

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : M. Neu et Mme Thalmann
Greffière : Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

W. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me J.-M. Agier du service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) W._____, née en 1947, travaillait à 100 % en qualité de manager en ressources humaines auprès de l'entreprise [...] SA à Lausanne. En date du 21 octobre 1999, elle a été victime d'un accident pris en charge par E._____, (par la suite U._____, assurance-accident). Ainsi, en voulant enlever un pull, la boucle de la fermeture éclair s'est dégrafée et est arrivée en projectile sur l'œil gauche. Souffrant d'une plaie à la paupière supérieure gauche, elle a reçu des soins en urgence à la Polyclinique de l'Hôpital [...], qui n'a cependant instauré aucun traitement. Elle a présenté une incapacité de travail du 21 au 23 octobre 1999, puis les 27 et 28 octobre 1999.

En date du 20 juin 2001, l'intéressée a annoncé une rechute en raison d'un décollement postérieur du vitré de l'œil gauche et d'une cicatrice palpébrale supérieure gauche). Ayant cessé son activité professionnelle au 30 juin 2001 (démission de l'assurée), elle a bénéficié d'indemnités de chômage du 9 novembre 2001 au 8 novembre 2003. Dans un rapport médical du 7 novembre 2002, la Dresse I._____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, a relevé la présence constante de myodésopsies devant un œil constituant un handicap visuel global extrêmement gênant. U._____ a dès lors mandaté le Dr H._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 25 mars 2003, l'expert a confirmé que l'assurée souffrait de séquelles suite au traumatisme subi, mais qui ne rentraient pas dans les critères d'indemnisation de l'OLAA. U._____ a dès lors mis un terme à ses prestations en août 2003.

Durant sa période de chômage, W._____ a suivi des cours en informatique (du 17 au 30 janvier 2002, du 15 au 28 mars 2002 et du 2 au 15 avril 2002) et des cours de management (du 5 février au 14 juin 2003). Dès le mois de novembre 2003, soit dès la fin du versement de ses indemnités de chômage, elle a bénéficié du RMR. Dès le 1^{er} avril 2004, elle a débuté un emploi temporaire subventionné à 100 % consistant à la mise

en place d'un outil de gestion auprès de la Fondation Q._____. D'octobre 2004 au 17 avril 2005, elle a travaillé dans le cadre d'un emploi temporaire auprès de T._____ en qualité de manager en ressources humaines. L'assurée n'a pas été en mesure de terminer sa mission pour cause de maladie.

b) L'intéressée a déposé le 10 mai 2004 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire (écran 21" TFT Samsung) et d'une rente en raison d'un décollement postérieur du vitré de l'œil gauche provoquant un dommage irréversible et irréparable induisant une vision trouble permanente.

Dans un rapport médical du 21 novembre 2004, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de décollement postérieur du vitré des deux yeux, d'épisodes dépressifs et d'épisodes de céphalées migraineuses, présents depuis octobre 1999. Il a attesté une incapacité totale de travail en raison d'épisodes dépressifs du 23 février au 2 mars 2001, du 10 mai 2001 au 30 juin 2001 et du 2 juillet au 20 juillet 2003. Il a précisé qu'il ne pouvait véritablement énoncer un pronostic quant à la capacité de travail de sa patiente, car il s'agissait d'une situation fragile et il envisageait d'ailleurs de lui proposer un avis psychiatrique. L'atteinte oculaire semblait également poser un problème, avec un impact d'autant plus important, compte tenu du contexte psychologique difficile de cette patiente. Le Dr G._____ n'a cependant pas exclu l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, soit évitant, dans la mesure du possible, une trop grande charge de travail administratif au niveau de l'écriture et de l'utilisation de l'ordinateur. Le Dr G._____ a annexé à son rapport différentes pièces médicales.

Ainsi, par courrier du 26 juillet 2004, le Dr K._____, médecin-associé à l'Hôpital [...], a constaté que le décollement postérieur du vitré était présent des deux côtés, avec les mêmes opacités, seul l'œil gauche posant cependant des problèmes à la patiente. En raison d'un examen du fond de l'oeil difficile, l'assurée ayant beaucoup de peine avec

la lumière de la lampe à fente notamment, le Dr K._____ a souhaité prendre l'avis du Dr Z._____, spécialiste en neuro-ophtalmologie, pour une évaluation des symptômes. Dans un courrier du 18 octobre 2004, le Dr Z._____ a mentionné que l'anamnèse de cette patiente était suggestive de migraines ophtalmiques classiques, et le status neuro-ophtalmologique était dans les limites de la norme. Il n'avait donc pas de suspicion de dysfonction des voies visuelles, si ce n'est l'aura visuelle des migraines ophtalmiques.

Dans un rapport médical du 1^{er} août 2005, le Dr G._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif sévère à moyen récurrent, avec syndrome somatique, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, de décollement postérieur du vitré des deux yeux et d'épisodes céphalées à composantes mixtes, migraineuses et tensionnelles. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 20 juin 2005 toujours pour des épisodes dépressifs. Il a ainsi précisé qu'il avait fait examiner sa patiente en janvier 2005 par la Dresse M._____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait précisément conclu, dans un rapport du 28 janvier 2005 à la présence de céphalées à composantes mixtes, migraineuses et tensionnelles. Le Dr G._____ a également demandé un consilium psychiatrique auprès de la Dresse C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est entretenue avec l'assurée à quatre reprises, entre mai et juillet 2005. Dans un rapport du 11 juillet 2005, la Dresse C._____ a indiqué ce qui suit :

"Sur le plan diagnostic, elle présente un état dépressif sévère à moyen récurrent, avec syndrome somatique, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Je me suis permise de la mettre sous antidépresseur et je lui ai fait un arrêt de travail à 100 % dès le 20 juin qu'il faut à mon avis poursuivre au risque de la voir augmenter une symptomatologie somatique douloureuse. Je pense que Madame W._____ devrait être au bénéfice d'une rente AI à 100 % pour des raisons psychiques, il est à mon avis, compte tenu de sa pathologie, illusoire de la voir reprendre une activité professionnelle même à un petit pourcentage".

Dans un rapport médical du 4 août 2006, le Dr G._____ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport en ajoutant que la patiente présentait toujours des symptômes dépressifs, bien qu'il y ait moins d'irritabilité, ainsi qu'une meilleure stabilisation de son humeur. En raison de plaintes dorsales lancinantes, il a adressé sa patiente auprès du Dr N._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 4 avril 2006, ce praticien a précisé ce qui suit :

"L'examen clinique de ta patiente me laisse pour le moins dubitatif, laissant transparaître principalement des dysfonctions cervico-dorsales-lombaires pluri-étagées sans véritable limitation fonctionnelle, trouble neuromoteur ou signe irritatif accompagnateur. Ses symptômes s'inscrivent sur un mode douloureux, alliant des signes de surcharges comportementaux et neurovégétatifs et fonctionnels intégrant plus largement la comorbidité psychologique associée. Les radiographies pratiquées ce jour de la nuque et dorsale afin de rassurer principalement la patiente, sont normales, sans trouble dégénératif ou statique manifeste au-delà de troubles dégénératifs modérés de C4 à C6, troubles dégénératifs cervicaux bien réels, la clinique et les plaintes reportées par Mme W._____ dépassant largement le cadre de plaintes que l'on pourrait attribuer à cette problématique".

Compte tenu de ces éléments, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a, par avis médical du 5 septembre 2006, requis un examen psychiatrique et rhumatologique de l'assurée. Dans un rapport du 11 décembre 2006 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 15 novembre 2006, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie a retenu le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54). Tout en relevant que la mobilité lombaire et cervicale était diminuée, il a noté certains signes de non organicité selon Waddel sous forme d'une certaine démonstrativité et de lombalgies à rotation du tronc les ceintures bloquées. Il a ajouté que l'assurée présentait des douleurs à la palpation de 11 points de fibromyalgie sur 18, ce qui permettait de poser ce diagnostic, au vu d'une mobilité des articulations périphériques bien conservée et de l'absence de signes pour une arthropathie inflammatoire. Pour sa part, le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, tout en estimant possible qu'une incapacité de travail brève ait eu lieu au printemps 2005 pour des motifs psychiatriques. Dans leurs conclusions, les deux médecins précités ont considéré que la capacité de travail était complète depuis toujours dans l'activité habituelle de l'assurée, à savoir cheffe du personnel. En effet, l'activité précitée tenait compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire présentée par l'assurée, soit excluant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos, le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, mais autorisant la possibilité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Les Drs L._____ et R._____ ont par ailleurs posé le diagnostic de fibromyalgie (M 79.0) tout en précisant que cette atteinte n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, car elle n'était pas compliquée d'une pathologie psychiatrique invalidante ou de critères pour un pronostic défavorable.

Par avis médical du 17 janvier 2007, la Dresse F._____, médecin conseil SMR, a estimé au vu du rapport d'expertise précité que l'assurée pouvait mettre tout en œuvre pour retrouver une pleine capacité de travail dans une activité correspondant à ses compétences professionnelles.

B. a) En date du 14 mai 2007, l'OAI a adressé à W._____ un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. Se fondant sur l'examen clinique bidisciplinaire du SMR, il a considéré que la capacité de travail et de gain de l'assurée était intacte dans l'activité habituelle (secrétariat-service du personnel). Il a ainsi relevé l'absence de toute comorbidité psychiatrique et des autres critères fondant un pronostic défavorable à la fibromyalgie présentée par l'assurée.

En date du 11 juin 2007, W._____ a contesté ce projet de décision en alléguant qu'elle présentait une comorbidité psychiatrique. Elle a ainsi précisé, à la décharge du psychiatre SMR, qu'elle avait confondu son entretien d'évaluation avec un entretien d'embauche où il

est d'usage de donner une bonne image, confusion et réaction de défense dues probablement au grand stress vu l'enjeu et à sa pathologie. Elle a dès lors sollicité une reconsidération de la décision et restait à disposition pour tout examen et/ou expertise complémentaire.

Par décision du 8 janvier 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure considérant que la fibromyalgie présentée par l'assurée n'avait pas de caractère invalidant.

b) Par décision du 6 novembre 2007, l'OAI a refusé la prise en charge d'un écran TPT 24, l'assurée n'exerçant pas d'activité professionnelle.

C. a) Par acte du 12 février 2008, W._____ interjette recours contre la décision de l'OAI du 8 janvier 2008 et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à son taux d'incapacité et de gain. Elle soutient que les troubles psychiques diagnostiqués par la Dresse C._____ dans son rapport du 11 juillet 2005 sont toujours présents et qu'ils entraînent une incapacité de travail et de gain à 100 %. A cet effet, elle annexe à son recours un nouveau rapport du 6 février 2008 de la Dresse C._____.

b) Dans sa réponse du 17 mars 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a également transmis en annexe un avis médical du SMR du 4 mars 2008, établi par le Dr D._____, médecin-chef adjoint.

c) Dans sa réplique du 27 juin 2008, la recourante s'est référée à un rapport d'expertise du 20 mai 2008 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle avait mandaté à titre privé. Ce praticien a retenu que l'assurée présentait depuis le mois de février 2005, un trouble psychique ne lui permettant pas de travailler à un taux d'activité supérieur à 40 %, activité qui devait être "sans responsabilité importante et sous supervision".

d) Dans sa duplique du 13 août 2008, l'intimé a confirmé ses conclusions et a transmis un avis médical spécialisé du 31 juillet 2008 du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie au SMR, qui a estimé que le rapport d'expertise du Dr J._____, du 20 mai 2008 ne permettait pas de modifier les conclusions du rapport du 11 décembre 2006 des Drs L._____ et R._____ faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée.

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'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable aux causes pendantes devant les autorités de justice administratives à cette date (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Cette dernière conteste la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 11 décembre 2006, en raison des avis divergentJ._____ (rapport d'expertise du 20 mai 2008) et C._____ (rapports des 11 juillet 2005 et 6 février 2008). Se fondant sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du SMR du 11 décembre 2006, l'intimé considère que la recourante ne présente pas de perte de gain en l'absence d'invalidité, une capacité de travail à 100 % étant reconnue dans l'activité habituelle de cheffe du personnel, cette dernière étant compatible avec ses limitations fonctionnelles.

a) Si les différents praticiens s'accordent à dire que la recourante présente une pathologie au niveau du rachis, ainsi qu'un syndrome douloureux, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée compte tenu des atteintes qu'elle présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assurée

relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique ou d'une fibromyalgie.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, [I 382/00], consid. 2b).

4. Pour statuer sur le droit à la rente, l'OAI s'est référé au rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 11 décembre 2006 établi par les Drs L._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr. L._____ a fait état de rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54), confirmées par les radiographies rachidiennes pratiquées en date des 3 avril et 24 novembre 2006 et dont il a tenu compte dans son rapport. L'expert a précisé qu'il y avait lieu de retenir certaines limitations fonctionnelles compte tenu de la pathologie ostéoarticulaire présentée par l'assurée. Ce diagnostic est corroboré par le Dr N._____, spécialiste FMH en rhumatologie qui a certes constaté des dysfonctions cervico-dorsales-lombaires pluri-étagées, mais sans véritable limitation fonctionnelle, trouble neuromoteur ou signe irritatif accompagnateur (rapport du 4 avril 2006). Contrairement au Dr L._____, le Dr N._____ ne s'est pas prononcé clairement sur la question de savoir si l'assurée présentait une incapacité de travail tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. Il a simplement indiqué que les symptômes présentés par l'intéressée s'inscrivaient sur un mode

douloureux, alliant des signes de surcharge intégrant plus largement la comorbidité psychologique associée. Enfin, le Dr G._____, médecin traitant de l'assurée, a clairement indiqué que le diagnostic de troubles dégénératifs cervicaux n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (rapport médical du 4 août 2006).

Le dossier radiologique constitué, ainsi que les rapports des praticiens précités ne mettent ainsi en évidence aucun substrat anatomique ou biologique cohérent pouvant expliquer les plaintes réitérées de l'assurée. Sur le plan médico-théorique, le rapport du Dr L._____ décrit de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assurée et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr L._____, alors que le Dr N._____ n'en a retenu aucune, permettent d'admettre sur le plan somatique une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de cheffe du personnel. S'agissant du trouble oculaire, sous la forme d'un décollement du corps vitré, bilatéralement, le Dr G._____ a constaté que cette atteinte avait un impact important, compte tenu du contexte psychiatrique (rapport du 4 août 2006), mais n'a pas réellement décrit si, en excluant l'élément psychologique, elle pouvait avoir des conséquences sur la capacité de travail de sa patiente. Dans son rapport du 28 janvier 2005, la Dresse M._____, spécialiste en neurologie, a ainsi posé le diagnostic de décollement du vitré avec troubles visuels subjectifs chroniques. Quant au Dr H._____, spécialiste en ophtalmologie, ce dernier a indiqué qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle, l'assurée aurait des difficultés du fait du décollement postérieur du vitré qui provoque une gêne organique certaine accentuée par une gêne psychologique. Elle a ajouté qu'avec le temps, une certaine accoutumance devait se produire et habituellement la gêne disparaissait en partie voire en totalité, de façon spontanée, en raison du collapsus complet du vitré et de la plasticité cérébrale qui permettait d'éliminer du champ visuel les corps étrangers gênants (rapport d'expertise du Dr H._____ 25 mars 2003). Au vu des avis précités concordants, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr L._____, qui a considéré que le trouble oculaire présenté par l'assurée n'avait aucune répercussion sur sa capacité de travail.

5. Sur le plan psychiatrique, les avis des praticiens consultés sont divergents, notamment par rapport à la qualification des troubles dont souffre l'assurée et leur éventuel impact sur sa capacité de travail.

a) L'intimé s'est ainsi référé à l'expertise psychiatrique du Dr R. _____ qui a constaté que l'épisode actuel du trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F. 33) était un facteur d'accompagnement de la fibromyalgie, mais qu'il n'atteignait pas une gravité suffisante pour être incapacitant. Sur ce point, le Dr R. _____ n'a pas écarté la possibilité que l'assurée ait présenté une brève incapacité à cette époque, mais il a relevé une contradiction dans les propos de l'intéressée qui a mentionné une péjoration constante de son état depuis 2000, raison pour laquelle elle avait cessé son activité professionnelle en 2001. Dans son rapport du 11 décembre 2006, l'expert a précisé ce qui suit :

"Or, actuellement, elle présente un état dépressif léger : une anhédonie, une réduction de l'énergie et une fatigabilité (critères 2 et 3 de B. vérifiés), une diminution de la confiance en soi, des pensées autour de la mort et une perturbation du sommeil (critères 1, 3 et 6 de C. vérifiés). Le critère 2 de B. est discutable dans la mesure où la diminution du plaisir pour les activités agréables n'est pas marquée (Madame W. _____ aime le flamenco, elle aime travailler, elle aime lire et elle a du plaisir à rencontrer sa meilleure amie au Canada). Le critère 1 (humeur dépressive) n'a pas été retenu car malgré ce qu'indique l'assurée, la tristesse n'est pas présente en permanence et n'est que légère. Parmi les éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, ralentissement psychomoteur, anxiété déstructurante), la réduction de l'énergie d'origine psychique est réduite; elle n'est pas incapacitante. Elle est en majeure partie le reflet de la diminution de la mobilité à cause des douleurs. Enfin, l'assurée ne présente pas d'anxiété psychiquement déstructurante (envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition de toute faculté de pensée)".

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 20 mai 2008, le Dr J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que la recourante a mandaté à titre privé, a estimé qu'il était difficile d'évaluer le

trouble dépressif et l'a tout de même qualifié de gravité moyenne. Son avis est corroboré par celui de la Dresse C. _____ qui a retenu dans un premier temps un état dépressif sévère à moyen récurrent (rapport du 11 juillet 2005), puis finalement un trouble dépressif, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (rapport du 6 février 2008). Sur ce point, les constatations du Dr R. _____ ne sont donc pas superposables à celles retenues par les Drs J. _____ et C. _____.

b) Si tous les praticiens concernés ont mentionné un trouble de la personnalité, leurs avis divergent quant à sa qualification et son impact sur la capacité de travail. A l'issue de quatre entretiens avec la recourante, la Dresse C. _____ a constaté la présence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (rapports des 11 juillet 2005 et 6 février 2008). Elle a constaté ce qui suit :

"Il s'agit d'une femme de 58 ans, qui apparaît carencée sur le plan affectif. Elle a mis toute son énergie dans sa vie professionnelle, y cherchant une compensation qu'elle ne trouvait pas dans sa vie sentimentale, mais étant probablement dans une loyauté importante à son père qui ne semble n'avoir jamais témoigné de reconnaissance à cet endroit-là à sa fille.

Lors de son premier état dépressif à Zürich, son corps l'aide à dire ce qu'elle ne peut s'autoriser, la séparation. Il semble qu'elle répète un même type de fonctionnement face à son impossibilité actuelle de travailler, ses yeux l'empêchent de travailler, ce qu'elle ne peut s'autoriser à reconnaître avec les mots, c'est beaucoup trop blessant sur le plan narcissique.

Par ailleurs, j'ai l'impression que cette femme a épuisé toutes ses ressources psychiques pour faire face à ses difficultés professionnelles et ses soucis de femme seule ne pouvant compter que sur elle. Elle a réussi un certain temps mais avec l'âge, ses défenses maniaques sont moins efficaces et elle déprime avec des plaintes avant tout somatiques".

Si le Dr R. _____ a mentionné un trouble de la personnalité, il ne l'a finalement pas retenu, estimant que ce diagnostic n'était pas étayé par la description de critères (rapport d'expertise du 11 décembre 2006, p. 13). Il a ainsi précisé ce qui suit :

"Même si l'assurée a quelques fois agi de façon imprévisible et sans tenir compte des conséquences (premier mariage

par exemple) cette tendance est peu marquée et n'est pas constamment répétitive. A l'anamnèse professionnelle, on ne relève pas de comportement querelleur, une tendance continuelle aux conflits interpersonnels ou aux éclats de colère. Elle dit qu'elle peut être affectée par les événements ou des nouvelles, mais son humeur n'est pas pour autant gravement instable. Elle présente une crainte de l'abandon mais qui n'est pas démesurée, de même qu'il n'y a jamais eu de gestes auto-agressifs. Pour ces raisons, nous nous écartons du rapport d'évaluation psychiatrique du 11.07.2005 de la Dresse C._____".

L'avis de la Dresse C._____ est cependant corroboré par celui du Dr J._____, qui a clairement constaté une décompensation de l'organisation de la personnalité en posant le diagnostic complexe de trouble borderline, schizoïde et narcissique de la personnalité. L'expertise du Dr J._____ se révèle plus détaillée en ce qui concerne l'examen clinique du trouble de la personnalité. Le diagnostic retenu par ce praticien est grave, puisqu'il entraîne des troubles de la perception de soi et d'autrui, ainsi que de la pensée (pensée dispersée, relâchement des associations), ce qui se traduit par une perturbation du contact avec la réalité et un fonctionnement psychotique. Excluant tout trouble de conversion, l'expert a constaté que l'assurée présentait un trouble invalidant en indiquant notamment ce qui suit :

"Cette expertisée présente un épuisement de ses ressources psychiques qui s'exprime par une fatigue constante et une incapacité à assumer quelle que responsabilité personnelle que ce soit. Elle présente une décompensation du trouble de la personnalité dont elle souffre sous forme d'un ralentissement de ses fonctions cognitives, de fatigue diurne, de troubles de l'attention et de la concentration, de difficulté majeure à être en relation avec autrui et à supporter les relations sociales qu'implique n'importe quelle activité professionnelle. J'estime donc que d'un point de vue psychiatrique cette expertisée n'est plus à même d'exercer une activité professionnelle de responsable dans les ressources humaines"...L'expertisée ne peut pas travailler sans manifester après quelques semaines un épuisement. Elle montre ainsi que ses capacités d'adaptation sont aujourd'hui épuisées et qu'elle n'est plus à même de mobiliser ses ressources ou ses mécanismes de défense pour affronter le monde du travail. Elle présente des troubles somatiques divers qui perturbent massivement son efficacité intellectuelle et la rendent déprimée et épuisée".

Enfin, dans un avis médical spécialisé du 31 juillet 2008, le Dr V._____ du SMR semble finalement d'accord avec le Dr J._____ quant à l'existence d'un trouble de la personnalité, mais diverge quant au type de trouble. En effet après examen des critères du DSM-IV, le Dr V._____ a retenu un trouble de la personnalité histrionique, mais n'a pas remis en cause l'appréciation du Dr R._____.

c) Au vu des éléments précités, il y a lieu de constater qu'il n'est pas possible de statuer sur la situation de l'assurée vu la divergence des avis médicaux figurant au dossier, ni d'en tirer les conséquences en droit. Ainsi, le Dr J._____ a rassemblé l'entier des plaintes physiques en particulier oculaires et les a examinées sous l'angle d'un trouble grave de la personnalité plutôt que d'un trouble somatoforme douloureux, voire d'une fibromyalgie, diagnostic qu'il n'a tout simplement pas retenu. Tout en posant le diagnostic de trouble de la personnalité histrionique, le Dr V._____ a, quant à lui, estimé qu'une telle atteinte ne permettait pas de remettre en cause les conclusions du Dr R._____. Il est dès lors nécessaire de déterminer si le trouble de la personnalité présenté par l'assurée est décompensé et invalidant.

Par ailleurs, les avis sont également contradictoires s'agissant de l'état dépressif de l'assurée, de son taux d'activité et de rendement, ainsi que du type d'activité qu'elle est en mesure d'exercer. En effet, si le Dr R._____ a considéré que W._____ était susceptible d'assumer un emploi à 100 % dans l'activité exercée jusqu'à présent, le Dr J._____ a précisé qu'une activité de responsable des ressources humaines ou toute activité similaire n'était plus exigible, puisque seule une activité sans responsabilité et sous supervision à temps partiel de l'ordre de 40 % était envisageable. Enfin, le Dr J._____ a eu des difficultés à situer le début de l'incapacité de travail en indiquant qu'elle avait vraisemblablement débuté en 2000, mais que l'incapacité de longue durée avait débuté de manière certaine en février 2005.

d) Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou d'un spécialiste

en psychiatrie qui n'a pas encore été saisi du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

6. a) On notera encore que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré de travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques et psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF du 6 décembre 2007 [I 1034/06] consid. 3.3.3; TFA du 27 mai 2005 [I 819/04] consid. 2.2; TFA du 26 mai 2003 [I 462/02] consid. 2.3; TFA du 10 mars 2003 [I 617/02] consid. 3.1; TFA du 4 avril 2002 [I 401/01] consid. 4c).

Le Tribunal fédéral n'a pas retenu de limite d'âge objective, à compter de laquelle une personne ne serait plus en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail. Il a au contraire admis qu'il convient de déterminer de cas en cas si l'assuré a, au regard de l'ensemble des circonstances concrètes (activités exigibles, adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, expérience professionnelle et situation sociale, capacités d'adaptation à un nouvel

emploi, durée prévisible des rapports de travail, etc...), des chances d'obtenir un nouvel emploi adapté à son handicap.

b) La recourante, née le 29 mars 1947, était âgée de 60 ans et 10 mois au moment déterminant où la décision de refus de rente d'invalidité a été rendue (8 janvier 2008), soit un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (TF du 14 juillet 2008 [9C_612/2007] consid. 5.2 et les références). Or, dans sa décision du 8 janvier 2008, l'intimé n'a pas traité la situation sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi pour l'assurée. Pour ce motif également, la décision attaquée doit être annulée.

7. Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue 8 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à W. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me J.-M. Agier, du service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi 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 :