son accouchement. Son fils aîné de 17 ans, sans travail, est à la maison et gère une grande partie des tâches ménagères tout en aidant sa mère à s'occuper du petit frère de deux ans. Ce dernier est hyperactif, Madame a beaucoup de peine à gérer l'éducation de ses deux enfants. Un réseau important est organisé pour aider cette famille.

(...)

Sur le [formulaire] 531bis, l'assurée indique qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% et cela depuis toujours. Lors de l'entretien, elle est incapable de répondre à la question du statut car n'a plus travaillé[é] depuis 1998. Le jour de l'enquête, l'intéressée est enceinte de son 3^{ème} enfant et ne peut s'imaginer reprendre une activité professionnelle.

De mai 94 à mars 96 : ouvrière pour L. _____ à un taux de 100%.

De sept. 96 à mars 98 : l'intéressée a touché des indemnités de chômage entrecoupées par des activités occupationnelles chez Coopérative S. _____.

(...)

L'assurée touche le RI depuis plusieurs années. Elle [est] séparée de son mari qui est lui-même au bénéfice de l'Aide sociale.

Au vu de la situation financière de cette assurée qui [est] au bénéfice de l'Aide sociale, le statut de 100% active est justifié.

(...)

6. Travaux

Description des empêchements dus à l'invalidité

6.1 Conduite du ménage (...)

L'assurée se dit incapable de gérer son quotidien sans l'aide de son fils aîné, de sa voisine et de quelques amies. Un réseau de professionnels l'aident à faire face aux problèmes éducationnels rencontrés avec ses deux fils. Madame se dit trop fatiguée pour s'occuper de sa famille. Stimulée, il semble que l'intéressée serait capable de gérer une partie des tâches ménagères.

6.2 Alimentation (...)

Les repas sont constitués de soupe et de pizzas. L'assurée prépare une assiette de salami et de pâté avec un thé froid pour son fils de 2 ans qui va se servir quand il a faim. Des petits pots pour bébés sont aussi achetés. Son fils aîné fait souvent la cuisine.

La vaisselle est lavée par ce dernier. Madame dit qu'elle est trop fatiguée pour faire quelque chose, une partie de la journée est passée couchée sur le divan.

Le nettoyage courant est fait par le fils. Une voisine nettoie le four.

Il semble que l'assurée n'a jamais beaucoup cuisiné. Stimulée, elle pourrait en faire plus.

6.3 Entretien du logement (...)

L'assurée dit que depuis 2 ans, elle ne fait plus rien. Son fils passe l'aspirateur, nettoie l'appartement car l'intéressée dit être allergique à tous les produits de nettoyage. Une voisine apporte son aide une heure pa[r] semaine.

6.4 Emplettes et courses diverses (...)

L'assurée dit qu'elle n'est pas capable de monter dans un bus en raison des angoisses. Son frère ou son fils fait les courses à sa place. Tout le courrier est apporté chez l'assistante sociale qui s'occupe de faire les paiements. Madame ne semble pas comprendre le pourquoi des démarches administratives.

6.5 Lessive et entretien des vêtements (...)

L'assurée fait la lessive dans l'appartement et étend le linge sur le balcon.

Le repassage est toujours fait par la voisine car cette activité est trop pénible.

6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille (...)

L'assurée a 2 enfants de 18 et 2 ans. Enceinte du 3^{ème} elle craint que le SPJ lui enlève ses enfants à la naissance de son bébé. Madame n'est pas capable de gérer les problèmes de son fils adolescent sans travail et n'arrive pas à calmer son petit garçon qui court sans arrêt dans tous les sens. Celui-ci va à la garderie, trois fois par semaine, sa mère l'accompagne à pied.

Une éducatrice vient à domicile pour essayer de lui apporter de l'aide. La situation est préoccupante.

(...)

Entretien difficile avec une assurée qui donne des explications imprécises et parfois contradictoires. Elle n'arrive pas à cadrer son petit garçon de deux ans qui perturbe la discussion en lassant les objets et en courant dans tous les sens.

Le statut de 100% active semble justifié chez cette personne élevant seule ses enfants et au bénéfice de l'Aide sociale. L'enquête ménagère n'a pas été chiffrée pour cette raison. Il est évident que l'assurée est incapable de gérer son quotidien sans le soutien de son fils et d'un réseau important. Stimulée et bien cadrée, Madame, semble-t-il, pourrait en faire plus pour sa famille. »

c) Le 30 mars 2010, l'assurée, représentée par l'avocate Henriette Dénéreaz Luisier, a contesté le projet de décision du 16 avril 2009, en faisant valoir que les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse K. _____ du 3 juillet 2008 (cf. lettre A.g supra) étaient en complète contradiction avec celles de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 14 septembre 2009 (cf. lettre B.b supra).

d) Le 10 août 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, dont la motivation était identique à celle de son projet de décision du 16 avril 2009 (cf. lettre B.a supra). Cette décision était accompagnée d'une lettre explicative également datée du 10 août 2010.

C. a) L'assurée, représentée par l'avocate Henriette Dénéreaz Luisier, a recouru contre cette décision par acte du 14 septembre 2010, posté le même jour, en concluant avec dépens à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment au versement d'une rente entière d'invalidité. Elle estime que l'on ne saurait conférer au rapport d'expertise de la Dresse K. _____ la pleine valeur probante que lui reconnaît l'OAI, d'une part parce que ce rapport s'écarte radicalement des constatations

des médecins traitants de la recourante - le Dr H._____ et la Dresse B._____ - et d'autre part parce qu'il est en complète contradiction avec les résultats de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 14 septembre 2009. Soutenant qu'on ne pourrait ainsi en l'état du dossier admettre que sa capacité de travail est de 75%, la recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et somatique aux fins d'évaluer la gravité et les conséquences sur sa capacité de travail des troubles tant psychiques que physiques dont elle souffre.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Henriette Dénéreaz Luisier, avec effet au 1^{er} octobre 2010.

b) Dans sa réponse du 11 janvier 2011, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision du 10 août 2010, ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement du même jour, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

c) Le 19 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit sur le plan médical, la requête de la recourante tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale était rejetée; l'avis des autres membres de la cour auprès de laquelle le dossier serait prochainement mis en circulation était réservé.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui

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

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

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes d'été (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) – par M. _____ contre la décision rendue le 10 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la capacité de travail de la recourante. Alors que l'OAI considère que la recourante présente une capacité de travail de 75% dans toute activité lucrative (cf. lettres B.a et B.d supra), la recourante s'estime totalement incapable de travailler (cf. lettre C.a supra).

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 c. 3.4 p. 348), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 c. 3.3.1 p. 99) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI), assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI) et assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI); est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194 c. 3b et les arrêts cités; RCC 1989 p. 125). L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI) ; il dispose que pour

évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

c) 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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de 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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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 (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2.). 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 (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

4. a) En l'espèce, il est constant que sur le plan somatique, la recourante présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de couturière ou dans toute autre activité, pour autant que les limitations fonctionnelles liées à ses cervico-scapulalgies gauches chroniques sur instabilité gléno-humérale (à savoir : absence d'abduction en rotation externe ou d'antéflexion supérieure à 90° ou contre-résistance; pas de port de charges supérieures à 5 kg au niveau du membre supérieur gauche; absence de position statique en antépulsion à plus de 90° ou de position statique du rachis cervical au-delà de 30 minutes) soient respectées (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 5 octobre 2005, lettre A.d supra).

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait l'objet – après que le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud eut constaté, dans un jugement du 11 mars 2008, que des irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse O._____ entachaient la fiabilité du volet psychiatrique du rapport d'examen clinique SMR du 5 octobre 2005 (cf. lettre A.f supra) – d'une expertise indépendante, qui a été confiée à la Dresse K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à J._____ (cf. lettre A.g supra).

Le rapport d'expertise psychiatrique du 3 juillet 2008 se fonde sur une anamnèse complète, décrit le status clinique de manière circonstanciée, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée, décrit clairement le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale et ses conclusions sont bien motivées. Ce rapport satisfait ainsi à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. consid. 3c supra). Il n'existe aucune raison de s'écarter de ses conclusions, en l'absence d'éléments objectifs résultant d'autres avis médicaux qui seraient susceptibles de les remettre en cause. En particulier, le fait que le rapport médical du 27 avril 2005 du Dr H._____ (cf. lettre A.c supra) avait à l'époque conclu, avec une motivation beaucoup plus floue, à une incapacité de travail de 70% sur le plan psychiatrique ne permet aucunement de remettre en cause les conclusions de l'expertise

indépendante confiée à la Dresse K._____ et ne justifie pas de procéder à de nouvelles investigations. Quant à la Dresse B._____, médecin traitant généraliste, qui estime de longue date qu'aucune activité n'est exigible de la recourante au vu de la pathologie psychiatrique présentée par celle-ci (cf. lettre A.b supra), elle ne dispose pas des connaissances spécialisées nécessaires pour se prononcer sur le plan psychiatrique.

c) Cela étant, la recourante critique les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse K._____ au motif que celles-ci seraient en complète contradiction avec les résultats de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 14 septembre 2009 (cf. lettre C.a supra).

Ce grief tombe à faux. Le but d'une enquête économique, telle que celle qui a été réalisée en l'espèce le 14 septembre 2009 et dont les résultats ont été consignés dans un rapport du 18 septembre 2009 (cf. lettre B.b supra), est de permettre de fixer objectivement le degré d'invalidité résultant des empêchements ménagers des assurés non actifs ou partiellement actifs, dont l'invalidité doit être calculée selon la méthode spécifique ou selon la méthode mixte (cf. consid. 3a supra). L'administration procède ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (cf. TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 c. 3.3 et les arrêts cités; ATF 128 V 93).

Or en l'espèce, la recourante a été considérée, au regard de son activité antérieure, de ses propres indications et de sa situation financière, comme active à 100%, statut qui n'est pas litigieux; c'est pour cette raison que les empêchements dans l'accomplissement des diverses tâches ménagères n'ont pas été chiffrés (cf. lettre B.b supra). Dès lors que le degré d'invalidité de la recourante doit être évalué selon la méthode générale de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (cf. consid. 3a supra), les empêchements ménagers sont sans pertinence pour la détermination du degré d'invalidité. Au demeurant, les éléments ressortant du rapport d'enquête ménagère du 18 septembre 2009 ne sont

pas de nature à infirmer les conclusions de l'expertise de la Dresse K._____, selon lesquelles les limitations retenues sur le plan psychiatrique (difficultés à gérer les émotions et les relations, conflits interpersonnels fréquents, fonctionnement dans le « tout ou rien », diminution des ressources psychiques, démonstrativité et sentiment d'incompétence) entraînent une diminution de la capacité de travail de 25% dans toute activité (cf. lettre A.g supra). En effet, il résulte clairement des constatations de l'enquêtrice qu'il existe dans les problèmes de l'assurée une part prépondérante de facteurs psycho-sociaux, dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (cf. ATF 127 V 294 c. 5a).

d) Il s'avère ainsi que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle constate que la recourante présente une incapacité de travail médicalement attestée de 25% dans toute activité, entraînant un degré d'invalidité de 25% qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. La cour de céans étant en mesure de statuer sur le vu du dossier, dont l'instruction se révèle complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire médicale, telle que requise par la recourante.

e) Enfin, dès lors que la recourante s'estime totalement incapable de travailler dans n'importe quel emploi et souhaite se consacrer à son rôle de mère, des mesures professionnelles seraient inévitablement vouées à l'échec, comme cela ressort du rapport d'expertise psychiatrique du 3 juillet 2008 (cf. lettre A.g supra), la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle constate que le droit à de telles prestations n'est pas ouvert (cf. TF I 95/07 du 15 février 2008 c. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 c. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 c. 3.2).

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

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis

LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** Les frais de justice, comprenant
 - a)** un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs),
 - b)** une indemnité de 1'428 fr. 95 (mille quatre cent vingt-huit francs et nonante-cinq centimes), TVA comprise, à verser à Me Henriette Dénéreaz Luisier, conseil d'office de la recourante, sont, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, provisoirement mis à la charge du canton, sous réserve des montants déjà payés à titre de franchise.

- III.** La décision rendue le 10 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Henriette Dénéreaz Luisier, avocate (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :