

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Lanz Pleines
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X. _____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Philippe Liechti,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____, ressortissante marocaine née en 1970, divorcée et mère d'un fils né le 12 juillet 2003, sans formation, a travaillé comme serveuse dans un cabaret jusqu'au 20 février 2002. Ce jour-là, elle a chuté dans les escaliers et s'est frappée la tête contre un mur, perdant brièvement connaissance. Après une courte hospitalisation, son incapacité de travail a été fixée à 100% jusqu'au 27 février 2002.

L'assurée n'a toutefois plus jamais repris le travail. Elle a déposé, le 10 janvier 2005, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), indiquant souffrir d'une dépression.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a interpellé le Dr N._____, généraliste traitant de l'assurée depuis 2002. Celui-ci a posé, dans un rapport du 25 janvier 2005, les diagnostics principaux de trouble de la personnalité non précisé existant depuis l'adolescence, de trouble dépressif majeur et de somatisations multiples apparus au courant de l'année 2000, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status environ trois ans après distorsion cervicale et traumatisme crânio-cérébral (TCC) et d'asymétrie de longueur des membres inférieurs. Selon lui, l'intéressée était dans l'incapacité totale de reprendre sa profession de barmaid depuis le 3 février 2003, à défaut de prise en charge de l'enfant et de traitement psychiatrique efficace, mais pouvait être à même d'exercer une autre activité, pour autant que celle-ci soit satisfaisante pour l'ego et implique peu de contact avec autrui. Le 19 avril 2005, le Dr N._____ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, indiquant que celle-ci avait tendance à s'isoler avec son fils plus ses problèmes sociaux augmentaient.

La mise en œuvre d'une expertise médicale a été confiée par l'OAI au Dr R._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 25 avril 2006, celui-ci a posé les diagnostics principaux de trouble de

conversion avec présentation mixte, de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle mineure, de diagnostic différentiel : phase prodromique de la schizophrénie versus caractéristiques psychotiques associées à l'état dépressif, de trouble panique sans agoraphobie, de dépendance aux benzodiazépines, d'abus d'alcool, en rémission totale, et de dépendance à la nicotine (Axe I). Il concluait que l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique était d'au moins 70% depuis le mois d'août 2002, compte tenu de la comorbidité psychotique en particulier, mais qu'elle pouvait désormais être réduite à 50% dans une activité adaptée en cas d'adhésion au traitement antidépressif. L'expert exposait en outre ce qui suit :

« 5.2 Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles découlent principalement du tableau douloureux associé à une anxiété neurovégétative, de la méfiance paranoïaque très nette et de ses traits narcissiques qui ne lui permettront pas d'accepter n'importe quel emploi. Les vertiges, faiblesses dans les jambes entraînant des chutes et des pertes de connaissance, pertes de force dans les mains, fourmillements, troubles visuels et sifflements occasionnels dans les oreilles sont également limitatifs, de même que le sentiment de dévalorisation, l'aboulie, le ralentissement, l'agitation, l'irritabilité, l'anxiété somatique, l'idéation suicidaire, les troubles de la mémoire et de la concentration. [...]

5.4 Facteurs de décompensation

Suite à son mariage en mars 2002 avec un homme, semble-t-il malade psychique, à propos duquel elle refuse de donner des précisions, une péjoration de son état thymique est observée. Un fils non désiré, naît en juillet 2003 et le couple se sépare en septembre 2003. Dès lors, sur un fond de conflit de couple possiblement en raison de son travail d'artiste effectué jusqu'en mars 2002, l'état de l'assurée se péjore davantage et le tableau algique s'intensifie. Mme X. _____ souhaite probablement retourner au Maroc avec son fils, mais son ex-mari s'y oppose, entraînant chez l'assurée une situation conflictuelle qui s'exprime à travers la somatisation et un repli social total. Le sentiment de persécution et de paranoïa dont elle souffre ne lui permet dès lors pas d'accéder à des soins appropriés et son état se dégrade progressivement. [...]

6. Degré de la capacité de travail [...]

1. Comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes

Depuis août 2002, l'assurée souffre d'un trouble dépressif majeur, actuellement en rémission partielle sous traitement anxiolytique, un trouble panique, un trouble de conversion de présentation mixte, un trouble douloureux, une dépendance aux benzodiazépines et à la nicotine. Par ailleurs, elle présente des symptômes de nature psychotique, notamment persécutoires et probablement des hallucinations auditives. Une comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une intensité importantes est ainsi mise en évidence.

2. Personnalité présentant des traits prémorbides

L'assurée présente des traits histrioniques, des traits abandonniques, des traits narcissiques, une personnalité fruste et des défenses psychosomatiques, dont l'importance justifie le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié, sévère et décompensé.

3. Affections corporelles chroniques

Mme De Toledo ne semble souffrir d'aucune affection corporelle chronique. La notion d'une syphilis IIIaire doit être précisée.

4. Perte d'intégration sociale de toutes les manifestations de la vie

L'assurée vit en total repli social, n'ayant que très peu d'amis qu'elle voit rarement, se méfiant de tous.

5. Caractère chronique

L'expertisée se trouve dans cette situation depuis août 2002, son état s'étant progressivement détérioré, malgré le suivi médical dont elle bénéficie.

6. Etat psychique cristallisé

La symptomatologie somatoforme et dépressive fait suite à un conflit entre l'assurée et son mari, dont la nature de la relation est peu claire. L'assurée étant dans l'incapacité d'élaborer mentalement la nature et les enjeux de ce conflit, ceci a entraîné l'état de désafférentation actuel, sans qu'elle ne soit consciente de cette dynamique.

7. Echec des traitements et des mesures réhabilitatives

L'assurée a bénéficié de plusieurs traitements antidépressifs qui ont dû être arrêtés en raison d'effets secondaires. Elle ne fait confiance qu'à son médecin traitant, ce qui limite la prise en charge psychothérapeutique.

8. Eventuelle présence de ressources psychiques de l'assuré

L'assurée se montre motivée à reprendre une activité professionnelle. Toutefois, son grave trouble de la personnalité décompensé constitue un empêchement majeur. En raison des symptômes paranoïaques et de la grande méfiance, l'assurée n'est actuellement pas en mesure d'accéder à une place de travail dans l'économie, par ses propres moyens, les ressources résiduelles sont précaires. Dans le meilleur des cas et avec l'aide des mesures professionnelles, une certaine capacité de travail pourrait être mise en valeur.

9. Poids relatif des éléments étrangers à l'invalidité

Aucun poids significatif relatif d'éléments étrangers à l'invalidité n'est observé ».

Dans un avis du 27 juillet 2006, le Dr V. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a considéré que l'expertise du Dr R. _____ ne répondait pas aux critères asséculo-logiques d'une expertise, les plaintes et le status étant très interprétatifs. Il estimait que les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus étaient peu fondés et mal motivés et qu'ils ne justifiaient pas une incapacité de travail de 70 pour-cent. En conséquence, le Dr V. _____ préconisait de procéder à un

examen psychiatrique au SMR afin d'infirmier ou de confirmer les conclusions de l'expert.

Cet examen a été pratiqué par le Dr G._____, psychiatre au SMR, le 14 novembre 2007. Au terme de l'entretien, interrompu après une heure sur demande de l'assurée, le médecin du SMR, tout en constatant l'échec de l'examen « sans cause médicale », a conclu, dans son rapport du 5 décembre 2007, que l'intéressée ne présentait pas de signe floride de la série psychotique pouvant expliquer une opposition psychotique, ni de symptomatologie dépressive majeure justifiant un repli sur soi tel qu'il ne puisse être donnée suite à l'entretien. Selon lui, il n'existait pas non plus de signe perceptible d'une symptomatologie psychiatriques responsable de cet arrêt d'entretien (trouble de la personnalité, état dépressif manifeste, pathologie anxieuse manifeste) pouvant être responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Il lui paraissait que l'intéressée ne souhaitait pas, pour des motifs qui lui étaient propres, qu'il soit fait état de son passé et de certaines ambiguïtés de son histoire, et considérait qu'il s'agissait là d'une attitude oppositionnelle situationnelle, l'assurée ayant précisé que « dans ces conditions, elle préférerait se passer de l'AI ».

Dans ces circonstances, un nouvel examen psychiatrique a eu lieu au SMR le 21 mai 2008. Par courrier du 9 mai précédent, le Dr N._____ a avisé le médecin examinateur qu'il avait prescrit un traitement neuroleptique à sa patiente et l'a prié de prendre en compte la gravité de l'état de cette dernière et l'importance qu'il y avait à respecter les barrières, qui seules lui permettaient de survivre.

L'assurée a été examinée par le Dr O._____, psychiatre au SMR. Dans son rapport du 26 juin 2008, ce médecin a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de traits de personnalité sensitive. Selon lui, ces affections entraînaient une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dans toute activité depuis le 9 mai 2008, date à laquelle le Dr N._____ avait annoncé une

péjoration de l'état de santé de sa patiente. Son appréciation du cas était la suivante :

« Suite à la discussion avec le Dr G._____, la présentation générale de l'assurée lors de son examen et à l'examen du 21 diffère en faveur d'un épisode dépressif. Par contre, des traits de la personnalité allant dans le sens d'une personnalité sensitive, caractérisée par un caractère soupçonneux et le vécu vis-à-vis de certaines questions comme étant hostiles sont toujours présents. En outre, l'analyse de la vie quotidienne, en tenant compte du status psychiatrique, permet de conclure à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'interaction du trouble dépressif et des traits de personnalité va être à l'origine de l'atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail. Toutefois, vu la date du premier examen clinique (14 novembre 2007) et celui d'aujourd'hui, une répercussion sur la capacité de travail de longue durée ne peut pas être retenue. Dans ce sens, une nouvelle évaluation et cette fois-ci par le Dr G._____ afin qu'il puisse apprécier l'évolution de l'état psychique de l'assurée est nécessaire d'ici à 6 mois.

En ce qui concerne l'expertise du Dr R._____ du mois d'avril 2006, ne pouvant déjà pas faire la différence entre une phase prodromique de la schizophrénie et une caractéristique psychotique associée à l'état dépressif, étant données les constatations faites par le Dr G._____ et moi-même, il est possible que les caractéristiques psychotiques soient liées à un trouble de la personnalité indépendamment de l'état dépressif ou d'une schizophrénie.

En ce qui concerne le trouble panique, une symptomatologie anxieuse n'a pas été constatée durant l'entretien qui a duré environ 1h30. L'assuré présente toujours des plaintes douloureuses, mais vu la présence d'un épisode dépressif, d'après la CIM-10, un tel diagnostic ne peut pas être retenu. En ce qui concerne la présence de vertiges, un des symptômes qui ont motivé l'expert à retenir un trouble de la conversion, si bien que le sujet a présenté des plaintes dans ce sens, durant l'entretien une symptomatologie vertigineuse n'a pas été mise en évidence ou mise en avant ».

Dans un avis du 27 août 2008, le Dr F._____ du SMR a relevé que le Dr O._____ n'avait pas retrouvé les éléments diagnostiques annoncés par le Dr R._____, de sorte que les conclusions de ce dernier ne pouvaient être suivies. Vu l'aggravation récente de l'état de santé de l'assurée par rapport aux constatations du Dr G._____, le Dr F._____ était d'avis qu'une incapacité de travail totale ne pouvait être admise que depuis le 9 mai 2008 et qu'une nouvelle évaluation en novembre 2008 paraissait indiquée.

Le 7 novembre 2008, l'assurée s'est soumise à un second examen clinique effectué par le Dr O._____ du SMR. Dans son rapport du 20 novembre 2008, celui-ci a constaté une péjoration de la symptomatologie dépressive et posé les diagnostics d'épisode dépressif

sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité sensitive, décompensée. Il relevait que l'assurée présentait une voix saccadée à l'examen et un tremblement généralisé avec des mouvements stéréotypés au niveau des membres inférieurs, probablement dus au traitement neuroleptique, et que compte tenu de la symptomatologie dépressive, les douleurs exprimées ne s'inscrivaient pas dans un trouble somatoforme douloureux. Il énumérait les limitations fonctionnelles suivantes : humeur dépressive, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation différée sévère, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et pour les activités habituellement agréables, sentiment d'inutilité et de désespoir, présence d'idées suicidaires avec projet, présence d'un caractère soupçonneux à l'origine de l'interprétation des attitudes impartiales ou amicales d'autrui comme étant hostiles, présence d'idées de persécution. Le Dr O. _____ confirmait dès lors les conclusions de son précédent rapport, étant d'avis que l'intéressée était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit à compter du 9 mai 2008.

Dans un rapport de synthèse du 5 décembre 2008, le Dr F. _____ du SMR a retenu que la capacité de travail exigible de l'assurée était nulle dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen puis sévère et d'une personnalité sensitive, décompensée, depuis le 9 mai 2008, aucune preuve d'une affection psychique invalidante n'ayant pu être apportée avant cette date.

Par décision du 3 mars 2009, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, pour le motif qu'elle ne présentait une incapacité de travail de 100% qu'à compter du 21 mai 2008 et que les conditions d'octroi seraient donc réexaminées à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 21 mai 2009.

B. X. _____ a recouru contre cette décision le 20 avril 2009, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le mois d'août 2002, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et

nouvelle décision. Elle reproche à l'office intimé de ne pas avoir demandé de plus amples renseignements au Dr N._____, dès lors que les différents médecins consultés se sont tous fondés sur son appréciation, et d'avoir écarté l'expertise circonstanciée du Dr R._____. Elle réfute l'appréciation du Dr G._____, compte tenu des circonstances dans lesquelles s'était déroulé l'entretien, et soutient que le Dr O._____ a fait une interprétation erronée du courrier du Dr N._____ du 9 mai 2008, lequel n'énonçait pas une péjoration de l'état de santé de sa patiente, mais bien un avertissement clarifiant la situation vis-à-vis d'un médecin nouvellement sollicité par l'OAI. La recourante fait par conséquent valoir que son incapacité totale de travail - non contestée - remonte au mois d'août 2002, conformément aux constatations de son médecin traitant et de l'expert R._____, dont elle requiert l'audition.

Dans sa réponse du 29 mai 2009, l'OAI conclut au rejet du recours.

Une première audience d'instruction a eu lieu le 30 juin 2009. A cette occasion, l'OAI a déclaré qu'il s'en tenait à la date du 9 mai 2008 retenue par le Dr O._____ du SMR comme étant celle du début de l'incapacité totale de travail, dès lors qu'elle coïncidait avec l'administration de neuroleptiques prescrite par le médecin traitant à compter du 7 mai précédent. La recourante a soutenu pour sa part qu'il convenait de se fier aux conclusions de l'expert R._____, respectivement de fixer le début du droit à la rente à la date correspondant à la fin des indemnités perte de gain versées par Swica, soit le 28 janvier 2005.

Lors d'une seconde audience d'instruction tenue le 21 août 2009, les Drs N._____ et O._____ ont été entendus. Le procès-verbal d'audience transcrit les propos suivants :

« Le Dr N._____ précise, quant à son diagnostic du mois de janvier 2005, que le caractère majeur du trouble dépressif relevait en substance d'idéations suicidaires (alcoolisation et diverses lésions). S'agissant du trouble de la personnalité, il s'agissait selon lui manifestement d'une paranoïa. L'incapacité totale de travail retenue à compter du 3 février 2003 correspond au début d'une incapacité totale de travail induite par de nombreux troubles d'ordre somatique comme psychique dont l'accumulation a conduit au constat d'une incapacité

totale en tout cas à compter du 3 février 2003. En ceci, le Dr N. _____ ne saurait contester les conclusions du Dr R. _____ faisant remonter l'incapacité de travail à l'été 2002, ceci pour des raisons d'ordre psychique. Le Dr N. _____ précise que le Haldol prescrit au mois de mai 2008 l'a été à une dose d'anxiolytique destinée à aider l'assurée à donner suite à sa convocation pour l'expertise psychiatrique du 21 mai 2008. Cet anxiolytique, comme d'autres neuroleptiques, avait été précédemment prescrit à l'assurée, sans succès. L'assurée n'est jamais restée bien longtemps sous Haldol, compte tenu de l'absence d'effet. De nombreux antidépresseurs et benzodiazépines ont également été prescrits, sans effet. Pour le Dr O. _____, l'affection de l'assurée n'a atteint un degré de sévérité suffisant qu'en présence d'un facteur dit de décompensation. Ce facteur déclanchant, le Dr N. _____ le situe au début de la grossesse. Pour le Dr O. _____, la grossesse est effectivement la cause, mais ne correspond pas au début du dysfonctionnement global tel qu'il autoriserait à retenir une incapacité de travail invalidante. Pour le Dr O. _____, est déterminant le constat que l'assurée a démontré pouvoir disposer de ressources psychiques suffisantes, respectivement d'un tonus, qui l'ont conduite à faire face à une grossesse, à l'accouchement, à une procédure de divorce, aux rapports qu'elle a pu entretenir avec diverses institutions, notamment s'agissant de rendre compte de sa capacité de garde ; enfin, il n'est pas évident, qu'elle ait vécu dans un retrait social face à autant de sollicitations. Le Dr O. _____ situe dès lors le facteur déterminant entre le moment de l'expertise G. _____ et l'examen du 21 mai 2008. Le Dr O. _____ précise qu'il s'est effectivement positionné à l'égard du rapport d'expertise du Dr R. _____ dans le cadre de son rapport du 26 juin 2008. Le Dr N. _____ souhaite que soient interpellés les services sociaux, lesquels sont effectivement intervenus et sont à même de renseigner au sujet du fonctionnement social de l'assurée et de la prise en charge de l'enfant ».

La recourante a produit un bordereau de pièces complémentaires le 12 octobre 2009, comportant le dossier de l'hospitalisation du Centre H. _____ du mois de juillet 2003 ainsi que le dossier Swica. Le 20 octobre 2009, elle a produit deux rapports médicaux supplémentaires, dont l'un établi à l'intention de la caisse Swica le 14 décembre 2004 par le Dr B. _____, psychiatre, qui pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et conclut à l'absence de trouble psychique invalidant, la problématique résultant davantage d'un ajustement à des conditions de travail pour des motifs familiaux. Il y a lieu d'observer que ce médecin a précisé que son rapport était fondé sur un entretien d'une heure avec l'assurée, respectivement que celle-ci « s'est si peu engagée dans le processus d'expertise, que les informations avancées par elle sont souvent floues, ce dont l'expert est navré ».

Invité à se déterminer sur les pièces complémentaires produites par la recourante, le Dr N. _____ maintient, dans un courrier du 22 octobre 2009, que sa patiente présente une incapacité de travail totale

depuis 2003 au moins, en raison d'un trouble dépressif majeur chronique ou à tout le moins récurrent, d'une anxiété généralisée et d'un trouble de la personnalité (probablement de type paranoïaque). Il estime que le dossier constitué à l'époque par la maternité du Centre H. _____ démontre que les problèmes psychosociaux de la recourante étaient alors déjà considérés comme majeurs et que tout a été tenté, en vain, pour mettre en place un réseau d'aide que les divers intervenants jugeaient indispensable.

A l'appui de son écriture du 19 novembre 2009, dans laquelle il confirme ses conclusions, l'OAI a produit un nouvel avis du Dr O. _____ du SMR daté du 18 novembre 2009, dont la conclusion est la suivante :

« En résumé, le dossier de la maternité dont les remarques vont du mois de mars 2003 au mois de juillet de la même année, l'expertise faite par le Dr B. _____, suite à l'entretien avec l'assurée le 14.12.04, l'expertise faite par le Dr R. _____, suite à l'examen psychiatrique du 28.03.06 et la rencontre avec le Dr G. _____ fin 2007, ne permettent pas de retenir un trouble dépressif d'une intensité et d'une durée manifeste pour retenir une incapacité de travail de longue durée. L'assurée a présenté une symptomatologie dépressive fluctuante, qui malgré les craintes exprimées à la maternité, n'a pas abouti à une maladie invalidante comme une dépression post partum ou à un placement de son enfant à cause d'un épuisement de ressources psychiques de l'assurée.

L'année d'après (2004), le Dr B. _____ ne va pas trouver de symptomatologie dépressive suffisante pour retenir un épisode dépressif, d'une intensité et d'une durée suffisante pour avoir des répercussions sur la capacité de travail de longue durée.

Début 2006, le Dr R. _____ retient un trouble dépressif en rémission partielle, ce qui montre que si épisode dépressif, il y a eu, il n'a pas été d'une durée suffisante pour avoir une répercussion sur la capacité de travail de longue durée (plus d'un an selon la LAI).

En ce qui concerne le trouble de la personnalité, des signes de décompensation amenant à un épuisement de ressources psychiques n'ont pas été constatés, l'assurée a pris en charge son enfant de façon adéquate, ce qui est confirmé par la non intervention des différents services sociaux.

Pour conclure, en ce qui concerne la présence d'un trouble anxieux (anxiété généralisée ou trouble panique), il n'a pas été d'une intensité suffisante pour l'empêcher de faire face aux différents facteurs de stress psychosociaux rencontrés par l'assurée (accouchement, séparation puis divorce, activités de la vie quotidienne en tant que mère habitant seule avec un enfant) ».

Dans son écriture du 21 décembre 2009, la recourante estime que le rapport du Dr B. _____ est dépourvu de valeur probante, à défaut d'anamnèse suffisamment précise, et refuse de réduire sa pathologie à un

simple « babyblues », affirmant que les troubles de la personnalité sont apparus dans son enfance et se poursuivent à l'âge adulte. Elle se réfère à un courrier du Dr N._____ du 7 décembre 2009, dans lequel le médecin traitant confirme ses conclusions.

Dans ses déterminations du 15 janvier 2010, l'OAI soutient que le rapport du Dr B._____ a pleine valeur probante et que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. A l'appui de son écriture, il a produit un nouvel avis du SMR, qui maintient intégralement ses dernières déterminations.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. En l'espèce, il est admis que la recourante présente une incapacité de travail totale pour atteinte à la santé d'ordre psychiatrique, au regard des diagnostics de dépression sévère et de personnalité sensitive (paranoïa) et compte tenu de l'interaction entre dépression et troubles de la personnalité.

Seul demeure donc litigieux le point de départ de cette incapacité.

3. a) Selon l'art. 6 LPGA, 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.

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Selon l'al. 2 de cette même disposition, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 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 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour le seul motif qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical ait été établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le trouble de la personnalité de la recourante remonte à l'enfance (avec un début de la maladie en 1978 et une fixation de la maladie en 1988) et que sa grossesse intervenue en 2002 est à l'origine du dysfonctionnement global déterminant pour l'incapacité totale de travail retenue en définitive.

Pour le Dr O._____ du SMR, le facteur de décompensation déclenchant l'incapacité de travail est à situer en mai 2008, soit entre l'examen du Dr G._____ du SMR et le 21 mai 2008, date à laquelle il a lui-même examiné la recourante. Il retient plus particulièrement la date du 9 mai 2008, correspondant selon lui à l'annonce par le Dr N._____ d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente. Le Dr O._____ est d'avis que celle-ci a démontré dans les faits qu'elle disposait des ressources psychiques suffisantes pour faire face aux différents problèmes rencontrés au cours de son existence, tels que son divorce ou la naissance de son

enfant. Il considère donc que les troubles psychiques n'avaient pas encore atteint un degré d'intensité suffisant pour admettre une incapacité.

Le médecin traitant N._____ situe pour sa part le facteur de décompensation déterminant à tout le moins au début de la grossesse, mais en tous cas dès le 3 février 2003, pour l'avoir constaté en consultation. Dans son rapport du 25 avril 2006, l'expert psychiatre R._____, mandaté par l'OAI, a quant à lui retenu une incapacité de travail d'au moins 70%, mais dès le mois d'août 2002 alors que l'intéressée avait été victime d'un accident, événement retenu comme facteur de décompensation.

La Swica ayant alloué des indemnités perte de gain jusqu'à fin janvier 2005, la recourante a précisé ses conclusions lors de l'audience du 30 juin 2009, en revendiquant le droit à la rente dès cette période.

b) Au vu des divergences d'opinions entre les médecins consultés, l'expert R._____, qui a examiné la recourante en 2006, et le médecin traitant N._____, confident de longue date dont toutes les interventions dans ce dossier démontrent certes le soin porté à sa patiente en vertu du mandat thérapeutique, mais également une approche objective du cas, en confrontant les pièces médicales à disposition et en éprouvant concrètement les avis médicaux de ses confrères, doivent être préférés.

En effet, tout d'abord, il ne saurait être tenu compte des conclusions du rapport du Dr G._____ du 5 décembre 2007, qui n'est pas fondé sur un entretien clinique exploitable ni sur une réelle anamnèse, faute de collaboration de l'intéressée. Cette attitude de refus d'engagement dans le processus d'expertise a également présidé à l'examen clinique effectué en 2004 par le Dr B._____, comme celui-ci le relève clairement en page 4 de son rapport, alors qu'une collaboration de l'intéressée et une relation de confiance sont observées par le Dr R._____, tout comme par le Dr N._____. Par ailleurs, le fait que l'assurée n'ait en apparence pas perdu pied socialement durant son

divorce ni pendant ou après sa grossesse, ou qu'elle n'ait pas eu recours aux services sociaux dans une plus large mesure, ne permet pas de conclure qu'elle disposait des ressources psychiques suffisantes pour surmonter sa maladie, ni d'une capacité de travail effective. A cet égard, les inquiétudes des médecins du Centre H._____ et le suivi du Dr N._____ décrivent de manière tout à fait vraisemblable une personne psychologiquement atteinte de graves troubles, recluse, et refusant de l'aide de tiers. Le Dr N._____ a pu également expliquer que la médication par psychotropes avait été prescrite et tentée bien avant mai 2008, malheureusement sans succès. Son point de vue et ses conclusions ne sont d'ailleurs pas isolés, mais trouvent appui dans l'expertise du Dr R._____, au contraire du Dr O._____, dont l'argumentation s'avère faible lorsqu'elle revient à soutenir qu'il ne pouvait y avoir d'atteinte à la santé invalidante avant qu'il le constate lui-même en juin 2008. Enfin, l'interprétation que ce dernier fait du courrier du Dr N._____ du 9 mai 2008 n'est pas soutenable, dans la mesure où cette lettre avait pour but d'attirer l'attention du SMR sur l'état sensible dans lequel se trouvait l'intéressée juste avant un examen clinique et non pas d'attester une quelconque décompensation de sa maladie ou aggravation de son état de santé dès cette date.

En définitive, dans un cas comme celui-ci, soit en présence d'un trouble psychique dont on admet qu'il est installé depuis longtemps, c'est aux médecins proches de l'assurée, respectivement avec lesquels elle a accepté de collaborer, qu'il convient de se rapporter, tant pour l'anamnèse, le diagnostic et l'évaluation du cas que pour isoler les facteurs de décompensation réputés déterminants. Les avis de ces médecins étant étayés et concordants, sans être empreints d'une empathie par trop subjective, ils doivent être préférés à ceux des deux médecins psychiatres du SMR et à celui plus ancien du Dr B._____, une nouvelle expertise judiciaire étant par ailleurs inutile, compte tenu de l'écoulement du temps.

c) L'incapacité totale de travail en raison d'une atteinte à la santé invalidante remontant ainsi en tous cas au mois de février 2003, selon le médecin traitant, la recourante peut être suivie lorsqu'elle

revendique le droit à une rente entière dès la fin du versement des indemnités perte de gain par la Swica en janvier 2005, le délai d'attente d'une année se trouvant ainsi respecté (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

Il s'ensuit que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2005.

5. La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 3'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 3 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2005.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ la somme de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Liechti, avocat (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :