

VD_FINDINFO AI 158/09 - 349/2012 vom 25. Oktober 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_158_09_-_349_2012

FR: VD_FINDINFO AI 158/09 - 349/2012 du 25 octobre 2012

IT: VD_FINDINFO AI 158/09 - 349/2012 del 25 ottobre 2012

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE{EN GÉNÉRAL}, ADMISSION DE LA DEMANDE, EXPERTISE JURIDIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 25

octobre 2012 _____ Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges : M. Neu et Mme Dessaux Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : N. _____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant – Vaud, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI En fait : A. a) N. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1980, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de fleuriste obtenu en 2000, a successivement œuvré dans ce domaine puis dans celui de la promotion de produits jusqu'en juillet 2005. A partir du 1^{er} novembre 2005, elle a travaillé – dans le cadre d'un gain intermédiaire de l'assurance-chômage – en qualité de fleuriste auprès de l'entreprise U. _____ Fleurs, tout d'abord à un taux de 70%, puis à un taux de 50% dès le mois de mai 2006 et ce jusqu'à son licenciement en mai 2007. Par la suite, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière. Parallèlement, l'intéressée a poursuivi une activité créatrice, notamment en tant qu'artiste peintre. b) En date du 3 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison de troubles bipolaires. Dans ce contexte, elle a en particulier signalé que le Dr S. _____, son médecin généraliste traitant, avait attesté une incapacité de travail de 50% pour la période du 22 mars au 21 avril 2006, et que le Dr G. _____, son psychiatre traitant, avait fait de même pour la période du 22 au 30 avril 2006. Aux termes d'un formulaire 531bis non daté, indexé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 4 décembre 2006, l'intéressée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait depuis toujours travaillé à 100% comme fleuriste, par nécessité financière. Interpellé par l'OAI, le Dr S. _____ a fait part de ses observations dans un rapport du 31 mars 2007, retenant l'affection avec impact sur la capacité de travail de troubles affectifs bipolaires. Il a précisé que ce diagnostic avait été posé suite à une consultation au Département de psychiatrie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux F. _____) en juillet 2005, ensuite de quoi l'intéressée avait été adressée au Service ambulatoire de psychiatrie universitaire de [...] avant d'être prise en charge par le Dr G. _____ depuis le printemps 2006. Pour le surplus, le Dr S. _____ a renvoyé à l'appréciation de ce dernier médecin. Il a par ailleurs produit un rapport établi le 9 août 2005 par les Drs Y. _____ et T. _____, respectivement médecin-adjoint et chef de clinique auprès du Département de psychiatrie des Hôpitaux F. _____, observant que l'assurée avait présenté des changements d'humeurs dès l'enfance, que ceux-ci s'étaient accompagnés d'hallucinations

dès l'adolescence, que des épisodes hypomaniaques étaient survenus dès l'âge de 17-18 ans, et qu'au vu de l'anamnèse, il y avait lieu de conclure à un trouble affectif bipolaire type I; ces médecins relevaient en outre que l'intéressée – qui avait consommé des substances psychoactives par passé – présentait une dépendance à l'alcool. Le Dr S. _____ a également versé au dossier un graphique de l'humeur réalisé le 4 août 2005 par la Dresse T. _____, ainsi qu'un questionnaire d'hypomanie complété par l'assurée le 9 août 2005. Par rapport du 18 avril 2007, le Dr G. _____ a retenu les diagnostics influant sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire actuellement en rémission (F31.7) depuis 1998 environ, et de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) depuis l'adolescence. Il a fait état d'une incapacité de travail de 50% dans la profession de fleuriste pour la période du 22 au 30 avril 2006, puis dès le 30 octobre 2006 pour une durée indéterminée. S'agissant du traitement prescrit, il a précisé que l'assurée suivait une psychothérapie de soutien, qu'elle prenait un stabilisateur de l'humeur, et que, plus récemment, une psychothérapie cognitivo-comportementale avait été mise en oeuvre. Il a mentionné par ailleurs que l'abus d'alcool persistait à ce jour de manière occasionnelle et assez espacée. Dans une annexe à son rapport, il a ajouté que les troubles de santé de l'intéressée se répercutaient de manière modérée mais non négligeable sur l'activité exercée jusqu'alors (« difficultés de concentration, de mémoire, et surtout une faible tolérance au stress, aux pressions de temps et aux exigences de rendement, avec notamment une difficulté dans la gestion des émotions négatives et risques de difficultés relationnelles »), laquelle demeurait exigible à raison de quatre heures par jour, avec une diminution de rendement de 50%. Il a précisé que dans une activité adaptée, impliquant un faible niveau de concentration, de faibles exigences de rendement ainsi que des horaires peu stressants et peu contraignants, l'assurée pourrait travailler environ quatre heures par jour, avec une diminution de rendement de 50%. Par compte-rendu du 17 avril 2008, le Dr G. _____ a indiqué que l'état de santé de l'intéressée demeurait stationnaire et que la situation était en substance superposable à celle prévalant lors de son précédent rapport du 18 avril 2007, auquel il a renvoyé pour le surplus. Le 27 juin 2008, l'assurée a été convoquée au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où elle a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique effectué par le Dr Q. _____, psychiatre. Dans son rapport du 18 juillet suivant, ce dernier n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des traits de la personnalité histrionique. D'une part, le Dr Q. _____ a fait état d'un flou anamnestique auquel s'ajoutaient une labilité émotionnelle, une dramatisation, un désir permanent d'être appréciée et une susceptibilité. Il a exposé que ces facteurs constituaient autant de traits de la personnalité histrionique, mais qu'il manquait en revanche différents paramètres pour poser un diagnostic de personnalité émotionnellement labile. D'autre part, il a mentionné que l'humeur était stable, qu'il n'y avait pas d'élément de la lignée dépressive, que les éléments de la lignée anxieuse étaient circonscrits par le traitement instauré, que les périodes excitatives ou d'hallucination visuelles et auditives rapportées dans le cadre de l'anamnèse n'avaient pas été attestées par les médecins consultés, et que les périodes dépressives semblaient essentiellement réactionnelles. Dans ces conditions, il a retenu que ni l'étude du dossier, ni l'examen clinique ne permettaient de conclure à un trouble affectif bipolaire de type I tel qu'évoqué par le Service de psychiatrie des Hôpitaux F. _____ en 2005. Enfin, il a relevé n'avoir constaté aucun signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de

perturbation de l'environnement psychosocial, ou de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il en a déduit que son analyse ne mettait en évidence aucune maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Cela étant, il a considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, et ce depuis toujours. Par rapport du 21 juillet 2008, le Dr K. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr Q. _____. Le 23 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'intéressée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, motifs pris que les renseignements médicaux au dossier ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé invalidante, et qu'aucun élément objectif ne témoignait d'une limitation de la capacité de travail. L'intéressée a contesté ce projet par acte du 7 août 2008. Dans une écriture complémentaire du 26 août 2008, elle a fait valoir qu'elle avait été licenciée par son dernier employeur à cause de ses troubles du comportement et de la concentration ainsi que de ses absences répétées, qu'elle se trouvait depuis lors au chômage, et qu'elle avait en conséquence pu observer une amélioration de son état en relation avec l'absence de situations stressantes et angoissantes, l'absence ou la réduction de ses situations influant fortement sur la versatilité de ses humeurs contraires. Elle a pour le surplus rappelé que son psychiatre traitant le Dr G. _____ avait préconisé une diminution du taux d'occupation à 50%, ceci pour atténuer la fréquence des crises et d'événement lourds à vivre tant pour elle-même que pour son entourage. Par écrit du 29 août 2008, le Dr G. _____ a contesté l'appréciation du Dr Q. _____. Il a tout d'abord souligné que l'assurée s'était plainte des conditions dans lesquelles s'était déroulé l'examen au SMR, et que lorsqu'elle s'était rendue à son cabinet peu de temps après, elle était décompensée et au bord de la crise émotionnelle. Pour le reste, le Dr G. _____ a essentiellement maintenu les conclusions de ses précédents rapports médicaux des 18 avril 2007 et 17 avril 2008, considérant en particulier que c'était à tort que le Dr Q. _____ avait écarté les diagnostics de personnalité émotionnellement labile et de trouble affectif bipolaire. Par avis médical SMR du 10 décembre 2008, les Drs Q. _____ et W. _____ ont réfuté les allégations de l'assurée quant au déroulement de l'examen clinique psychiatrique du

E. 27

juin 2008. Pour le reste, ils ont confirmé en substance que, lors de cet examen, il n'avait pas été possible de trouver des éléments dans le sens d'un trouble de la personnalité décompensée ayant valeur incapacitante, ni de déceler des signes en faveur d'un trouble affectif bipolaire; sur ce dernier point, ils ont précisé que le médecin traitant avait lui-même relevé que ce trouble était en rémission, ce qui expliquait l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le SMR, faute de syndrome pathologique incapacitant. c) Par décision du 18 février 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 23 juillet 2008. Dans un courrier explicatif du même jour, l'office a relevé qu'un mandat d'expertise était par nature très différent d'un mandat thérapeutique et que cette différence pouvait expliquer que l'assurée ait mal vécu l'examen effectué au SMR –cette impression négative n'étant cependant pas confirmée par le médecin examinateur. Sur le plan médical, l'OAI a observé que le rapport d'examen du Dr Q. _____ satisfaisait aux conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il a souligné enfin que nonobstant les difficultés de l'intéressée, il demeurait qu'en matière d'AI, seule comptait l'influence de l'état de santé sur la capacité de travail. B. a) Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 27 mars 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à la

mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à la réforme de la décision entreprise dans le sens des résultats de cette expertise. En substance, elle fait valoir que le rapport établi par le Dr Q._____ du SMR le 18 juillet 2008 ne répond pas aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Elle produit en outre un onglet de pièces comportant notamment divers témoignages écrits rédigés par son entourage au sujet de l'impact de ses troubles de santé. Par écrit daté du 27 mars 2009 et envoyé sous pli recommandé le 4 mai 2009, la recourante a modifié ses conclusions, requérant désormais à titre principal la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès d'un service psychiatrique universitaire, cela afin de déterminer l'existence ou non de troubles bipolaires.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 8 juin 2009. Il considère en particulier que les critiques de la recourante à l'encontre de l'évaluation du Dr Q._____ sont dénuées de fondement. c) Dans sa réplique du 23 juin 2009, l'intéressée a précisé ses conclusions, celles-ci tendant dorénavant principalement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à la réforme de la décision litigieuse en fonction des résultats de cette expertise, et subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens de ladite expertise. Sur le fond, la recourante a maintenu ses griefs à l'encontre de l'évaluation du Dr Q._____. Par envoi du 28 juillet 2009, l'assurée a versé au dossier un rapport du Dr G._____ du 24 juillet précédent. Aux termes de ce compte-rendu, ce médecin a relevé que l'intéressée présentait depuis environ trois mois des symptômes psychotiques d'intensité et de fréquence croissantes, qui s'étaient amendés avec l'instauration d'un traitement neuroleptique en sus du traitement stabilisateur d'humeur déjà en place depuis 3 ans. Il a précisé que par le passé, l'assurée n'avait présenté de tels symptômes que de manière très ponctuelle, passagère et espacée, et qu'ils avaient toujours pu être rattachés à la consommation de substances psychoactives ou à des événements stressants. Or, l'émergence récente de ces symptômes de manière intense et rapprochée, pendant et aussi en-dehors des épisodes de troubles affectifs (dépressions, manies ou hypomanies), amenait à reconsidérer le diagnostic, le tableau clinique évoluant d'un trouble bipolaire II vers un trouble schizo-affectif. d) Se déterminant le 10 août 2009, l'intimé a maintenu sa position. S'agissant plus particulièrement de l'aggravation de l'état de santé mentionnée dans le rapport du Dr G._____ du 24 juillet 2009, l'office relève que dans la mesure où cette détérioration est postérieure à la décision litigieuse du 18 février 2009, elle ne saurait par conséquent être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. C. a) Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès des Drs L._____ et V._____, respectivement médecin associé et médecin hospitalier auprès du Centre d'expertises du Département de psychiatrie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier B._____). Dans leur rapport du 29 juillet 2011, les experts ont notamment fait état de ce qui suit : "

DIAGNOSTICS (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – CIM-10) v Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) ; v Trouble affectif bipolaire non exclu (F31) ; v Utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) ; v Antécédent d'utilisation de substances psycho-actives multiples nocive pour la santé (cocaïne, ecstasy, ...) (F19.1).

APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC [...] Notre investigation met en évidence chez Madame N._____ d'importants troubles psychiques. En effet, depuis de nombreuses années, elle présente des variations de l'humeur (notamment une symptomatologie dépressive) d'apparition parfois soudaine et d'intensité variable, une symptomatologie anxieuse pouvant parfois se manifester sous forme d'attaques de panique.

Nous relevons également des difficultés relationnelles, de même que des difficultés dans la gestion de l'impulsivité, avec une tendance à agir sans pouvoir réfléchir aux conséquences. Dans les moments où Madame N._____ n'est pas en mesure de gérer ses émotions, elle peut adopter des comportements destructeurs, voire autodestructeurs [...]. Madame N._____ présente ainsi des attitudes et comportements dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (affectivité, sensibilité, contrôle des impulsions, etc.). Le mode de comportement anormal est durable, persistant, profondément enraciné, inadapté à des situations personnelles et sociales très variées, et source d'une importante souffrance personnelle. Ces critères diagnostiques correspondent à ceux d'un trouble de la personnalité et plus précisément chez Madame N._____, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. A cela s'ajoutent le recours à des substances psycho-actives, avec une consommation parfois importante, [et] la notion de troubles alimentaires signalée dans le dossier médical. Ces éléments peuvent être, selon nous, compris dans le cadre du trouble de la personnalité présenté par l'expertisée. En même temps, chez Madame N._____, l'importance de la dimension du registre thymique, avec des épisodes dépressifs marqués (où l'expertisé[e] peut « se terroriser » chez elle) et les phases où la symptomatologie évoque un tableau d'allure hypomane, avec notamment une humeur plus élevée, une hyperactivité, une réduction des besoins de sommeil, etc., peut faire évoquer le diagnostic d'un trouble bipolaire, retenu à plusieurs reprises. Un certain nombre d'éléments parle en faveur de ce diagnostic, comme par exemple une meilleure stabilisation sous thymorégulateur. Par contre, comme le mentionne le Docteur Q._____, il n'y a pas de description objective des épisodes anamnestiques [...] précédant la prise en charge spécialisée. Ainsi, selon les éléments dont nous disposons actuellement, nous ne pouvons pas affirmer la présence formelle de cette pathologie chez Madame N._____. En effet, les épisodes de dépression marquée peuvent être compris dans le cadre de manifestations extrêmes du trouble de la personnalité émotionnellement labile et le tableau d'allure hypomane, également comme des manifestations atypiques d'un syndrome dépressif (dépression agitée). Par ailleurs, au cours de notre investigation, nous avons pu relever chez Madame N._____ une importante capacité à « donner le change ». Cette capacité contraste avec la gravité des états qu'elle peut par moments évoquer (épisodes d'alcoolisation importante où elle se retrouve à manger par terre ...), en dépit de sa difficulté à parler de ses troubles. En outre, la symptomatologie telle que les troubles du moi (déréalisation), les troubles des perceptions, pouvant être majorés par la prise de substances psycho-actives, est selon nous à comprendre dans le cadre du grave trouble de la personnalité présenté par Madame N._____. Que l'on retienne finalement ou non le diagnostic de trouble affectif bipolaire, dans le prolongement du trouble de personnalité borderline, il demeure que les troubles psychiques de l'expertisée se caractérisent par des symptômes psychiatriques d'une importante sévérité par moments, dont le retentissement sur la capacité de travail sur le long cours ne fait guère de doute. Dans le domaine professionnel, ils s'expriment notamment dans la difficulté présentée par l'expertisée à être dans la régularité, dans la continuité, dans sa difficulté à gérer les situations de stress, dans ses rapports souvent conflictuels avec les autres (collègues de travail etc.). A cela s'ajoutent les variations de l'humeur, parfois marquées et soudaines, les manifestations anxieuses et la prise de substances psychoactives. Ainsi, sur un plan psychiatrique, Madame N._____ présente à l'heure actuelle, selon nous, une incapacité de travail de 50%. Il nous paraît important qu'elle poursuive une prise en charge spécialisée, telle que celle débutée avec le Docteur G._____ en 2006, sur le long terme, avec prise d'un traitement médicamenteux

psychotrope. I. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES Au plan physique Nous vous renvoyons aux médecins somaticiens. Au plan psychique et mental, au plan social Madame N. _____ présente des troubles psychiques qui réduisent ses ressources affectives, relationnelles, limitant par là ses capacités adaptatives, ses possibilités de gestion de situations de stress, qu'elle serait par exemple susceptible de rencontrer sur le marché du travail. L'expertisée présente par ailleurs d'importantes difficultés à être dans la régularité, dans la continuité, conséquences directes de son trouble de la personnalité. A cela s'ajoutent les variations de l'humeur, parfois marquées et soudaines, les manifestations anxieuses, et la prise de substances psychoactives. 2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Le trouble que nous avons constaté limite la capacité de Madame N. _____ à exercer une activité professionnelle. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Selon nous, Madame N. _____ présente une incapacité de travail de l'ordre de 50%. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure? Les limitations décrites précédemment sont indépendantes de l'activité exercée. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Oui, en fonction de l'instabilité et de l'imprévisibilité des mouvements thymiques. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis 2006 au moins, période à laquelle le médecin psychiatre traitant atteste d'une incapacité de travail de longue durée. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Il s'est globalement péjoré, atteignant 50%. 3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL? Madame N. _____ est partiellement capable de s'adapter à son environnement professionnel, dans la mesure où celui-ci est suffisamment souple et peut tenir compte des difficultés mentionnées ci-dessus (vulnérabilité au stress, difficultés relationnelles, variabilité de l'humeur notamment). II. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? A l'heure actuelle, Madame N. _____ paraît peu en mesure de fournir les efforts nécessaires dans la durée pour mener à terme une formation professionnelle complète. [...] 3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSUREE? Oui, les activités impliquant peu de stimulations relationnelles et de facteurs de stress. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Il nous paraît important de tenir compte de la capacité de l'environnement à supporter les variabilités de rendement en fonction de l'instabilité psychique de Madame N. _____. Une aide au placement après évaluation de l'orientation professionnelle tenant compte de la vulnérabilité psychique de l'expertisée nous paraît nécessaire. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Cf. réponse à la question 2.2. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Cf. réponse à la question 2.4. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? La question tombe. Questions de Monsieur [...], juriste conseil au Centre Social Protestant Vaud 1. Quelle est l'influence des troubles psychiques sur l'activité exercée jusqu'ici (fleuriste)? 1.1. L'activité de fleuriste est-elle toujours exigible? REPONSE : l'activité de fleuriste est toujours exigible, avec les limitations mentionnées dans la réponse à la question 3 (cf. ci-dessus). 1.2. Si oui, à quel pourcentage?

REPONSE : 50% 2. La capacité résiduelle de travail de l'assurée peut-elle être améliorée dans une activité adaptée? REPONSE : Non, Madame N._____ présente une incapacité de travail de 50% et ce quelle que soit l'activité professionnelle. 2.1. Si oui, dans quelle proportion? REPONSE : La question tombe . 2.2. Dans quelle activité? REPONSE : La question tombe ." Dans ses déterminations du 23 novembre 2011, l'OAI se rallie à un avis médical SMR des Drs J._____ et R._____ du 14 novembre 2011 adhérant aux conclusions de l'expertise précitée. Constatant toutefois que les réponses données par les experts aux questions 2.5 et 2.6 ne permettent pas de déterminer le début du droit à la rente selon les termes de la loi, l'office demande à ce qu'un complément d'information soit requis sur ce point. Par écrit du 28 novembre 2011, l'assurée indique qu'elle n'a aucune observation particulière à formuler à l'égard de l'expertise susmentionnée, attendu que celle-ci lui paraît claire et complète et que ses conclusions s'inscrivent dans la lignée de celles présentées dans le recours. Dans un courrier du 5 décembre suivant, l'intéressée se prononce, pour l'essentiel, en faveur du complément d'expertise sollicité par l'intimé. b) Dans un rapport complémentaire du 10 juillet 2012, les Drs L._____ et V._____ ont fourni les précisions suivantes : " Questionnaire complémentaire : 1. Pouvez-vous préciser la date à partir de laquelle il existe une incapacité de travail de « 20% au moins », de même que le taux exact d'incapacité à cette date (20% ou supérieur, 30, 40, 50% etc) ? 2. Pouvez-vous préciser la date à laquelle l'incapacité de travail a atteint 50% ? 3. Pouvez-vous préciser l'évolution de l'incapacité de travail entre ces deux dates, soit le moment où l'expertisée présente une incapacité de travail de « 20% ou supérieure » et celui où elle présente une incapacité de travail de 50% (progression linéaire ou par paliers, cas échéant, merci de donner le détail des paliers) ? REPONSES : Selon les informations dont nous disposons, c'est à partir de l'année 2006 qu'une incapacité de travail de longue durée est médicalement attestée. Madame N._____ était alors engagée (depuis le 1^{er} novembre 2005) à temps partiel (70%, puis 50% à partir du 1^{er} mai 2006) comme fleuriste et recevait également des indemnités de l'assurance[-]chômage (30%, puis 50%). Son médecin traitant (le Docteur S._____) atteste d'une incapacité de travail de 50% du 22 mars au 21 avril 2006. A cette période, elle débute un suivi auprès du Docteur G._____, psychiatre-psychothérapeute, qui atteste d'une incapacité de travail de 50% du 22 au 30 avril 2006. A partir du 1^{er} mai 2006, comme mentionné ci-dessus, le taux d'activité de Madame N._____ est réduit à 50%. Par la suite, le Docteur G._____ atteste d'une incapacité de travail de 50% de longue durée à partir du 30 octobre 2006. Etant donné la nature des troubles psychiques de Madame N._____, qui, comme nous le mentionnons dans notre rapport d'expertise, s'expriment, dans le domaine professionnel, notamment dans la difficulté qu'elle présente « (...) à être dans la régularité, dans la continuité, dans sa difficulté à gérer les situations de stress, dans ses rapports souvent conflictuels avec les autres [...] [...] A cela s'ajoutent des variations de l'humeur, parfois marquées et soudaines, les manifestations anxieuses et la prise de substances psycho-actives (...) », il ne nous est pas possible de donner davantage de précisions sur l'évolution de son incapacité de travail en 2006 (progression linéaire ou par paliers, etc.). A partir des éléments dont nous disposons, nous pouvons dire qu'une incapacité de travail de 50% de longue durée est attestée médicalement depuis le 30 octobre 2006 et s'est globalement maintenue à ce taux depuis lors. " Prenant position le 16 août 2012, l'OAI observe qu'au vu des indications complémentaires fournies par les experts et compte tenu des dispositions légales applicables au cas particulier, il y a lieu de fixer au 30 octobre 2006 le début du délai d'attente prévu par la législation topique en matière d'octroi de rente d'invalidité. Par acte du 28 août 2012, la recourante déclare renoncer à se

déterminer. En droit : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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 a été déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 18 février 2009 par l'OAI, rejetant la demande de prestations de l'assurée faute d'atteinte à la santé invalidante. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI – également dans sa teneur en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2007 – prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 ss) que dans

celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3, p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est donc restée la même. c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 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 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. 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 et TF 9C_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1). 4. a) En l'espèce, compte tenu des avis

médicaux divergents versés au dossier, la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire confiée aux Drs L. _____ et V. _____, du Centre d'expertises du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B. _____. Dans leur rapport du 29 juillet 2011, les experts ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), de trouble affectif bipolaire non exclu (F31), d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) et d'antécédent d'utilisation de substances psycho-actives multiples nocive pour la santé (cocaïne, ecstasy, ...) (F19.1). Ils ont indiqué qu'au vu des éléments en leur possession, ils ne pouvaient pas affirmer la présence formelle d'un trouble affectif bipolaire chez l'assurée. Toutefois, que l'on retienne ou non ce diagnostic dans le prolongement du trouble de la personnalité borderline, ils ont observé que les affections psychiques de la recourante se caractérisaient par des symptômes psychiatriques d'une importante sévérité par moments, dont le retentissement sur la capacité de travail sur le long cours ne faisait aucun doute. A ce propos, ils ont précisé que les troubles psychiques de l'assurée réduisaient ses ressources affectives, relationnelles et adaptatives ainsi que ses possibilités de gestion de situations de stress qu'elle serait par exemple susceptible de rencontrer sur le marché du travail. L'intéressée éprouvait en outre d'importantes difficultés à être dans la régularité et la continuité, conséquences directes de son trouble de la personnalité. A cela s'ajoutaient des variations de l'humeur, parfois marquées et soudaines, des manifestations anxieuses ainsi que la prise de substances psychoactives. Au vu de ces éléments, les experts ont considéré que, depuis 2006 à tout le moins, la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité; ils ont également signalé une diminution de rendement en fonction de l'instabilité et de l'imprévisibilité des mouvements thymiques. Par la suite, aux termes de leur rapport complémentaire du 10 juillet 2012, les Drs L. _____ et V. _____ ont relevé que le Dr S. _____ avait attesté une incapacité de travail de 50% du 22 mars au 21 avril 2006, que le Dr G. _____ avait quant à lui attesté une incapacité de travail de 50% pour la période du 22 au 30 avril 2006, que le taux d'occupation de l'assurée avait été réduit à 50% dès le 1^{er} mai 2006, et que le psychiatre traitant avait finalement attesté une incapacité de travail de 50% de longue durée à partir du 30 octobre 2006. Sur le vu de ces éléments, les experts ont retenu qu'une incapacité de travail de 50% de longue durée était attestée médicalement depuis le 30 octobre 2006 et s'était globalement maintenue à ce taux depuis lors. b) Rien au dossier n'incite à douter des conclusions de l'expertise judiciaire. Ainsi, si les Drs L. _____ et V. _____ ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile sans formellement retenir celui de trouble affectif bipolaire mentionné par le Dr G. _____ dans ses divers comptes-rendus (cf. rapports des 18 avril 2007, 17 avril 2008 et 29 août 2008), il demeure que les médecins du Centre hospitalier B. _____ ont motivé leur position de manière convaincante (cf. rapport d'expertise du 29 juillet 2011 p. 11 s.). En outre, bien que tant le psychiatre traitant que les experts judiciaires aient fait état d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité, il y a lieu d'accorder la préséance à l'avis plus nuancé des Drs L. _____ et V. _____ selon lesquels la diminution de rendement de l'assurée ne s'élève pas à 50%, contrairement à l'avis du Dr G. _____, mais dépend de l'instabilité et de l'imprévisibilité des mouvements thymiques et s'avère dès lors difficilement quantifiable compte tenu d'une certaine variabilité. Pour le surplus, on relèvera que l'analyse fouillée des experts judiciaires n'a pas mis en lumière d'éventuels indices permettant de corroborer l'aggravation évoquée par le Dr G. _____ dans son constat du 24 juillet 2009, lequel signalait une évolution du trouble bipolaire vers un trouble schizo-affectif en raison d'une intensification des symptômes psychotiques depuis trois

mois; quoi qu'il en soit, dans la mesure où cette prétendue détérioration porte sur une situation de fait postérieure à la date de la décision attaquée, elle ne saurait de toute manière être examinée dans le cadre du présent litige. En outre, si, dans son rapport du 18 juillet 2008, le Dr Q. _____ du SMR a retenu des conclusions différentes de celles des experts – imputant à l'assurée une pleine capacité de travail dans toute activité, faute d'atteinte invalidante sur le plan psychique –, il reste que les médecins de ce service se sont ultérieurement ralliés à l'analyse des Drs L. _____ et V. _____ (cf. avis médical SMR du 14 novembre 2011) au détriment de l'appréciation du Dr Q. _____. Dans ces conditions, rien ne s'oppose à retenir que l'avis des spécialistes du Centre hospitalier B. _____ l'emporte en définitive sur celui du Dr Q. _____. Par ailleurs et surtout, le rapport d'expertise du 29 juillet 2011, tel que complété le 10 juillet 2012, se fonde sur trois entretiens avec l'assurée entre novembre 2010 et février 2011, sur des contacts téléphoniques avec les Drs S. _____ et G. _____, et sur les pièces des dossiers constitués respectivement par le Centre hospitalier B. _____ et l'OAI (cf. rapport du 29 juillet 2011 p. 1). Il procède d'une analyse approfondie du cas particulier et repose sur un examen clinique complet. L'appréciation de la situation médicale s'avère méticuleuse et nuancée, et les conclusions des experts sont motivées de manière cohérente et convaincante. Cela étant, il appert que l'expertise des Drs L. _____ et V. _____ remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Il n'existe par conséquent aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire – ce que les parties ne contestent pas (cf. déterminations de l'OAI des 23 novembre 2011 et 16 août 2012; cf. écritures de la recourante des 28 novembre 2011 et 28 août 2012). On retiendra dès lors que l'assurée présente des troubles psychiques induisant une incapacité de travail de 50% dans toute activité. c) Il convient à présent d'examiner la question du taux d'invalidité de la recourante. S'agissant du droit à la rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où ce droit prend naissance. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (l'éventualité prévue à la let. a n'étant pas pertinente en l'espèce), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (cf. consid. 3a supra). Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de cette disposition, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail; un taux d'incapacité de 20% est déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 3.2 et les références citées). Par ailleurs, l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) – également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – prévoit qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (TFA I 392/05 & I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, on notera tout d'abord qu'à la lumière de l'art. 29ter RAI, l'incapacité de travail de 50% survenue du 22 mars au 30 avril 2006 ne saurait être prise en compte pour déterminer le début du droit à la rente; en effet, dès le 1^{er} mai 2006, l'assurée a repris son activité de fleuriste en diminuant, certes, son taux d'occupation à 50%, mais sans qu'aucune incapacité de travail ne soit concrètement attestée avant le 30 octobre 2006. A cet égard, il faut rappeler qu'aux termes de leur expertise pleinement probante (cf. consid. 4b supra), les

Drs L._____ et V._____ ont retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail durable de 50% médicalement attestée depuis le 30 octobre 2006, et que la situation était restée stable depuis lors. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Il s'ensuit qu'en l'espèce, le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI a commencé à courir en octobre 2006, pour arriver à échéance en octobre 2007. Par conséquent, la capacité résiduelle de travail étant de 50% dans toute activité – y compris l'ancienne activité de fleuriste – et se confondant dès lors avec le degré d'invalidité (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3), il y a lieu de reconnaître à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2007. 5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est allouée à l'assurée avec effet au 1^{er} octobre 2007. b) 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'assurance■invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 – 144/2012 du 23 avril 2012 consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. La recourante ayant obtenu gain de cause et ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 2'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.