

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Lanz Pleines
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

W._____, à Brenles, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier,
Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, employée principale d'administration auprès de l'Etat de [...] jusqu'en 2005, a déposé le 17 octobre 2007, une demande de prestations AI pour adultes requérant une demi-rente pour dépression et tentatives de suicide.

Dans un rapport médical du 13 novembre 2007 le Dr N._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de tabagisme ainsi qu'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Dans un rapport médical du 15 septembre 2007 rédigé à l'attention du médecin cantonal adjoint, la Dresse A._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a apprécié en ces termes la situation de l'assurée:

"Discussion:

Sur le plan clinique, on peut parler d'un fonctionnement borderline de personnalité qui lutte contre la dépression en recherchant des relations anaclitiques et idéalisées. Le vide psychique derrière cette façade impressionne. Pas de sentiments de culpabilité, pas de remise en question de son mode de fonctionnement. L'essentiel est projeté dans l'agir et dans les extrêmes, selon la loi du tout ou rien. Une fragilité de structure compensée par une façade prête à s'effondrer à la moindre secousse. Madame W._____ bâtit son existence sur ses relations avec les hommes et quand la relation est finie, elle veut mourir elle aussi et tente de se suicider. Elle a déjà plusieurs tentatives à son actif.

Les principaux mécanismes de défense utilisés sont le déni, l'idéalisation et le passage à l'acte.

Cette patiente présente un trouble de la personnalité et une pathologie psychiatrique actuellement relativement compensés, mais qui en soi entraînent depuis trois ans une détérioration progressive de sa situation personnelle, professionnelle et sociale. Sans cadre thérapeutique, sans médication, sans aide pratique pour son budget, le risque à la fois d'une nouvelle décompensation avec passage à l'acte et d'aggravation de sa situation sociale reste marqué.

Les mesures de tutelle pourraient s'avérer nécessaires face à une attitude et une nécessité de soins et de secours, l'incapacité de gérer ses affaires. Madame W._____ est endettée, incapable de faire face à ses responsabilités.

Néanmoins, elle n'est pas d'accord de demander une mise sous tutelle volontaire. Dans ce cas, une expertise psychiatrique paraît inévitable. Au titre d'ancien psychiatre traitant et devant le refus de la patiente de collaborer (deux rendez-vous ratés), je ne puis que m'exclure de cette démarche.

Car la seule séance avec la patiente n'a pas suffi au rétablissement d'un dialogue constructif et de confiance.

Je regrette de ne pas pouvoir vous adresser de rapport plus complet et vous prie de recevoir, Madame et chère Consoeur, l'expression de mes sentiments distingués."

Le rapport médical du 22 novembre 2007 des Drs V._____, chef de clinique et M._____, médecin assistant du Service de psychiatrie de liaison du [...], avait la teneur suivante:

"Motif de la consultation:

Evaluation psychiatrique et proposition d'orientation.

Éléments anamnestiques:

Il s'agit d'une patiente d'origine française, deuxième d'une fratrie de quatre. Son père a été [...], décédé quand elle avait 24 ans. Elle décrit une enfance heureuse, une bonne relation avec ses parents. Elle signale un épisode de possible abus sexuel de la part de son frère aîné de 7 ans alors qu'elle avait elle-même environ 8 ans, qu'elle ne considère pas comme ayant été traumatisant. Sa scolarité s'est déroulée sans particularité. Vers 15 ans, elle a connu le père de son fils et s'est mariée avec lui à l'âge de 20 ans. Celui-ci aurait été violent physiquement mais surtout psychologiquement envers elle. Elle est restée huit ans avec lui étant séparée depuis six ans. Elle a occupé une place d'employée à l'Etat de [...]. Ayant cessé de travailler en 2005 pour des motifs psychologiques, ne se sentant pas capable de travailler à plus de 30%, elle vit actuellement d'une rente d'invalidité temporaire qui s'avère insuffisante, la patiente ayant contracté de nombreuses dettes. Peu motivée par son stage actuel de trois mois, en raison d'une saisie importante sur son salaire, ses revenus ne sont pas plus importants qu'avec sa rente d'invalidité. Elle vit actuellement dans une ferme avec son ami foreur, qu'elle connaît depuis 6 mois, son fils âgé de 19 ans, sans emploi et l'amie de ce dernier.

D'un point de vue psychiatrique, on relève trois antécédents d'abus médicamenteux sans intention suicidaire claire, dont le dernier remonterait à 2006, elle avait alors été vue par notre service. Des antécédents francs de dépression majeure répondant aux critères du DSM-IV [4^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 1994] ne sont pas à exclure mais ne peuvent être affirmés, Mme W._____ peinant à décrire avec précision ses symptômes et les anciens rapports n'étant pas explicites à ce sujet. Nous ne disposons pas de plus d'éléments qui permettraient d'appuyer la présence d'un trouble bipolaire.

Elle présente par ailleurs des troubles alimentaires avec une variation pondérale importante ayant pris du poids jusqu'à 130 kg. Puis, un anneau gastrique lui a permis de passer à 62 kg, reprenant du poids depuis 2007. Elle décrit lors de l'adolescence des épisodes d'auto-agressivité en cas de contrariété. Depuis quelques semaines elle signale une recrudescence de crises d'angoisse (oppression

thoracique, nausées, pleurs incontrôlables, impression d'étouffement, vertiges) souvent sans facteur déclenchant particulier non associées à une agoraphobie. Elle se décrit comme habituellement très sociable mais se serait coupée de son entourage, n'ayant plus de suivi psychiatrique, assuré par la Dresse A. _____ de 2005-2006, car elle ne payait pas ses factures. Elle était alors sous Efexor 300 mg et Entumine ¼ de cpr de 20mg. Depuis quelques jours une amie lui a donné du Xanax 1 mg et 0,25 mg qu'elle prend en cas d'anxiété. Ces manifestations anxieuses seraient d'intensité croissante depuis quelques semaines.

La Dresse A. _____ qui a réalisé une première évaluation qui concluait à un fonctionnement de type état limite et suggérait la mise en place d'une tutelle. La patiente a en effet contracté environ CHF 35'000.- en raison de factures impayées et de dépenses parfois impulsives. Au vu de ce contexte, vous nous demandez une évaluation psychiatrique et des propositions thérapeutiques.

Status:

Il s'agit d'une femme de 40 ans faisant son âge, obèse, orientée aux quatre modes et vigilante, à la tenue et à l'hygiène soignées, légèrement provocante. On constate une collaboration passive, une certaine nonchalance dans le contact, une attitude souvent revendicative sans tristesse ni anxiété apparente. On ne relève pas de ralentissement psychomoteur. Ses affects sont neutres ce qui contraste avec ses propos affirmant être déprimée et anxieuse. Elle décrit des troubles du sommeil légers à type d'insomnie d'endormissement ainsi que des cauchemars fréquents. Mme W. _____ ne présente pas d'anhédonie (elle aime manger, cuisiner, monter à cheval) ni d'aboulie si ce n'est dans le domaine professionnel. On ne relève pas de troubles de la concentration ni de variation pondérale récente hormis celle liée au desserrage de son anneau gastrique. Elle nie toute idée noire ou idée suicidaire mais évoque un sentiment de lassitude fréquent, parfois de culpabilité. On ne constate pas de symptômes psychotiques florides, qu'il s'agisse de délire, de troubles perceptifs, du cours ou du contenu de la pensée. Elle évoque un sentiment chronique de vide, un vécu abandonnique, et se montre facilement déçue ou trahie par les autres. Globalement, son contact est peu authentique et caractérisé par une absence de capacité d'introspection, des propos plaqués, quelques traits passifs agressifs ainsi qu'une grande ambivalence et une tendance à idéaliser le passé.

Hypothèse-Diagnostic:

- Trouble de la personnalité de type borderline (F 60.31)
- Trouble panique sans agoraphobie (F 41.0)

Discussion:

Nous avons convenu avec Mme W. _____ d'une évaluation en quatre séances, de la réalisation de tests projectifs et d'un entretien avec une assistante sociale. Après avoir peiné à accepter la séparation entre le rôle d'investigateur et de thérapeute, la patiente demandant un arrêt de travail ou un traitement médicamenteux alors même qu'elle s'auto-médique de façon efficace, elle s'est montrée collaborante. Nous avons abordé le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline qu'elle a bien accepté. Se retrouvant largement dans les critères permettant d'apporter un certain éclairage à ses comportements et modalités relationnelles. Ce diagnostic a été appuyé par des tests projectifs concluant à un "aménagement de personnalité de niveau état limite organisé principalement autour du besoin de dépendance et d'une angoisse

anaclitique massive". Une évaluation sociale a permis de clarifier la situation, Mme W._____ envisageant une faillite personnelle d'ici juin 2008 afin d'assainir ses finances. L'éventualité d'une mesure tutélaire pourra être réévaluée en cas d'échec.

Au vu du diagnostic et des souhaits de prise en charge de la patiente, nous avons remis à Mme W._____ informée des enjeux liés à ses troubles, la liste des psychiatres installés afin d'entamer un suivi ambulatoire voire une psychothérapie."

Le 23 novembre 2007, le Dr R._____, médecin cantonal adjoint, a écrit qu'au vu des informations médicales en sa possession, elle estimait justifié d'accorder à l'assurée des prestations selon l'art. 54 LCP (loi sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, RSV 172.43), à un taux de 50% à la date proposée par le service employeur.

Dans un rapport médical du 25 novembre 2008, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (médecin traitant depuis septembre 2008), a évalué que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors était exigible à 50%. Il a mentionné qu'en cas de rechute dépressive, la capacité de travail pouvait tomber à 0% ainsi que cela était le cas à compter de septembre 2008. Ainsi, une fois qu'un projet de réinsertion professionnelle adéquat aurait été déterminé, l'activité professionnelle pouvait être reprise à 50%.

Selon le rapport d'examen clinique psychiatrique du 13 février 2009 rédigé par le Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du service médical Suisse romande (SMR), il ressortait les diagnostics et conclusions suivantes:

" DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun sur le plan psychiatrique

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Personnalité émotionnellement labile non décompensée (F 60.31)
- Troubles paniques (F 41.0)

APPRECIATION DU CAS

Assurée de 41 ans, divorcée et mère d'un enfant, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce et a travaillé comme employée d'administration à l'Etat de [...] depuis 1999. Est en IT [incapacité de travail] depuis 2005, dépose une demande AI en date du 19.10.07.

L'examen clinique SMR met en évidence:

- Une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec une thymie bonne, sans irritabilité ni

tristesse, ruminations existentielles sans idée noire, sans anhédonie, sans repli sur elle-même, sans trouble de concentration pendant l'entretien avec fatigabilité anamnétique, sans perte d'estime d'elle-même.

Le tableau est particulier de part sa fluctuation avec à raison de 60% du temps des moments où elle se sent moins bien, se repose, s'occupe de ses animaux, se sent négative et à raison de 40% du temps, des moments où elle entreprend des démarches pour le travail, s'occupe de sa maison, apprécie de jardiner et de cuisiner.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne ce qui est le cas de notre assurée.

- L'examen retrouve aussi des éléments en faveur de traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduisant à des crises émotionnelles, ces traits de personnalités n'en constituent pas pour autant un trouble de personnalité.

A ce sujet et sauf erreur de notre part, l'ensemble du dossier AI comprend un certain nombre de rapports médicaux:

1. En date du 27.11.07, un rapport médical de la Dresse A. _____ qui envisage comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire (F 32.2) et précise dans le paragraphe constatations objectives : symptomatologie dépressive franche, pas de signe de décompensation psychique. Elle frappe par son vide psychique et un fonctionnement borderline de personnalité.

Nous prenons bonne note qu'il n'y a pas de signe de décompensation. Il est à noter, aussi, qu'aucun élément ne permet d'envisager un trouble affectif bipolaire en particulier il n'est pas fait mention anamnétique d'un état d'excitation hypomane ou maniaque.

2. Un rapport médical en date du 14.10.05 sous la signature du Dr C. _____ du Département Psychiatrique du [...] envisage un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, motivant une incapacité de travail à 100% du 16 au 30.09.05.

3. Un rapport médical en date du 22.11.07 sous la signature du Dr V. _____, chef de Clinique du Département de Psychiatrie du [...] qui envisage après consilium un diagnostic de trouble de personnalité type borderline (F 60.31), troubles paniques sans agoraphobie. Ce rapport médical n'envisage pas la répercussion des diagnostics sur la capacité de travail.

4. Enfin un rapport médical du Dr P. _____, en date du 25.11.08 envisageant comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), trouble panique avec agoraphobie (F 40.0), trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31).

Dans le cadre de la discussion des diagnostics proposés dans ces différents rapports médicaux, il nous paraît important de souligner:

- Que le rapport médical en date du 27.11.07 de la Dresse A. _____, précise en page 2:

"au chapitre constatations objectives: pas de symptomatologie dépressive franche, pas de signe de décompensation psychotique". Nous prenons bonne note qu'il n'y a pas de signe de décompensation. Il est à noter, aussi, qu'aucun élément CIM-10 (classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) ne permet d'envisager un trouble affectif bipolaire en particulier il n'est pas fait mention anamnétique d'un état d'excitation hypomane ou maniaque.

- Le rapport médical du [...] (Dpt de Psychiatrie sous la signature du Dr V. _____, mandaté pour une évaluation psychiatrique) ne retient pas de trouble dépressif et envisage comme diagnostic: trouble de personnalité type borderline (F 60.31), trouble panique sans agoraphobie (F 41.0). Ce rapport médical n'envisage pas la répercussion des diagnostics sur la capacité de travail et ne précise pas l'intensité des troubles.

- En date du 25 novembre 2008, le Dr P. _____, dans son rapport médical évoque au paragraphe 1.4 sous le chapitre indications subjectives par le patient/constat objectif:

"versant dépressif, pleurs. Fatigue. Ralentissement idéomoteur. Problème de concentration.". Nous ne retrouvons l'entier des éléments d'un épisode actuel moyen d'un trouble dépressif récurrent.

- Pour ce qui concerne le trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline, aucun des rapports médicaux ne précise l'intégralité des critères symptômes d'un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline décompensé ayant une valeur incapacitante; la Dresse A. _____ envisage essentiellement un fonctionnement borderline de la personnalité, ce qui nous oriente plus probablement vers une structure de personnalité borderline et non un trouble de personnalité décompensé ayant valeur incapacitante.

- Enfin pour ce qui concerne les troubles paniques, le Dr P. _____ ne précise pas l'intensité du trouble panique et lors de notre examen clinique SMR, selon les critères CIM-10, le trouble de panique ne peut être étalonné que comme d'intensité légère, c'est-à-dire n'ayant pas de valeur incapacitante.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladies psychiatriques ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible,

dans l'activité habituelle, 100% sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée 100% sur le plan psychiatrique.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: 100%

Dans une activité adaptée: 100% Depuis toujours"

Par projet de décision du 24 février 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a préavisé dans le sens du rejet de la demande de prestations.

Le rapport médical du 12 mars 2009 du Dr P. _____ adressé à la Dresse E. _____, médecin chef du SMR, avait la teneur suivante:

"Madame,

Nous aimerions attirer votre attention sur le rapport SMR concernant notre patiente susmentionnée, rédigé par le Docteur S. _____ le 4 [recte:13] février 2009.

En effet, de toute évidence, ce rapport est incomplet en omettant de tenir compte de plusieurs éléments d'importance capitale, présents dans le dossier AI:

1. Dans un rapport du 14 octobre 2005, les Docteurs C. _____ et Q. _____ retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode sévère sans symptôme psychotique.

Ces médecins précisent que Madame W. _____ souffre d'une "symptomatologie dépressive invalidante, ayant motivé une longue période d'arrêt de travail" et qu'elle a décompensé malgré une reprise de travail progressive à un taux de 50%.

Ils estiment que cette personne n'a pas les ressources nécessaires pour assumer une activité professionnelle suivie à un taux de 100% et lui ont indiqué "qu'une longue période d'incapacité poserait la question de signaler la situation à l'AI".

2. Dans un rapport du 11 décembre 2006, la Doctoresse A. _____ estime que Madame W. _____ sera apte à assumer un taux de travail de 40% à moyen terme et 60% à long terme. A ce moment, la Doctoresse A. _____ voit la patiente lorsqu'elle se trouve en plein épisode dépressif sévère.

3. Dans un rapport du 19 juin 2007, Monsieur I. _____, directeur d' [...] Vaud, ainsi que Madame H. _____, conseillère [...], qui ont suivi Madame W. _____ et qui ont établi un bilan socio-professionnel à l'issue de différents stages, relèvent également qu'elle a de nombreuses qualités mais que ses limitations sur le plan professionnel sont étroitement liées à ses problèmes de santé et surtout à une forte sensibilité au stress.

4. Dans un rapport du 15 septembre 2007, la Doctoresse A. _____ avance que Madame W. _____ tend à idéaliser ses relations et sa situation socio familiale et qu'elle minimise ses problèmes. Cela peut donc biaiser l'image que l'on se fait d'elle dans un premier temps. Les difficultés qu'elle traverse ainsi que ses troubles psychiques n'apparaissent pas d'emblée de façon importante lorsqu'on la rencontre. Nous craignons que l'impression du Docteur S. _____ ne soit pas fidèle aux réels problèmes de Madame W. _____.

En outre, la Doctoresse A. _____ insiste sur le fait que déjà à cette époque, le trouble de la personnalité et la pathologie psychiatrique dont souffre cette personne entraînaient depuis plusieurs années une "détérioration progressive de sa situation personnelle, professionnelle et sociale". Elle met en avant le fait que Madame W. _____ présente une fragilité psychique pouvant s'effondrer sous la moindre pression extérieure, par exemple un taux de travail trop élevé.

5. Dans un rapport du 11 octobre 2007, la Doctoresse R. _____, spécialiste en médecine du travail, souligne la difficulté d'une réinsertion professionnelle de cette patiente. Elle relève également les diagnostics d'antécédents de décompensations dépressives avec tentamen en 2006,

6. Dans un rapport du 12 novembre 2007, la Doctoresse R. _____ relève que Madame W. _____ est, à cette époque, apte à travailler à un taux de 30% dans le cadre d'une fonction administrative.

7. Dans un rapport du 23 novembre 2007, la Doctoresse R. _____ estime qu'il est justifié d'accorder à la patiente des prestations de la caisse de compensation à un taux de 50 % et signale une incapacité durable de travail. Elle reconnaît par là une incapacité de travail durable chez cette patiente.

8. Il existe donc un consensus médical quant à l'évaluation d'une incapacité de travail au long cours de 50% dont le Docteur S. _____ est le seul à s'écarter, lorsqu'il précise à la page 5 que son examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure.

Malgré le travail du Docteur S. _____, il nous semble que son rapport reflète de manière incorrecte la situation de Madame W. _____, et cela pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'examen SMR donne une vision photographique instantanée de la patiente, vision qui ne tient pas compte de l'évolution de sa maladie dans la durée.

Il est important de souligner que Madame W. _____ est au chômage depuis le 1^{er} avril 2008.

Son traitement dans notre cabinet a débuté le 13 octobre 2008. A cette période, elle traversait un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, diagnostiqué déjà en 2005 par le Docteur C. _____. En effet, elle présentait une humeur dépressive se traduisant par des pleurs et une profonde tristesse, une anhédonie (elle ne prenait plus plaisir à rien, même à s'occuper de ses animaux, ce qui constitue sa plus grande passion), des troubles du sommeil (elle ne parvenait plus à s'endormir à cause d'incessantes ruminations), un ralentissement idéo-moteur que nous avons pu objectiver dès notre première rencontre, et une importante fatigue jugée comme handicapante par la patiente. Elle nous a fait part d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son fils et de son compagnon. Elle souffrait et souffre encore actuellement d'un important manque d'estime d'elle-même. En effet, elle a le sentiment d' "être une ratée" et nous dit qu'elle évite de croiser le regard de personnes qu'elle connaît pour cette raison. Finalement, il est à relever que Madame W. _____ présente un potentiel suicidaire élevé; le suicide constitue, à ses yeux, une solution pour régler ses problèmes, comme le démontre son passé. C'est au fil de nos rencontres que nous avons pu nous rendre compte de la présence de ces différents symptômes, même si certains nous sont apparus dès les premières séances. Il nous semble difficile d'envisager que le Docteur S. _____ ait pu se faire une image fidèle de notre patiente au cours d'une seule rencontre.

En ce qui concerne le trouble de personnalité borderline dont souffre Madame W. _____, il est clair que cette dernière répond aux critères du DSM-IV. Madame W. _____ est prête à mettre son couple en danger ainsi qu'à risquer sa santé pour éviter des conflits avec son fils, conflits synonymes d'abandon pour elle. Elle nouait un profond sentiment de culpabilité à l'égard de son fils en raison de son attitude passée vis-à-vis de lui. Son rapport tumultueux aux

hommes illustre parfaitement un mode de relation alternant entre un surinvestissement relationnel et un désintérêt total. Elle ne parvient pas à instaurer des relations stables avec son entourage. Madame W. _____ a fréquemment évoqué, au début de son suivi, des crises de boulimie pour combler un vide intérieur ou pour faire face à un mal-être existentiel, ce qui illustre une impulsivité chez elle. Dans le cadre de son traitement, nous avons été amenés à rencontrer son compagnon afin d'aborder l'instabilité affective de la patiente; effectivement, cette dernière est fréquemment sujette à des sauts d'humeur dont elle ne saisit pas le sens et qui ont des répercussions négatives sur la relation de son couple. Il semble que le médecin du SMR n'a pas été en mesure de saisir l'ensemble du tableau symptomatologique. L'anamnèse et l'observation clinique sont incomplètes, mais nous reviendrons sur ce point plus bas.

Lorsque Madame W. _____ est venue nous consulter, la raison première était des crises d'angoisse, finalement diagnostiquées comme un trouble panique avec agoraphobie. A ce moment, elle était angoissée et effrayée par ces paniques à tel point qu'elle en était paralysée. Grâce à un traitement médicamenteux et psychothérapique adapté, et surtout l'aménagement de l'environnement socioprofessionnel dans lequel elle évolue, ses crises ont diminué en fréquence. Cela fait quelques temps qu'elle n'a plus souffert de ces angoisses.

Le Docteur S. _____ a rencontré Madame W. _____ à un moment où elle ne travaillait plus depuis une année déjà et où son état s'est stabilisé, il n'a donc pas pu être témoin de ce trouble panique, ni d'un épisode dépressif sévère par ailleurs. Il est à noter qu'un trouble de la personnalité de type borderline ne se manifeste pas constamment de façon démonstrative, et que les circonstances de vie ainsi que l'environnement ont un impact important sur ses manifestations.

Nous nous étonnons que le Docteur S. _____ n'ait pas pris en compte le fait que Madame W. _____ ne travaille pas depuis bientôt une année, dans l'évaluation de son état de santé psychique et de sa capacité de travail. Effectivement, Madame W. _____ se porte mieux depuis deux mois, mais son état psychique demeure très fragile et dépendant du niveau de stress pesant sur ses épaules. Nous tenons à rapporter ici certains éléments de notre conversation téléphonique avec Monsieur X. _____, conseiller [...] de Madame W. _____. En 2008, lors de son stage à la [...], Madame W. _____ n'a pas supporté plus de quelques mois le passage d'un taux de travail de 40% à 60% avant de présenter une nouvelle décompensation dépressive.

Deuxièmement, l'anamnèse effectuée par le médecin du SMR nous semble incomplète. De nombreux éléments anamnestiques cruciaux pour la compréhension du cas de cette patiente ne figurent pas dans le rapport SMR.

En premier lieu, le Docteur S. _____ dit que l'enfance de notre patiente fut " belle". Il ne semble pas avoir pris connaissance des abus dont a souffert Madame W. _____ lorsqu'elle était âgée de sept ans. Il est clair que de tels faits ont de profondes répercussions sur le développement psychoaffectif et sur la personnalité d'un individu.

En deuxième lieu, le Docteur S. _____ évoque brièvement la relation de Madame W. _____ avec un homme d'origine kosovare. Cette relation constitue l'un des événements les plus marquants de la vie de notre patiente, relation qui influence encore aujourd'hui ses

rapports aux hommes. Pour ne donner qu'un exemple, cette dernière s'est mariée avec le frère de cet homme par peur de l'abandon et parce qu'il le lui a demandé. Ce dysfonctionnement comportemental grave nous paraît être une bonne illustration du mode d'interaction sociale problématique qui caractérise Madame W._____. En outre, cette relation a été marquée par une violence conjugale très importante, tant sur le plan psychologique que physique. Le fait qu'elle soit restée auprès d'un homme si dangereux pour son intégrité évoque des comportements masochistes, et souligne la difficulté de Madame W._____ à prendre soin d'elle-même. Dans le cadre professionnel, son attitude est similaire: Elle s'investit et prend sur elle jusqu'à l'effondrement. En troisième lieu, il est frappant que le Docteur S._____ n'ait pas fait état des efforts de réintégration professionnelle de la patiente ainsi que de l'important travail des spécialistes de réinsertion de l'état de [...]. En effet, cette patiente a effectué différents stages ainsi que des démarches pour retrouver un travail adapté à ses capacités. Ces tentatives de réinsertion ont abouti au constat d'une incapacité de 50%, constat fait par le médecin cantonal. En dernier lieu, nous tenons à relever que le Docteur S._____ n'a pas mis évidence dans son rapport l'importance de l'impact qu'a eu le décès du père de l'assurée sur son état psychique. Il nous semble que cette perte constitue un élément crucial dans la compréhension de ce cas, ce que le médecin du SMR ne paraît pas apprécier à sa juste valeur. Il est à noter que le père de Madame W._____ est mort sous ses yeux et qu'elle a vu les secours tenter de le réanimer en vain durant plusieurs minutes. Elle raconte ce moment comme un événement profondément traumatisant. Par ailleurs, nous ne comprenons pas d'où provient la notion de décompensation dans le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline. A notre connaissance, il ne figure ni dans la CIM-10 ni dans le DSM-IV. Nous sommes intéressés à ce que le Docteur S._____ nous en explique la signification. Il nous semble que les troubles de la personnalité se manifestent essentiellement au travers de comportements et expriment une organisation de personnalité exacerbée qui a pour conséquence la répétition de situations d'échecs et de nombreux dysfonctionnements tant professionnels que sociaux. Ceci laisse penser que le patient ne se plaint pas de souffrir d'un trouble de la personnalité comme il exprimerait une souffrance liée à un trouble dépressif. Ce n'est donc que dans la durée qu'il est possible d'identifier un tel trouble si le sujet n'est pas conscient des comportements qui en découlent et qui ne peut donc pas les exprimer lors d'une investigation anamnestique. Nous avons vu notre patiente suite à l'examen SMR. Lorsqu'elle a reçu le courrier de l'Al dans lequel on lui annonçait qu'elle ne toucherait pas de rente et surtout qu'on a jugé qu'elle est capable de travailler à 100%, elle s'est effondrée. Les angoisses sont revenues. Sachant qu'elle ne pourrait jamais supporter un taux de travail de 100%, elle s'est dit qu'elle allait "resombrer et que la vie ne valait donc pas la peine d'être vécue ". Il nous semble important de rapporter cela dans notre rapport afin d'illustrer le trouble de personnalité borderline de Madame W._____. Nous nous tenons à votre entière disposition pour compléter notre rapport Al du 25.11.2008 ainsi que pour défendre notre avis selon lequel l'assurée n'est capable de travailler qu'à un taux de 50% lorsqu'elle ne traverse pas d'épisode dépressif."

Dans un courrier du 8 avril 2009, le conseil de l'assurée a contesté la crédibilité du rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 13 février 2009 par le Dr S. _____ (SMR), ceci en se fondant sur le rapport médical précité du Dr P. _____.

Dans un avis médical SMR du 6 mai 2009 établi par le Dr S. _____ et co-signé par la Dresse E. _____, le rapport du 12 mars 2009 du Dr P. _____ a été apprécié en ces termes:

"1. Dans leur rapport du 14.10.2005, les Dr C. _____ et Q. _____ envisagent une incapacité temporaire du 16 au 30.09.2005, avec pronostic d'IT à 50% à court et moyen terme pour Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique.

La récurrence n'est pas établie et repose, selon ce rapport, sur un épisode anxio-dépressif en 2004 - non coté CIM-10 - (voir dossier Etat de [...]).

2. Le dossier contient 4 rapports du Dr A. _____, psychiatre, du Dr R. _____, ainsi qu'un rapport de cette psychiatre pour l'AI. Dans son 1^{er} rapport du 02.12.05, le Dr A. _____ mentionne un trouble de l'humeur de type bipolaire, épisode actuel dépressif, un suivi antérieur par le Dr J. _____ de 1998 à 2004 puis par la psychiatrie de liaison au [...], ainsi qu'une capacité de travail de 30% dès le 01.12.05, de 40% dès 3 à 6 mois plus tard (moyen terme) et de 80% dès 1 an ou plus (long terme). Quatre mois plus tard, une rémission partielle est annoncée avec une capacité de 40% comme prévu, avec à long terme une CT de 60 à 80%. Dans son rapport suivant (08.12.06), le Dr A. _____ indique un tentamen en octobre 2006, avec reprise progressive du travail le 13.11.06 et capacité de travail atteignant 60% le 27.11.06; la psychiatre signale l'irrégularité des consultations (Mme W. _____ a cessé son traitement le 17 mai 06 puis n'est revenue qu'une fois, le 8 novembre). Dans sa lettre du 15.09.07 au Dr R. _____, le Dr A. _____ déplore à nouveau les rendez-vous manqués et signale l'arrêt du traitement par la patiente, qu'elle indique aller mieux, ayant un nouveau compagnon. Elle relève un fonctionnement borderline, une situation psychiatrique relativement compensée, une difficulté notamment à gérer ses affaires avec un endettement important.

Dans son rapport pour l'AI, le Dr A. _____ précise qu'elle n'a pas revu cette patiente depuis novembre 2006 (suivi total du 04.10.05 au 08.11.06). Elle écrit que la capacité de travail pourrait atteindre 50 à 80%, ceci dès septembre 2007.

Contrairement à ce qu'écrit le Dr P. _____, le Dr A. _____, dans son rapport de déc. 2006, indique que la CT est de 60% dès le 27.11.06 (donc déjà en vigueur) et ne se prononce pas sur le long terme. Dans tous les autres rapports de cette psychiatre, la CT à long terme est estimée pouvoir atteindre 80%.

3. Le Dr P. _____ fait référence à un rapport qui n'est pas établi par des médecins.

4. Le rapport du 15.09.2007 précise, en page 2: Sur le plan clinique, on peut parler d'un fonctionnement borderline de personnalité qui lutte contre la dépression en recherchant des relations anaclitiques

et idéalisées [...]. Cette patiente présente un trouble de la personnalité et une pathologie psychiatrique actuellement relativement compensés, mais qui en soi entraînent depuis trois ans une détérioration progressive de sa situation personnelle, professionnelle et sociale. Il n'y a pas ici d'argument médical évoquant une pathologie durablement incapacitante et d'une importance telle que l'on ne puisse exiger, de l'assurée, qu'elle se mobilise (notamment en respectant ses rendez-vous et en n'interrompant pas son traitement) et fasse l'effort de reprendre son travail. Dans ce rapport, le Dr A. _____ précise aussi que le risque de décompensation existe car il n'y a pas de cadre thérapeutique, pas de médication ni aide pratique pour la gestion du budget.

Le Dr P. _____ a fait la connaissance de Mme W. _____ le 1^{er} octobre 2008 (cf. sa lettre à l'OAI du 20.10.08) ou le 13 octobre (sa lettre du 12.03.09), soit au maximum 4 mois avant l'examen au SMR. Dans sa lettre au SMR du 12 mars 2009, il est dit au bas de la p. 3 que cela fait quelque temps qu'elle n'a plus souffert de ces angoisses puis, au haut de la p. 4, il écrit que l'assurée se porte mieux depuis 2 mois (soit dès mi-janvier), confirmant l'efficacité rapide d'une prise en charge suivie.

5. Dans le rapport du 11.10.2007 cité sous ce chiffre par le Dr P. _____, le Dr R. _____ écrit:

"Un nouveau bilan chez la Dresse A. _____, à la charge financière de la Santé publique (antécédents de difficultés à régler les honoraires), a été demandé. Ce bilan n'a malheureusement pas permis d'éclaircir significativement la situation. Actuellement, la Dresse A. _____ parle davantage de fonctionnement borderline."

Les points 6 et 7 concernent l'appréciation du Dr R. _____ en tant que médecin d'entreprise (Etat de [...]), et non en tant que médecin cantonal adjoint; l'Al n'est pas tenue de partager cet avis.

8. Comme discuté au point 2, il n'y a pas de consensus parmi les thérapeutes sur la capacité de travail que l'on peut attendre de l'assurée avec une prise en charge. D'autre part, les médecins du SMR tiennent compte, dans leur appréciation, de la notion d'exigibilité.

Par ailleurs le Docteur P. _____ explique que l'examen SMR reflète de manière incorrecte la situation de Mme W. _____. Il estime que l'examen SMR donne une vision photographique instantanée de la patiente. C'est ne pas tenir compte de l'éclairage sur l'évolution de la maladie via les documents médicaux du dossier, notamment les 5 rapports de Mme Dr A. _____ qui a assumé un suivi de 13 mois, le plus long au sujet duquel nous disposons de renseignements. La lecture de ces rapports indique par exemple que l'épisode dépressif sévère que le Dr P. _____ relève en haut de p. 3 n'est pas un continuum de celui rapporté par le Dr C. _____ en 2005, comme sa phrase le laisse entendre. A relever que, au moment de l'examen clinique au SMR, le Dr P. _____ ne connaît sa patiente que depuis moins de 4 mois. Il nous indique une amélioration, qui explique qu'il ne persiste qu'un tableau cicatriciel de dysthymie lors de l'examen au SMR.

Le diagnostic de Personnalité borderline au sens de la DSM-III ne fait pas de doute mais n'a pas, en soi, de répercussion sur la capacité de travail. Il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. A ce sujet nous pouvons préciser, d'un point de vue général de terminologie:

- que, concernant le sens du mot trouble, la CIM-10 dit, en page 4 : Bien qu'il pose problème, le terme trouble est utilisé

systématiquement dans la classification. Le recours à d'autres termes, tels que celui d'affection ou de maladie aurait en effet soulevé des problèmes encore plus importants. Le terme de trouble n'est pas un terme précis; dans la CIM-10, il indique simplement la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel. Selon la définition donnée ici, une conduite sociale déviante ou conflictuelle, non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental.

- et qu'il est dit dans le DSM-IV, en page 790: Les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement. La caractéristique essentielle d'un trouble de la personnalité est d'être une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants. La cognition, le fonctionnement interpersonnel, l'affectivité ou le contrôle des impulsions.

Dans le cas particulier de cette assurée, nous estimons que la notion de durabilité est absente pour reconnaître un trouble. A titre d'exemple, la fidélité à l'employeur — Etat de [...] depuis 1991 — n'existe pas en cas de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline.

Concernant les traumatismes vécus par Mme W. _____ dans son enfance (abus sexuels), Mme Dr A. _____, qui a suivi l'assuré pendant 13 mois, relate une enfance heureuse. Si cette spécialiste n'a pas eu connaissance de ces abus, on ne saurait s'étonner que le psychiatre du SMR ne l'ait pas su non plus. Le contexte d'examen pour une assurance est peu propice à recueillir des informations intimes (même s'il est arrivé qu'une ou deux assurées aient confié pour la première fois avoir été abusées lors de leur examen au SMR).

Au sujet de la relation affective évoquée par le Docteur P. _____ en milieu de page 4, il est à souligner que cette affaire sentimentale n'a pas eu de répercussion sur la capacité de travail, l'assurée travaillant à plein-temps à l'époque. De manière générale, l'histoire de l'assurée montre que ce sont les perturbations de sa vie privée qui posent problème, non des difficultés professionnelles. Ça n'est donc vraisemblablement pas l'arrêt de travail qui est déterminant sur l'évolution favorable, mais bien la prise en charge médicale, une vie privée davantage satisfaisante et une certaine sécurité grâce à une demi- rente de la CPEV [Caisse de pension du personnel de l'Etat de [...]] et à des allocations chômage pour l'autre 50%.

Les autres remarques ont déjà trouvé réponses ou concernent des éléments de la psychogenèse ou du contexte; pour l'AI, seules comptent les constatations objectives.

Le Dr P. _____ nous interpelle sur la notion de décompensation dans le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline. Ça n'est pas une particularité du SMR; le Dr A. _____ la connaît puisqu'elle en parle dans certains rapports. Nous renvoyons le Dr P. _____ au Manuel bien connu de psychiatrie des Drs Ey, Bernard

et Brisset, à la p. 122, chapitre II intitulé Séméiologie des troubles de la personnalité, on lit: Comme nous l'avons vu dans "les éléments de psychologie" et selon les exigences de la clinique, il y a lieu de considérer que le système de la personnalité peut subir des altérations qui contrastent par leur permanence avec les modifications pathologiques de l'expérience actuelle. On peut même dire que les problèmes de diagnostic et de pronostic psychiatrique exigent cette perspective [...] car se poser ces questions fondamentales en clinique psychiatrique c'est fatalement poser en droit comme en fait que ni la séméiologie du comportement ni la séméiologie de la vie psychique actuelle n'exprime toute la séméiologie des maladies mentales. Il reste en effet la nécessité de saisir les symptômes qui sous leur forme chronique de déséquilibre, d'altération, d'aliénation ou de la déchéance de la personnalité manifestent les agénésies ou des bouleversements du système même de la personnalité. Relevons que le terme "décompensation" est tiré du vocabulaire de la médecine organique pour désigner des maladies ou troubles qui peuvent être pendant un certain temps "compensés" : c'est-à-dire qu'ils existent potentiellement, mais que leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas du fait de défenses, de ressources qui les équilibrent. Quand cet équilibre est rompu, le trouble va se manifester, il ne sera plus "compensé" par autre chose, la maladie sera dite décompensée."

Dans une lettre adressée le 3 août 2009 au conseil de l'assurée, le Dr P. _____ s'est exprimé en ces termes:

"Voici quelques remarques concernant l'avis médical [SMR] du 6 mai 2009, dans l'ordre des points.

1. Il me semble que les médecins de l'AI font une lecture sélective du rapport cité. En effet, les médecins du [...] n'envisagent pas seulement une incapacité temporaire du 16 au 30 septembre 2005 avec pronostic d'incapacité de travail de 50 % à court et moyen terme.

Ils signalent bien une longue période d'arrêt de travail, et des rechutes malgré une reprise progressive à 50 %.

Ils précisent que la situation sera réévaluée au terme des deux semaines d'arrêt de travail complet en septembre 2005, ce qui ne veut pas dire que l'arrêt de travail se termine le 30 septembre 2005.

Ils signalent que Madame W. _____ a été en arrêt de travail en 2004 et en 2005 "sur quasiment la moitié de l'année".

Quant au pronostic, ils émettent déjà un pronostic à court et moyen terme de 50 %, évaluation qui me paraît réaliste, mais que l'AI conteste dans son appréciation récente.

En conclusion, le rapport des psychiatres du [...] est bien plus grave que ce que les lignes rapportées dans le document du 6 mai 2009 (et dans le rapport du SMR du 4 février 2009) ne laissent entendre.

Quant à la notion de récurrence, on peut penser qu'un épisode anxio-dépressif dont la sévérité entraîne un arrêt de travail conséquent, survenu en 2004, représente bien un premier épisode

dépressif significatif. De toute manière, cette notion doit être pondérée par l'évolution que nous connaissons, entre 2005 et 2009.

2. Sous point 2, les médecins du SMR rappellent différentes données et extraits des rapports de la Doctoresse A._____. Le but de cette démarche n'est pas clair. Il ressort des différentes appréciations de la Doctoresse A._____ que la capacité de travail de Madame W._____ était fortement réduite à plusieurs reprises. Des pronostics plus favorables sont émis, mais sont chaque fois contredits par l'évolution réelle, y compris durant la durée de la prise en charge chez la Doctoresse A._____.

Le rapport de la Doctoresse A._____ met en évidence de manière claire le dysfonctionnement au long cours de Madame W._____. J'ai le sentiment que les médecins de l'AI ne retiennent que les phrases qui ne traduisent pas ce dysfonctionnement. Il me semble inutile de recopier le rapport de la Doctoresse A._____ qui décrit clairement le fonctionnement typique d'une personnalité borderline sévère.

Enfin, précisons que la Doctoresse A._____ dans son rapport du 8 décembre 2006 précise bien une capacité de travail de 60 % depuis le 27 novembre 2006, donc déjà effective à la rédaction du rapport. Mais il ressort de ce même rapport que la Doctoresse A._____ n'a pas revu sa patiente depuis le 8 novembre, soit 20 jours avant l'augmentation prévue de la capacité de travail, ce qui fait que cette augmentation pronostiquée ne peut pas être considérée comme un fait établi. De surcroît, la Doctoresse A._____ n'avait pas revu sa patiente durant six mois avant ce rendez-vous du 8 novembre 2006.

3. Je ne peux que m'étonner que le SMR balaie un rapport d'une institution reconnue sur le plan de la réinsertion professionnelle et qui se prononce sur les aptitudes professionnelles d'une personne, simplement parce que le rapport n'est pas établi par des médecins. Les stages effectués dans les COPA (centre d'observation professionnelle de l'AI) perdraient tout leur sens et les observations des employeurs seraient disqualifiées par une telle attitude.

4. Les médecins du SMR citent un passage où les arguments médicaux manquent. Ils ne citent pas le reste du rapport qui grouille d'informations médicales claires et précises. Le dossier dans sa globalité fournit largement les informations médicales nécessaires pour l'appréciation de cette situation.

Ce n'est pas parce que je ne connaissais Madame W._____ que depuis peu de temps, lorsque j'ai rédigé mon premier rapport, que je ne pouvais pas me prononcer sur sa santé psychique et sa capacité de travail. Les éléments significatifs paraissent évidents sur la base de l'historique et des efforts mis en place précédemment pour préserver la capacité de travail résiduelle de cette personne. Il est vrai que toutes les démarches de reclassement entrepris par l'Etat de [...] sont apparemment ignorées par le SMR.

5. Je ne saisis pas ce que les médecins veulent souligner par ce paragraphe. A mon avis, ce point décrit encore une fois l'une des conséquences classiques d'un trouble de la personnalité borderline.

6. et 7. Je ne peux qu'être surpris que ces deux points soient encore une fois simplement balayés. Il est évident que l'AI est libre de partager les avis de qui elle veut. Mais cette manière de balayer et de disqualifier les rapports de la Doctoresse R._____, qui dispose d'une formation de médecine du travail, me paraît peu compréhensible et une divergence de vue mériterait une explication. Je signale que la Doctoresse R._____ était le médecin de référence

pour Madame W. _____, aussi sur le plan d'une relation de confiance, lorsqu'elle s'est adressée à mon cabinet.

8. Force est de constater qu'il n'y a pas de consensus médical dans cette affaire entre le SMR et les autres médecins, concernant l'existence d'une perte partielle de la capacité de travail. Tous les documents que j'ai vus vont dans le sens d'une limitation de la capacité de travail durable aux environs de 50 %, à l'exception du Dr S. _____ du SMR qui ne retient aucune diminution de la capacité de travail.

J'ai de la peine à saisir ce que les médecins du SMR veulent dire sous point 8, notamment lorsqu'ils affirment que le diagnostic de personnalité borderline ne fait pas de doute, pour ensuite dire qu'il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Madame W. _____ remplit clairement les critères CIM-10 de la personnalité émotionnellement labile type borderline. De surcroît, le dysfonctionnement professionnel et social est évident et la souffrance subjective est intense.

Si les médecins du SMR concluent que la notion de durabilité est assurée, parce que Madame W. _____ est restée fidèle à son employeur durant de nombreuses années, c'est qu'ils ignorent ce que l'Etat de [...] a apporté à Madame W. _____, comme reconnaissance, valorisation et soutien.

Paradoxalement, ils reprochent l'absence de constance à Madame W. _____ quant aux ruptures thérapeutiques (point 4 de leur avis), alors qu'il s'agit précisément d'une complication habituelle dans les situations de patients borderlines.

Il n'est pas question pour moi de faire au SMR le reproche de ne pas avoir pu recueillir des éléments anamnestiques encore inconnus. Par contre, je suis de l'avis que le SMR devrait intégrer de tels éléments par une prise de contact avec les médecins traitants. Ce n'est pas que ces éléments soient forcément nécessaires dans l'appréciation de la capacité de travail, mais dans le cas d'une personnalité borderline, il s'agit d'un événement anamnestique qui est souvent rapporté et qui permet de donner sens au dysfonctionnement relationnel et affectif.

Quant à la question des constatations objectives, rappelons qu'il n'est pas obligatoirement possible de constater un signe de maladie psychiatrique en direct, à un moment déterminé à l'avance. Dans le cas des personnalités borderline, par définition extrêmement mouvantes et fluctuantes, l'image observée dépend de la période, voire du moment dans la journée, et du contexte général. C'est l'anamnèse et l'historique selon le dossier qui permettent de vérifier si le tableau clinique recueilli est cohérent.

Ce serait une erreur grossière de croire que les médecins du SMR peuvent avoir une vision objective instantanée là où le médecin traitant a parfois besoin d'années pour voir clair.

Quant à la notion de décompensation d'un trouble de la personnalité, je me permets de vous renvoyer à mon courrier correspondant à la Doctoresse E. _____.

J'ajoute que le Dr S. _____ dans son rapport SMR du 4 [recte: 13] février 2009 ne fait aucune allusion aux démarches entreprises par les ressources humaines de l'Etat de [...] pour maintenir l'intégration professionnelle de Madame W. _____. Il semblerait qu'il n'était pas au courant de ces démarches. Par contre, il est surprenant que le SMR n'ait pas complété son investigation une fois clarifié que de telles démarches, infructueuses, ont eu lieu (cf. mon rapport du 12 mars 2009 dans lequel je souligne cet aspect).

Par ailleurs, il nous paraît important de relever que l'état de Madame W._____ s'est détérioré depuis le début du mois de mai 2009. Nous observons une rechute dépressive accompagnée d'une résurgence de crises d'angoisse. Les symptômes dépressifs suivants sont réapparus:

Pleurs, fatigabilité accrue, tristesse, sentiment d'incompétence, sentiment d'être submergée, frustration, cauchemars, pessimisme.

Il est à noter que Madame W._____ a débuté un stage IPT (Intégration pour tous) à 50% dans une pension [...] le 20 avril [2009], stage qui a pris fin au début du mois de juillet. La patiente nous a rapporté à plusieurs reprises que cette activité l'épuisait et qu'elle se sentait "à la limite de craquer". En outre, elle se plaint également de sa relation affective.

Selon nous, la situation illustre bien le fonctionnement psycho-relationnel et la problématique de Madame W._____ dans le cadre de son stage, elle a subi une pression et elle n'était plus habituée à soutenir le rythme d'une activité professionnelle.

Ce déséquilibre a dans un premier temps renforcé certains traits de personnalité émotionnellement labile. Cette aggravation du trouble de la personnalité a épuisé le peu de ressources dont disposait Madame W._____ et a provoqué la rechute dépressive. A partir de ce stade, un cercle vicieux s'installe et les deux troubles s'entretiennent mutuellement.

J'espère vous avoir ainsi fourni des éléments médicaux pour mieux apprécier cette situation sous l'angle juridique. Je suis volontiers à votre disposition pour toute information complémentaire."

Conformément à son projet, par décision du 9 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il indiquait qu'après examen du dossier, il avait été constaté que depuis 2005 l'assurée présentait des incapacités de travail à des taux et pour des durées variables. Consécutivement à l'examen clinique psychiatrique réalisé le 4 février 2009 par le SMR, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante de sorte qu'il n'existait aucune invalidité au sens de l'AI.

Dans une correspondance adressée le 10 juillet 2009 au conseil de l'assurée, l'OAI a souligné la pleine valeur probante du rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 13 février 2009, ce nonobstant les différentes critiques émises par le nouveau psychiatre traitant (le Dr P._____) et la position adoptée par l'institution de prévoyance professionnelle.

B. Le 8 septembre 2009, l'assurée recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre le refus de rente AI, concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il soit dit que sa capacité de travail est de 50%, la cause étant renvoyée à l'OAI

pour détermination du taux d'invalidité, de la rente correspondant à ce taux ainsi que de son point de départ. A titre de mesure d'instruction préalable, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par réponse du 26 octobre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours ainsi que le maintien de la décision litigieuse. L'intimé renvoie à un nouvel avis SMR du 15 octobre 2009 rédigé par le Dr S. _____ et co-signé par la Dresse E. _____, dont la teneur est la suivante:

"Le nouveau courrier du Dr P. _____, psychiatre traitant de l'assurée à l'adresse de Me Agier, avocat, en date du 03.08.09, nous est bien parvenu et a retenu toute notre attention. Nous constatons l'absence d'éléments médicaux nouveaux côtés CIM-10. En effet, ce courrier discute, sous forme d'un argumentaire critique, notre avis médical du 06.05.09 semblant parfois remettre en question des éléments de nosographie pourtant classique. Au bas de la page 4, le Dr P. _____ relève: "que l'état de Madame W. _____ s'est détérioré depuis le début du mois de mai (2009). Nous observons une rechute dépressive accompagnée d'une résurgence d'une crise d'angoisse". Le Dr P. _____ n'a pas recouru à la classification CIM-10 pour apprécier cette symptomatologie, en préciser l'évolution, le traitement et les limitations fonctionnelles qui permettraient de justifier l'incapacité de travail à 50% qu'il évoque."

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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues 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 le 8 septembre 2009 par W._____ contre la décision rendue le 9 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, décision que la recourante affirme n'avoir reçue que le 15 _____ juillet 2009 de sorte que compte tenu des feries d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable selon l'art. 1 al. 1 LAI) le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

2. 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2).

En l'espèce, est litigieuse la capacité de travail résiduelle de la recourante - celle-ci s'estimant incapable de travailler à 50%, tandis que l'office intimé considère qu'elle présente une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée -, respectivement son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente. Il

s'agit de déterminer si l'OAI était fondé à se contenter de l'examen clinique SMR ou si une expertise psychiatrique supplémentaire s'avérait nécessaire.

3. a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (pour la période antérieure, cf. art. 28 al. 1 de l'ancienne LAI), 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.

A teneur de l'art. 16 LPGA, 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, sur un marché du travail équilibré.

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. 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 261, consid. 4 et les références; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

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, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1 et 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 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 d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30

septembre 2008). 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, consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). 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 celle-ci (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI d'avoir pris sa décision de refus de prestation en se fondant sur les conclusions du rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 13 février 2009 alors que selon elle, il existerait une contradiction liée à l'appréciation médicale de son cas. Son nouveau psychiatre traitant, le Dr P._____ (cf. sa correspondance du 12 mars 2009 au SMR et ses lignes du 3 août 2009 adressées à Me Agier, Intégration handicap) se distance des conclusions du rapport d'examen SMR. Selon ce praticien, sa patiente présenterait un trouble psychiatrique justifiant une incapacité de travail et de gain, durable d'au minimum 50%. Vu ces divergences d'opinion, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire s'imposerait.

Reprochant aux médecins de l'AI une lecture sélective du rapport du 22 novembre 2007 des médecins du Service de psychiatrie de liaison du [...] (les Drs V._____ et M._____ le Dr P._____ occulte lui-même, dans ses remarques formulées vers la mi-mars 2009, le rapport médical précité. Il appert en effet que les deux spécialistes du [...] n'ont pas posé de diagnostic d'état dépressif. Seuls ont alors été retenus un trouble de la personnalité de type borderline (F 60.31) ainsi qu'un trouble panique sans agoraphobie (F 41.0). Les médecins du [...] décrivent même

que "ses affects sont neutres, ce qui contraste avec ses propos affirmant être déprimée et anxieuse".

S'agissant des rapports médicaux de la Dresse R. _____ auxquels le psychiatre traitant fait référence sous chiffres 5 à 7 de sa correspondance du 12 mars 2009 au SMR, dits rapports n'apparaissent pas suffisamment motivés en regard des règles de jurisprudence applicables (cf. consid. 3c supra). Si le rapport du 11 octobre 2007 énonce certains diagnostics, ces derniers ne le sont qu'au vu des constatations émanant d'un bilan de compétences datant du printemps 2007 tendant à l'établissement d'un programme de réinsertion, bilan élaboré entre la recourante et l'IPT. De surcroît, dans ce rapport, la Dresse R. _____ requiert - après avoir constaté qu'une évaluation de la situation fait défaut - du médecin adjoint du Service de psychiatrie de liaison du [...], un examen de la recourante. Dans cette mesure, le rapport médical du 11 octobre 2007 de la Dresse R. _____ ne saurait être retenu pour l'appréciation du cas d'espèce. Quant aux rapports rédigés les 12 et 23 novembre 2007 par la Dresse R. _____, ils ne font état d'aucun élément médical mais consistent en de "simples conclusions" adressées à la Caisse de pension, ceci dans le but d'établir le droit éventuel au versement de prestations de la prévoyance professionnelle. Aucun des rapports établis par la Dresse R. _____ auxquels le Dr P. _____ fait référence, n'apparaît en définitive pouvoir entrer en considération dans la procédure AI.

Selon rapport médical du 15 septembre 2007 à l'attention du médecin cantonal adjoint (à savoir, la Dresse R. _____), la Dresse A. _____, ancien psychiatre traitant ayant assuré un suivi thérapeutique d'une durée de treize mois, n'a pas mis en évidence - après une consultation du 30 août 2007 - de symptomatologie dépressive franche. Elle a relevé que la recourante présentait "un trouble de la personnalité et une pathologie psychiatrique actuellement relativement décompensés, mais qui en soi entraînent depuis trois ans une détérioration progressive de sa situation personnelle, professionnelle et sociale". Il apparaît dès lors erroné de soutenir - à l'instar du Dr P. _____ - que le médecin

examineur du SMR (le Dr S._____) est le seul à ne pas retenir le diagnostic d'un état dépressif majeur.

b) Le Dr P._____ fait également grief au médecin du SMR d'avoir ignoré, dans son rapport d'examen du 13 février 2009, certains éléments anamnestiques "cruciaux pour la compréhension du cas de cette patiente". Le psychiatre SMR n'aurait ainsi d'une part, pas pris connaissance des abus dont a souffert la recourante dans son enfance, lesquels auraient eu de profondes répercussions sur le développement psychoaffectif et sur la personnalité de l'individu. D'autre part, le médecin du SMR n'aurait pas suffisamment tenu compte de la relation vécue avec un homme kosovare, cette expérience consistant en l'un des événements les plus marquants de l'existence de la recourante.

A l'occasion de son rapport d'examen psychiatrique du 13 février 2009, le médecin du SMR a pris en considération l'ensemble des différentes pièces médicales au dossier, en particulier les rapports des psychiatres traitants consécutifs (la Dresse A._____ puis le Dr P._____) ainsi que ceux des spécialistes du Département psychiatrique du [...]. Or, à l'examen des rapports ressortant au dossier - dont le médecin SMR a correctement tenu compte -, soit les éléments anamnestiques dont le Dr P._____ fait mention ne sont pas mentionnés, soit ils n'y apparaissent pas avec la même acuité que celle décrite par le prénommé. Ce dernier constat s'illustre notamment s'agissant des possibles abus sexuels vécus par la recourante dans sa jeunesse tels qu'évoqués au travers du rapport du 22 novembre 2007 des médecins du Service de psychiatrie de liaison du [...]. A cette occasion, la recourante avait effectivement confié ne pas considérer l'épisode de probable abus sexuel en tant qu'événement traumatisant. Quant aux déboires conjugaux et de son mariage avec le frère de son ami, ces éléments sont uniquement mentionnés par le Dr P._____ dans ses lignes du 12 mars 2009. Il convient encore de relever que la recourante n'a guère fait preuve d'assiduité dans ses traitements puisque la Dresse A._____ fait état de deux rendez-vous manqués (cf. rapport médical du 15 septembre 2007).

Dans ces circonstances, on ne peut reprocher au médecin du SMR de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des éléments anamnestiques pertinents dont il avait connaissance. Par surabondance la cour de céans relève qu'il est également évident qu'à l'occasion d'une expertise, l'appréciation des experts dans la durée ne peut consister qu'en l'étude des différents rapports médicaux figurant au dossier.

c) Au vu de l'ensemble des motifs énoncés ci-dessus, considérant en outre que de part sa qualité de médecin traitant - depuis d'ailleurs peu de temps -, les constatations médicales du Dr P. _____ ont en principe moins de poids que celles d'un expert tel le médecin du SMR, que les rapports rédigés par le Dr P. _____ l'ont tous été exclusivement dans le cadre de la procédure engagée devant l'AI et que finalement le rapport d'examen psychiatrique SMR du 13 février 2009 - qui comporte une anamnèse complète, énonce les plaintes subjectives, pose des diagnostics clairs selon classification CIM-10 et reflète une appréciation motivée du cas en toute transparence médicale - satisfait pleinement aux exigences posées en jurisprudence pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3c supra), il n'existe aucun motif de nature à inciter la cour de céans à rediscuter le bien fondé des constatations médicales de la décision attaquée.

En conclusion, l'absence d'incapacité de travail médicalement avérée de la recourante tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité a pour conséquence, que son degré d'invalidité est de 0% (après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA). Il n'existe par conséquent et conformément à la décision litigieuse, pas de droit pour la recourante à une rente de l'AI (cf. art. 28 al. 2 LAI).

5. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Le dossier étant complet sur le plan médical, la requête de mesures d'instruction formulée par la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire est rejetée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours déposé le 8 septembre 2009 par W._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :