

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2009

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Dind et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier : M. Bichsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (ci-après : FSIH), à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

---

**Art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_, née en 1958, coiffeuse et esthéticienne, a déposé le 31 octobre 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Il résulte des pièces versées au dossier, notamment d'un courrier adressé le 14 février 2006 par le Dr D.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant de l'intéressée depuis le mois d'août 2000, au médecin-conseil de l'assureur-maladie de l'assurée, que celle-ci a été mise en incapacité de travail, dès le 8 décembre 2005, pour cause d'"état inflammatoire acromio-claviculaire et liquide dans la bourse SASD" (atteinte documentée par une imagerie par résonance magnétique [IRM] de l'épaule gauche réalisée le 15 décembre 2005); l'intéressée a par ailleurs été victime d'une agression par un proche le 27 décembre 2005, avec commotion cérébrale, plaie du cuir chevelu et contusion de la main droite, agression attestée par un rapport de police du 28 décembre 2005, respectivement par un "constat médical de coups et blessures" du 19 janvier 2006, ayant en outre "décompensé psychiquement la patiente" (selon le courrier précité du Dr D.\_\_\_\_\_).

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 27 décembre 2006, l'entreprise [...] Sàrl, au [...], a indiqué que l'intéressée avait travaillé à son service en tant qu'ouvrière polyvalente dans la collecte d'habits usagés, à plein temps (45 heures par semaine), jusqu'au 8 décembre 2005 (dernier jour de travail effectif), et réalisé de ce chef un revenu mensuel brut de 3'200 fr.; le contrat de travail avait été résilié par l'employeur avec effet au 30 juin 2006, en raison d'un rendement insuffisant.

Interpellé par l'office, le Dr D.\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 4 janvier 2007, posant comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée ceux de probable syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées (existant depuis 2006), d'épisode dépressif de sévérité moyenne, probable trouble du comportement (existant depuis 2005-2006), d'inflammation acromio-claviculaire droite (existant depuis 2005), de gonarthrose bilatérale

(existant depuis 2003), ainsi que de trouble douloureux chronique "en voie d'installation" (existant depuis 2006). Selon ce praticien, la capacité de travail résiduelle de l'assurée s'élevait à 50 % (à raison de 4 heures par jour) dans son activité habituelle d'esthéticienne comme dans toute autre activité adaptée à ses atteintes, telle qu'ouvrière polyvalente, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Etait notamment annexé un rapport établi à l'attention du Dr D.\_\_\_\_\_ le 13 mars 2006 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel avait retenu le diagnostic de probable syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration, et relevé ce qui suit:

"Votre patiente de 48 ans, sans antécédents neurologiques particuliers, a été victime d'une agression le 28.12.2005 par un proche de la famille. Dès lors elle présente un tableau clinique avec des céphalées persistantes, des troubles de la mémoire mal systématisés, des difficultés de la concentration. Le status neurologique ne montre aucun déficit laissant suspecter une lésion cérébrale, par contre Mme W.\_\_\_\_\_ présente une contracture musculaire paravertébrale cervicale importante. Il est fort probable que nous avons affaire avec un syndrome post-traumatique comme souvent observé après de tels événements." [...] "Un accompagnement rapproché à moyen terme pourrait être utile chez cette patiente qui présente de clairs signes d'une dépression et d'un état anxieux."

Le Dr P.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant de l'intéressée depuis le mois de mai 2006, a établi un rapport le 6 février 2007, posant comme diagnostics ayant des répercussions sur sa capacité de travail ceux de parésie du membre supérieur droit d'origine indéterminée, de syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, de douleurs de l'épaule bilatérales (inflammation acromioclaviculaire droite, début d'arthrose gléno-humérale droite), de décompensation anxieuse et dépressive, degré moyen, troubles d'adaptation dans un contexte conjugal et socio-familial difficile, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme probable en voie de chronicité (douleurs chroniques de la ceinture cervico-scapulaire). Ce praticien mentionnait que l'assurée, "connue depuis plusieurs années pour un syndrome dépressif, anxieux, des troubles adaptatifs", était sous tranquillisants et médication anti-dépressive depuis 2005, et suivie par un psychologue dans le cadre de la LAVI. A son sens, la capacité de travail de

l'intéressée était nulle dans toute activité, pour "motif psychologique", le pronostic étant qualifié de "défavorable, encore incertain"; la mise en œuvre de mesures professionnelles ne lui paraissait pas adéquate en l'état, un soutien psycho-social étant nécessaire dans un premier temps. Etaient retenues les incapacités de travail suivantes: 100 % du 8 décembre 2005 au 1<sup>er</sup> août 2006, puis 100 % depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 "pour suites accident et maladie".

Suite à la requête en ce sens de l'OAI, l'assureur-maladie de l'assurée a, par écriture du 5 mars 2007, produit son dossier médical, comprenant notamment les pièces suivantes:

- un rapport établi le 18 août 2006 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, lequel avait retenu le diagnostic de maladie anxieuse et dépressive de degré actuel moyen avec somatisation secondaire à de graves difficultés de couple. Ce médecin mentionnait que l'intéressée avait repris spontanément le 4 août 2006 une activité professionnelle à 90 % dans une onglerie d'un centre commercial; elle se plaignait de crampes aux deux mains, rendant la manipulation difficile (elle avait ainsi fait saigner les ongles des clientes à plusieurs reprises), ainsi que de crampes dans les pieds et d'avoir "une vision double le soir après le travail", et craignait dès lors d'être licenciée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ concluait ce qui suit:

"L'événement traumatique mineur survenu le 27.12.2005 n'apparaît pas comme susceptible de motiver un AT [arrêt de travail] complet supérieur à quelques jours.

Il n'existe enfin ce jour aucune affection psychique, somatique ou post-traumatique susceptible de motiver la poursuite d'un AT au-delà du 04.08.2006, date à laquelle la patiente a repris spontanément un emploi sans port de charges lourdes.

Cet avis sera admis ce jour comme juste et adéquat par la patiente et par son médecin traitant le Dr D.\_\_\_\_\_ contacté par téléphone avant consultation le 21.07.2006.";

- un rapport établi le 8 mai 2006 par la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, dans lequel étaient posés à titre de "diagnostics justifiant l'incapacité de travail" ceux de trouble douloureux en voie de chronicité et d'épisode dépressif de sévérité moyenne, le

diagnostic d'état dépressif étant par ailleurs mentionné sous la rubrique "diagnostic(s) à investiguer". A son sens, la capacité de travail de l'intéressée était de 80 % dans son activité actuelle et de 100 % dans son activité antérieure d'esthéticienne, le pronostic étant toutefois défavorable; il était relevé que l'intéressée avait bien répondu au traitement symptomatique - l'épaule gauche étant alors calme, sans signe irritatif de la coiffe, et sans évidence de synovite acromio-claviculaire ni d'instabilité -, mais que d'autres "phénomènes" paraissaient entrer en compte.

Dans un rapport établi le 17 juillet 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR) a conclu ce qui suit:

"En faisant une synthèse des documents à disposition, on constate que l'incapacité de travail a débuté en décembre 2005 et s'est terminée au plus tard en août 2006, date à laquelle l'assurée a repris d'elle-même une activité à 80%. L'aptitude au travail a été reconnue par deux experts neutres (Dr F. \_\_\_\_\_ et Dresse V. \_\_\_\_\_), ainsi que par le médecin traitant. Pour ma part je propose d'accepter ces conclusions sans examen complémentaire."

Le 28 novembre 2007, l'OAI a dès lors soumis à l'assurée un projet de décision dans le sens du rejet de sa demande. Il a retenu que sa capacité de travail, après avoir été nulle du 8 décembre 2005 au mois d'août 2006, s'élevait depuis lors à 80 % dans son ancienne activité d'ouvrière polyvalente et à 100 % en tant qu'esthéticienne comme dans toute autre activité adaptée à ses atteintes; compte tenu d'un revenu d'invalidé annuel arrêté, sur la base des données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006 concernant les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à 49'658 fr. 70, l'intéressée était réputée apte à reprendre une activité lucrative sans qu'aucun préjudice économique ne subsiste, de sorte que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne lui était pas ouvert.

L'assurée s'est déterminée sur ce projet de décision par courrier du 10 janvier 2008, indiquant que ses douleurs et crises de

tétanie étaient apparues dès sa reprise d'activité, le 4 août 2006, l'empêchant d'exercer correctement son activité, et qu'elle avait de ce chef été licenciée par son employeur avec effet au 30 septembre 2006; elle produisait à cet égard divers échanges d'écritures avec son employeur, et priait l'office de "reconsidérer" le projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière. Etaient par ailleurs annexés différents certificats médicaux établis par les Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, attestant de son incapacité totale de travail.

Par décision du 3 mars 2008, l'office a confirmé son projet de décision du 28 novembre 2007, dans le sens du rejet de la demande. Dans un courrier adressé à l'assurée le même jour, il a exposé que ses déterminations, par écriture du 10 janvier 2008, n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position.

Par courrier du 12 mars 2008, l'époux (séparé) de l'intéressée a informé l'office que celle-ci était actuellement hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique de [...], et ce "depuis plusieurs semaines".

**B. a)** W.\_\_\_\_\_ a formé recours devant le Tribunal des assurances contre la décision rendue le 3 mars 2008 par l'office par acte du 31 mars 2008, faisant valoir que "les graves troubles psychiques" qu'elle présentait la rendaient incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, et ce depuis le mois de décembre 2005. Elle concluait dès lors à son droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006.

Dans sa réponse du 12 juin 2008, l'OAI a relevé qu'il avait appris le 14 mars 2008 que la recourante était hospitalisée depuis plusieurs semaines à l'Hôpital psychiatrique de [...], et proposé d'interpeller les médecins de cet hôpital.

Par écriture du 29 juillet 2008, la recourante, désormais représentée par le Service juridique de la FSIH, s'est ralliée à la proposition de l'OAI s'agissant d'interpeller les médecins de l'Hôpital psychiatrique de [...], notamment quant aux troubles de santé dont elle souffrait,

respectivement quant aux conséquences de ceux-ci sur sa capacité de travail. Par nouvelle écriture du 23 septembre 2008, l'intéressée a produit un certificat médical établi le 28 mars 2008 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, chef de clinique de l'Hôpital psychiatrique de [...], dont il résulte qu'elle a été hospitalisée dans cet établissement du 23 février au 28 mars 2008 (avec incapacité totale de travail du 23 février au 4 avril 2008, étant précisé que la situation devrait être réévaluée à cette date), ainsi qu'un certificat médical établi le 3 juillet 2008 par les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant dans ce même hôpital, attestant d'une nouvelle hospitalisation du 16 avril au 23 mai 2008 (avec incapacité de travail totale durant cette période). La recourante indiquait par ailleurs être suivie depuis le 29 août 2008 par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**b)** Interpellés par le juge instructeur, le Dr S.\_\_\_\_\_ et la Dresse Y.\_\_\_\_\_ ont, dans des rapports établis respectivement les 15 octobre et 24 octobre 2008, répondu comme suit aux questions qui leur étaient soumises:

**1. De quel(s) trouble(s) de santé Mme W.\_\_\_\_\_ souffre-t-elle?**

"Trouble psychotique d'allure schizophrénique (F23.2)" (Dr S.\_\_\_\_\_)

"Mme W.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble psychotique d'allure schizophrénique." (Dresse Y.\_\_\_\_\_)

**2. Ce(s) trouble(s) de santé entrave(nt)-il(s) la capacité de travail de Mme W.\_\_\_\_\_; depuis quand, à raison de quel pourcentage, dans quel genre d'activité et pour quels motifs?**

"Mme W.\_\_\_\_\_ a été hospitalisée pour la première fois en février 2008, et d'après l'anamnèse, les symptômes se seraient clairement manifestés dans les mois précédant cette hospitalisation, dans un contexte déstructurant de divorce.

La capacité de travail, durant ces derniers mois, était nulle, en raison de troubles psychotiques sous forme de troubles du cours de la pensée (barrages, perplexité, désorganisation) et d'hallucinations." (Dr S.\_\_\_\_\_)

"Oui, Mme W.\_\_\_\_\_ souffre d'une maladie psychotique qui se manifeste par des troubles psychiques sévères sous forme de désorganisation psychique avec des troubles de la pensée, des

propos délirants de persécution pouvant être accompagnés d'hallucinations auditives et visuelles, de difficultés de concentration, d'un apragmatisme et de troubles du comportement. Ces troubles entraînent chez elle une incapacité totale à exercer une quelconque activité professionnelle depuis le mois d'août 2005. Selon le dossier médical des deux séjours psychiatriques effectués à l'hôpital de [...] en février 2008 et en avril 2008, Mme W.\_\_\_\_\_ présente des difficultés psychiques depuis plusieurs années. C'est depuis 2005, après une agression physique par l'ami de sa fille adoptive et dans le contexte d'un conflit conjugal que l'état de santé psychique de Mme W.\_\_\_\_\_ s'est aggravé avec l'apparition de symptômes psychotiques manifestes et diverses plaintes somatiques." (Dresse Y.\_\_\_\_\_)

**3. Qu'en est-il du traitement suivi par Mme W.\_\_\_\_\_ et que peut-on en attendre?**

"Mme W.\_\_\_\_\_ a quitté notre hôpital avec un traitement neuroleptique de [...]. Nous attendons de ce traitement qu'il permette à Mme W.\_\_\_\_\_ d'assumer les tâches quotidiennes à son domicile, ce qui inclut notamment l'éducation de son fils âgé de 15 ans. Elle est par ailleurs aidée dans ces différentes activités par un suivi ambulatoire et des visites à domicile." (Dr S.\_\_\_\_\_)

"Mme W.\_\_\_\_\_ été hospitalisée à Cery pour des décompensations psychotiques aiguës du 2 février au 23 mars 2008 et du 16 avril au 23 mai 2008. Elle a eu par la suite une prise en charge ambulatoire par la polyclinique psychiatrique qui a été interrompu par la patiente. Elle est suivie à domicile par une infirmière du [...] et par moi-même depuis le 28 août 2008. Elle est au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique avec un traitement médicamenteux neuroleptique et entretiens de soutien qui vise à stabiliser son état psychique et l'aider à assumer les tâches élémentaires de la vie quotidienne." (Dresse Y.\_\_\_\_\_)

**4. Des mesures médicales et/ou professionnelles sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative ou d'améliorer sa capacité de travail; dans quelle activité et à quel taux?**

"Non. En l'état actuel, Mme W.\_\_\_\_\_ ne peut que difficilement assumer les activités de la vie quotidienne, malgré un traitement." (Dr S.\_\_\_\_\_)

"Non." (Dresse Y.\_\_\_\_\_)

**5. Quel est votre pronostic; l'état de santé est-il susceptible d'amélioration ou risque-t-il de se péjorer?**

"Le pronostic est défavorable, avec une possible évolution vers une schizophrénie indifférenciée, versus hébéphrénique." (Dr S.\_\_\_\_\_)

"Mme W.\_\_\_\_\_ présente une maladie psychiatrique dont le pronostic paraît défavorable compte tenu de la détérioration progressive de son état et des difficultés actuelles à obtenir un amendement des symptômes et une stabilité psychique.

Mme W. \_\_\_\_\_ est confrontée à des difficultés familiales et socio-économiques qui sont des facteurs qui ne contribuent pas à la stabilité et à l'amélioration de son état de santé, un risque de péjoration n'est pas exclu." (Dresse Y. \_\_\_\_\_)

**6. Avez-vous des remarques ou précisions à ajouter?**

"Mme W. \_\_\_\_\_ présente un trouble psychotique invalidant, qui ne lui permet pas actuellement de pouvoir mener une quelconque activité lucrative."

"Non." (Dresse Y. \_\_\_\_\_)

Dans ses réponses du 4 novembre 2008 au même questionnaire, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F23.2) et relevé que le pronostic était "très réservé au vu de la gravité des troubles", renvoyant pour le reste à l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_.

L'intimé s'est déterminé sur ces différents rapports par écriture du 28 novembre 2008, indiquant qu'il était justifié de retenir une incapacité totale de travail depuis le mois de février 2008, tout en maintenant sa position pour la période antérieure; il se référait à cet égard à un avis rendu le 21 novembre 2008 par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, lequel relevait que, par définition, les symptômes d'un "trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F23.2)" persistaient moins d'un mois; dès lors, il semblait évident que l'intéressée avait présenté un trouble psychiatrique psychotique en février 2008 – dont le diagnostic définitif restait à définir –, mais il était en revanche "extrêmement douteux" que ce trouble existât depuis 2005, dans la mesure où aucun des intervenants médicaux n'avait signalé de trouble du cours de la pensée avant l'épisode actuel. Il s'agissait ainsi, selon toute vraisemblance, d'une pathologie nouvelle.

Dans ses déterminations du 9 décembre 2008, la recourante a fait valoir qu'il résultait des rapports en cause, en particulier de celui de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le mois d'août 2005; elle a dès lors modifié les conclusions de son acte de recours, en ce sens qu'elle avait déjà droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2006, et non dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006.

**c)** Une audience d'instruction a été tenue le 11 mars 2009.

La recourante a produit un certificat médical établi le 2 mars 2009 par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, à teneur duquel elle présentait une maladie psychiatrique entraînant une incapacité de travail sur un long cours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives, demeurant seule litigieuse la question du *dies a quo* de l'incapacité de travail déterminant l'ouverture du droit à la rente.

L'intimé a requis que les Drs S.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ soient invités à se déterminer sur l'avis rendu le 21 novembre 2008 par le Dr M.\_\_\_\_\_; le magistrat instructeur a décidé sur le siège de donner suite à cette requête.

**d)** Interpellée, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a, par courrier du 17 mars 2009, indiqué ce qui suit:

"Dans le rapport du 24 octobre 2008, ne suivant Mme W.\_\_\_\_\_ que depuis le 29 août 2008, j'ai choisi de ne pas modifier le diagnostic posé par mes confrères de l'hôpital de [...]. Il me semblait plus important de me concentrer sur l'état clinique et le traitement. Toutefois, je n'ai pas retenu le caractère aigu et transitoire du trouble psychotique chez la patiente puisque les symptômes n'avaient [pas] disparu après un mois. Mme W.\_\_\_\_\_ a été hospitalisée une deuxième fois, le 16 avril 2008 pour une désorganisation psychique avec des symptômes psychotiques. Après la sortie de l'hôpital, elle a continué à présenter des troubles du cours de la pensée sous forme de perplexité, de barrages, un apragmatisme avec des difficultés à assumer son foyer. Concernant les commentaires du Dr M.\_\_\_\_\_, je me permets de souligner que les troubles psychotiques peuvent se manifester par des tableaux cliniques atypiques et complexes."

[...]

"Des discussions que j'ai eues avec le Dr D.\_\_\_\_\_ médecin traitant depuis l'année 2000, avec la doctoresse L.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre que la patiente a consulté en 2006, et de l'évolution de la situation jusqu'à ce jour, il ressort que Mme W.\_\_\_\_\_ souffre d'une maladie psychotique non organique. Elle présente depuis 2005 des troubles psychiques qui ont entraîné des difficultés d'adaptation familiale, sociale et professionnelle. Ce qui me permet de penser que la pathologie psychotique dont souffre la patiente est bien antérieure à l'hospitalisation du 23 février 2008."

Egalement interpellé, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est déterminé comme suit par écriture du 19 mars 2009:

[...] "j'arrive à la conclusion suivante: il semble probable que Mme W. \_\_\_\_\_ a présenté un trouble de la personnalité paranoïaque au long cours, qui se serait décompensé ponctuellement, lors d'événements de vie particulièrement stressants, avec l'apparition de troubles psychotiques aigus. Une autre hypothèse plausible est que la patiente souffre d'une schizophrénie hébéphrénique qui n'a pas été diagnostiquée plus tôt du fait, non seulement de sa grande méfiance en lien avec sa pathologie, mais aussi de difficultés linguistiques rendant l'investigation particulièrement difficile." [...]

"En consultant le dossier du [...], j'ai relevé que Mme W. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'une investigation neuropsychologique en mai 2007, qui concluait à la présence de troubles attentionnels sévères, avec des performances faibles en mémoire antérograde verbale et en empan verbal. Selon la neuropsychologue, ces symptômes pouvaient être attribués à des lésions post-traumatiques, mais elle mettait également en avant la difficulté de faire la part des choses du fait d'une importante symptomatologie anxio-dépressive. Au vu de la méfiance de la patiente et des limitations linguistiques, il se peut que cette symptomatologie anxio-dépressive ait déjà été une symptomatologie psychotique à bas-bruit. Je n'ai pu, malheureusement, retrouver d'investigations psychiatriques antérieures, raison pour laquelle je ne peux me prononcer sur le début des troubles dont souffre Mme W. \_\_\_\_\_.

En réponse à l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_ rendu le 21.11.2008, je peux dire que Mme W. \_\_\_\_\_ a présenté des troubles depuis au moins mai 2007 et que, pour les raisons précitées, il pourrait déjà avoir été question d'un trouble psychotique non diagnostiqué pour les raisons mentionnées ci-dessus. Par ailleurs, hormis les tests neuropsychologiques effectués en mai 2007, on retrouve également un courrier du 13.03.2006 adressé au Dr D. \_\_\_\_\_ " [... ] "et rédigé par le Dr Z. \_\_\_\_\_, neurologue, qui concluait à un probable syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration. Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, il existait donc déjà des troubles invalidants en mars 2006, même s'il est vrai qu'il n'est pas fait mention de psychose.

Je me prononce donc actuellement en faveur d'une schizophrénie hébéphrénique présente depuis la fin 2007, selon les éléments du dossier psychiatrique. On objective cependant, dans le dossier du [...], une symptomatologie psychiatrique antérieure avec un premier rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_, daté de mars 2006, qui fait état d'un trouble invalidant."

Par écriture du 30 avril 2009, l'intimé a produit un avis rendu le 8 avril 2009 par le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel le dernier rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ ne fournissait "aucun élément médical concret permettant d'établir un diagnostic précis, ni une chronologie précise de la maladie et encore moins de l'incapacité de travail avant février 2008". Quant au Dr S. \_\_\_\_\_, il n'avait dans son rapport du 19 mars 2009

que des hypothèses concernant l'état de santé psychique de la recourante entre 2005 et début 2008, et admettait ne pas pouvoir se prononcer sur le début des troubles; il était par ailleurs relevé que le rapport établi en mars 2006 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, auquel se référait le Dr S.\_\_\_\_\_, avait déjà fait l'objet d'une appréciation du SMR (avis du 17 juillet 2007), et n'était pas de nature à démontrer une affection incapacitante à cette époque. Le Dr T.\_\_\_\_\_ concluait ce qui suit:

"Les faits certains sont l'apparition d'une psychose cliniquement manifeste en février 2008, correspondant à une schizophrénie hétéroforme; il s'agit d'une affection psychiatrique grave, justifiant une incapacité de travail totale depuis cette date. Toute tentative de rattacher à cette pathologie des symptômes antérieurs ne repose que sur des hypothèses indémonstrables et ne saurait fonder médicalement la reconnaissance d'une incapacité de travail."

L'intimé indiquait se rallier entièrement à cette prise de position du SMR, et maintenait dès lors ses conclusions concernant le *dies a quo* de l'incapacité de travail déterminante.

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

**1. a)** Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

**2.** Est seule litigieuse en l'espèce, au regard des déterminations produites par les parties en cours d'instance, l'évaluation de la capacité de travail exigible de la recourante pour la période du mois d'août 2005 au mois de février 2008, partant le *dies a quo* de l'octroi d'une rente.

**3. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois

quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008, cf. l'ancien art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Selon l'art. 29 al. 1 *in initio* LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA; cette nouvelle disposition, qui vise à encourager les assurés atteints dans leur santé à déposer le plus tôt possible une demande à l'assurance-invalidité, n'avait pas d'équivalent avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI (cf. FF 2005 4323 *ad* art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par un assureur pour résoudre un cas litigieux. En particulier, dans la mesure où il satisfait aux exigences requises, un rapport qui émane d'un service médical régional AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a pleine valeur probante (cf. TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 *in fine* et la référence), alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Cela étant, l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'assureur; pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières permettant de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et la référence).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (TF I 455/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.1 et les références).

**4.** En l'espèce, l'intimé, se référant au rapport établi le 17 juillet 2007 par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, a retenu dans la décision attaquée que la capacité de travail de la recourante, après avoir été nulle du 8 décembre 2005 au mois d'août 2006, s'élevait depuis lors à 80 % dans son ancienne activité d'ouvrière polyvalente et à 100 % en tant qu'esthéticienne comme dans toute autre activité adaptée. L'intéressée étant ainsi réputée apte à reprendre une activité lucrative sans qu'aucun préjudice économique ne subsiste dès le mois d'août 2006, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, ne lui était pas ouvert. En cours d'instance, compte tenu des hospitalisations de la recourante à l'Hôpital psychiatrique de [...] en février puis avril 2008, respectivement des rapports établis par les Drs S. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_, l'intimé a admis qu'il était justifié de retenir une incapacité totale de travail depuis le mois de février 2008; cela étant, il a maintenu sa position pour la période antérieure, faisant siennes les conclusions des Drs M. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR, savoir en substance qu'il s'agissait d'une pathologie nouvelle, apparue en février 2008. La recourante, se référant en particulier à l'appréciation de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, soutient quant à elle être en incapacité totale de travail depuis le mois d'août 2005, nonobstant sa tentative de reprise d'activité en août 2006.

Il y a lieu de relever d'emblée que les atteintes présentées par l'intéressée sur le plan somatique, savoir notamment un "état inflammatoire acromio-claviculaire et liquide dans la bourse SASD" documenté par un examen IRM de l'épaule gauche du 15 décembre 2005 et ayant justifié l'incapacité de travail débutée le 8 décembre 2005, ont connu une évolution favorable sous traitement symptomatique. Ainsi, la

Dresse V.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 8 mai 2006 que l'épaule gauche était désormais calme, sans signe irritatif de la coiffe et sans évidence de synovite acromio-claviculaire ni d'instabilité, de sorte que l'on peut retenir, avec cette rhumatologue, qu'aucune diminution de la capacité de travail ne se justifie sur le plan somatique depuis le mois de mai 2006 à tout le moins. La recourante ne le conteste du reste pas. Demeure dès lors seul litigieux le *dies a quo* de l'incapacité de travail induite par l'atteinte à la santé sur le plan psychique.

**a)** Dans son rapport du 17 juillet 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu que l'incapacité de travail présentée par la recourante s'était terminée au plus tard en août 2006, date à laquelle celle-ci avait repris d'elle-même une activité à 80 % (*recte*: 90 %, selon les indications figurant dans le rapport établi le 18 août 2006 par le Dr F.\_\_\_\_\_, auquel se réfère expressément le Dr M.\_\_\_\_\_); l'aptitude au travail dès cette date ayant été reconnue tant par le Dr F.\_\_\_\_\_ et la Dresse V.\_\_\_\_\_ que par l'intéressée elle-même et le Dr D.\_\_\_\_\_, son médecin traitant, le médecin du SMR se proposait d'admettre ces conclusions sans examen complémentaire. En cours d'instance, se déterminant sur les rapports de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ et du Dr S.\_\_\_\_\_ (la Dresse B.\_\_\_\_\_ ayant en substance renvoyé à l'appréciation de ce dernier), le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé dans son avis du 21 novembre 2008 que les symptômes psychotiques qui avaient justifié les hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique de [...] relevaient d'une pathologie nouvelle, dans la mesure où aucun des intervenants consultés antérieurement n'avait évoqué de trouble du cours de la pensée. Enfin, suite aux déterminations de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ et du Dr S.\_\_\_\_\_ sur ce dernier avis du Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu dans un avis du 8 avril 2009 que toute tentative de rattacher à la "psychose cliniquement manifeste en février 2008, correspondant à une schizophrénie hébéphrénique" des symptômes antérieurs ne reposait "que sur des hypothèses indémonstrables et ne saurait fonder médicalement la reconnaissance d'une incapacité de travail".

Cela étant, d'autres médecins sont d'avis que l'incapacité de travail occasionnée par les atteintes sur le plan psychique est antérieure à l'hospitalisation de février 2008. Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, la recourante est en incapacité totale de travail pour "motif psychologique" depuis le mois de décembre 2005 - avec toutefois une interruption de cette incapacité du 1<sup>er</sup> août au 30 septembre 2006, période correspondant à sa tentative de reprise d'activité (rapport du 6 février 2007) D.\_\_\_\_\_, sans remettre en cause le fait qu'il ait pu estimer que l'intéressée était apte à reprendre une activité à 90 % en août 2006 (ce qui résulte d'un entretien téléphonique du 21 juillet 2006 avec le Dr F.\_\_\_\_\_, mentionné par ce dernier dans son rapport du 18 août 2006), n'en a pas moins conclu à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans toute activité dans son rapport du 4 janvier 2007, attestant en outre, dans divers certificats médicaux, d'une incapacité totale de travail du 19 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2006, puis du 28 juin au 2 décembre 2007. La Dresse Y.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'intéressée depuis le mois d'août 2008, a retenu dans son rapport du 24 octobre 2008 que l'incapacité de travail était totale depuis le mois d'août 2005, relevant une aggravation de son état psychique dès l'agression de décembre 2005 "avec l'apparition de symptômes psychotiques manifestes et diverses plaintes somatiques"; elle a précisé dans son rapport du 17 mars 2009 que les troubles psychotiques pouvaient se manifester par des tableaux cliniques atypiques et complexes, et qu'il résultait notamment de ses discussions avec le Dr D.\_\_\_\_\_ et de l'évolution du cas que la recourante présentait depuis 2005 des troubles psychiques entraînant des difficultés d'adaptation familiale, sociale et professionnelle, de sorte que la pathologie psychotique était à son sens bien antérieure à l'hospitalisation du 23 février 2008. Enfin, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur d'une schizophrénie hébéphrénique - diagnostic admis par le Dr T.\_\_\_\_\_ - présente depuis la fin 2007, précisant qu'il ne pouvait se déterminer (précisément) sur le début des troubles en l'absence d'investigations psychiatriques antérieures; ce psychiatre mentionnait à cet égard que, compte tenu de la méfiance de l'intéressée (en lien avec sa pathologie) et des limitations linguistiques, il se pouvait que la symptomatologie anxio-dépressive évoquée antérieurement ait déjà été une symptomatologie psychotique "à bas-bruit".

**b)** Il convient de relever, en premier lieu, que le dossier tel que constitué ne contient aucune appréciation antérieure à l'hospitalisation de février 2008 émanant d'un spécialiste en psychiatrie. C'est pour cette raison que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne s'est prononcé qu'avec prudence sur le début de l'atteinte sur le plan psychique, respectivement que le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que l'existence de symptômes d'une telle atteinte avant l'hospitalisation de février 2008 ne reposait que sur des "hypothèses indémonstrables". Cela étant, l'ensemble des médecins consultés depuis l'agression subie par la recourante à la fin du mois de décembre 2005 - quelle que soit par ailleurs leur spécialité - ont relevé l'existence d'une atteinte sur le plan psychique: le Dr D.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu les diagnostics de probable syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, d'épisode dépressif de sévérité moyenne, ainsi que de probable trouble du comportement (rapport du 4 janvier 2007); Z.\_\_\_\_\_, ceux de probable syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration (rapport du 13 mars 2006); le Dr P.\_\_\_\_\_, ceux de syndrome post-traumatique en voie de chronification avec céphalées, de décompensation anxieuse et dépressive, degré moyen, ainsi que de troubles d'adaptation dans un contexte conjugal et socio-familial difficile (rapport du 6 février 2007); le Dr F.\_\_\_\_\_, celui de maladie anxieuse et dépressive de degré actuel moyen avec somatisation secondaire à de graves difficultés de couple (rapport du 18 août 2006); enfin, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif de sévérité moyenne, précisant qu'il y avait lieu à cet égard de procéder à des investigations complémentaires (rapport du 8 mai 2006). Il convient donc d'admettre que l'intéressée présentait alors déjà des symptômes clairs d'une atteinte sur le plan psychique, nonobstant la difficulté pour les intervenants consultés de la circonscrire, ce qui explique que les diagnostics retenus fassent mention de l'adjectif "probable".

Par ailleurs, il y a lieu de relever que les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont rendu leurs avis sur la seule base des pièces versées au dossier, sans avoir examiné personnellement la recourante. Or, selon la

jurisprudence, une appréciation médicale sur la base d'un dossier, sans examen personnel de l'intéressé, n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'avis médicaux qui, eux, se fondent sur un tel examen personnel (cf. ATF U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 5.6 et la référence). En l'occurrence, on ne saurait donc reconnaître sans autre pleine valeur probante aux conclusions des médecins du SMR, dans la mesure où dites conclusions ne sont confirmées par aucune appréciation émanant d'un spécialiste en psychiatrie, les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ n'étant eux-mêmes pas psychiatres.

Quant à la tentative de reprise d'activité par la recourante à 90 % dans une onglerie, dès le 4 août 2006, on ne saurait en déduire qu'elle était exigible de sa part, comme tend à le démontrer le fait qu'elle ait rapidement échoué, par un licenciement avec effet au 30 septembre 2006. Sur ce point, il convient de relever que l'employeur n'a jamais remis en cause la bonne volonté et les efforts fournis par l'intéressée, de sorte qu'il n'y a pas à déduire d'une telle tentative avortée de reprise de travail que l'intéressée disposait alors à nouveau de ressources personnelles suffisantes pour se réinsérer sur le marché de l'emploi.

Dans ces conditions, les avis des médecins du SMR, tels que rendus sur le seul examen des pièces au dossier, ne sauraient suffire à écarter ceux des médecins traitant, singulièrement celui de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, laquelle a pu prendre, sur la base d'examens cliniques et de l'observation continue de l'intéressée, la mesure de l'atteinte à sa santé psychique, dont la nature et l'intensité ne sont du reste pas contestées par le Dr S.\_\_\_\_\_. Compte tenu d'une atteinte à la santé psychique reconnue, puis dûment diagnostiquée par l'ensemble des médecins psychiatres consultés, on ne saurait postuler que le caractère incontestablement aigu de la crise ayant conduit à l'hospitalisation de février 2008 puisse exclure que la maladie en question ait présenté auparavant un degré d'intensité propre à fonder une incapacité de travail, laquelle fut avérée lors de la tentative avortée de reprise d'activité par l'intéressée.

Subsiste la question de la preuve de cette intensité suffisante, laquelle ne saurait être retenue, s'agissant de la pathologie psychiatrique en question, qu'en présence d'un facteur dit de décompensation, à même d'induire une perte de ressources psychiques suffisantes propre à générer un dysfonctionnement global, lequel autorise à qualifier l'atteinte à la santé d'invalidante.

Ce facteur déterminant de décompensation, les médecins du SMR soutiennent que le dossier constitué ne permet pas de le circonscrire dans le temps avant le constat de psychose manifeste posé lors l'hospitalisation en secteur psychiatrique en février 2008.

Ces médecins ne sauraient être suivis. En effet, le Dr P. \_\_\_\_\_ considère que le facteur de décompensation psychotique doit être vu dans l'agression de l'intéressée à son domicile au mois de décembre 2005, lors de laquelle elle a été battue par l'ami de sa fille. La Dresse Y. \_\_\_\_\_, bien que faisant remonter la pathologie invalidante au mois d'août 2005, mais sans isoler de facteur de décompensation précis à cette époque, rejoint le médecin traitant P. \_\_\_\_\_ en attestant d'une péjoration sensible de l'état de santé de la recourante à la suite de l'agression de décembre 2005. Compte tenu de la violence physique exercée, ceci de manière inattendue, au domicile et de surcroît dans le cercle familial, cette agression, manifestement anxiogène, paraît à même d'avoir décompensé le trouble de la personnalité et provoqué le repli social et le dysfonctionnement global tels qu'ils seront ensuite durablement constatés et traités. Eprouver cette déduction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérant inutile, compte tenu de l'écoulement du temps, il y a donc lieu de se rallier, ceci au degré de la vraisemblance requis, à la pertinence des avis des deux médecins traitant précités, l'un certes généraliste, mais de longue date en charge d'un mandat thérapeutique et sans que ses avis prêtent le flanc à la critique d'un caractère incomplet ou à d'apparentes contradictions, l'autre spécialiste en psychiatrie, ceci contrairement aux médecins du SMR, pour retenir une incapacité totale de travail à compter du mois de décembre 2005 au moins.

**c)** Le début de l'incapacité totale de travail ainsi fixé à décembre 2005, la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente entière à compter du mois de décembre 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année, conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, applicable *ratione temporis*.

**5.** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006.

**6. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches publics, comme les OAI (art. 54 ss LAI). Partant, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice à charge de l'office intimé débouté. L'avance de frais effectuée par la recourante, par 250 fr., lui sera par ailleurs restituée.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens. Le montant de ceux-ci devant être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse mais d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD), il y a lieu de les arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), compte tenu d'un double échange d'écritures et de la participation à des mesures d'instruction, notamment la tenue d'une audience.

**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 3 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que W.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2006.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à 1003 Lausanne (pour W.\_\_\_\_\_);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :