

VD_FINDINFO AI 29/09 - 417/2010 vom 22. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_29_09_-_417_2010

FR: VD_FINDINFO AI 29/09 - 417/2010 du 22 septembre 2010

IT: VD_FINDINFO AI 29/09 - 417/2010 del 22 settembre 2010

Regeste

AI{ASSURANCE}, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 al. 2 LAI, 69 al. 1bis LAI, 83 LOJV, 16 LPGA, 57 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 2 LPA-VD, 52 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.09.2010 AI 29/09 - 417/2010

AI{ASSURANCE}, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 al. 2 LAI, 69 al. 1bis LAI, 83 LOJV, 16 LPGA, 57 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 2 LPA-VD, 52 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 29/09 - 417/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 22 septembre 2010

Présidence de M. Abrecht Juges : MM. Pittet et
Monod, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :

Y. _____, à Ménières, recourante, représentée par Intégration handicap, service juridique, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 7ss LPGA; 4 et 28 LAI En fait : A. a) Y. _____ (ci-après: l'assurée), née le 29 janvier 1970, originaire d'Erythrée, est arrivée en Suisse en 1991. Elle a travaillé de 1993 à 1999 comme aide de cuisine. Elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 27 février 2007. b) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a été convoquée au SMR pour un examen clinique de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué le 1^{er} septembre 2008, avec l'assistance d'un traducteur de langue érythréenne, par les Drs V. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, F. _____, spécialiste FMH en médecine interne, et T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport d'examen clinique du 25 septembre 2008, il ressort en particulier ce qui suit : " Status psychiatrique La présentation de l'assurée est bonne, le contact est fuyant, la collaboration est probablement au mieux de ce que l'assurée peut proposer, la cognition est dans la norme, l'orientation aux 3 modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur ni agitation, le discours est cohérent, on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. L'assurée partage le focus d'attention. [...] APPRÉCIATION DU CAS Assurée d'origine érythréenne, âgée de 38 ans, revendiquant des douleurs dorsolombaires associées à des gonalgies à caractère mécanique évoluant depuis 4 à 5 ans de façon générale sans notion de facteur favorisant particulier hormis la notion d'une chute dans les escaliers il y a 2 ou 3 ans de cela. L'examen clinique sur le plan ostéoarticulaire n'a pas mis en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires. Sur le

plan neurologique, aucun déficit objectif n'a été mis en évidence lors de l'examen. A signaler un important déconditionnement musculaire en ce qui concerne la musculature posturale avec relâchement de la sangle abdominale et raccourcissement partiel de la musculature ischio-jambière. A signaler aussi la présence de signes de non organicité à l'examen clinique, 9/18 selon Smythe en faveur d'une pathologie de type fibromyalgie et 2/5 selon Waddell en faveur d'un processus non organique. Un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut être retenu sur la base des critères de la CIM 10. [...] Sur le plan ostéoarticulaire, cette assurée présente une pleine capacité de travail sans véritable limitation fonctionnelle. Au vu de la surcharge pondérale présentée, le déconditionnement musculaire et de la possibilité d'un syndrome rotulien anamnestique, il est conseillé à l'assurée de privilégier des activités à caractère sédentaire ou semi-sédentaire. L'activité antérieure (aide de cuisine) est une activité qui peut s'adapter aux limitations fonctionnelles retenues. [...] Sur le plan psychiatrique : Assurée de 38 ans, originaire de l'Erythrée, en Suisse depuis 1991, au bénéfice d'un permis de séjour F ayant travaillé de 1993-1996 puis de 1996-1999 comme aide de cuisine, ne travaille plus depuis 1999 sans qu'il y ait pour autant et à notre connaissance d'incapacité de travail médicalement attestée. Dépose une demande AI en date du 27 février 2007. L'examen clinique SMR met en évidence, d'un point de vue anamnestique, une fatigue, nervosité, anxiété, tristesse le matin, difficultés de concentration. L'examen clinique retrouve une thymie bonne sans irritabilité ni tristesse, sans anhédonie, sans repli sur elle-même, sans perte d'estime d'elle-même, sans adynamie, sans culpabilité avec ruminations existentielles, sans idée noire. L'examen retrouve par ailleurs des éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent d'elles-mêmes ainsi que des éléments en faveur d'une anxiété généralisée à raison d'une fois par mois. L'intensité du tableau de dépression chronique de l'humeur dont se plaint l'assurée est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger et évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien mais la plupart du temps se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capable[s] de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne ce qui est le cas de notre assurée qui assure à raison de 3 fois par semaine le ménage de l'ensemble du foyer où elle réside et à raison de 2 fois par semaine la cuisine pour les 10 pensionnaires du foyer. En dehors de ce tableau de dysthymie et d'un point de vue anamnestique, l'assurée fait état d'une consommation importante d'alcool jusqu'à il y a 2 ans où elle a pu arrêter sa consommation grâce à un traitement par Antabus. La consommation d'alcool semblait essentiellement primaire et festive. Un rapport médical de la B. _____ en date du 14 septembre 2006 fait état: – d'une hospitalisation en 1996 pour décompensation psychotique mais le rapport d'hospitalisation permettant d'envisager les conditions de ladite hospitalisation ainsi que la symptomatologie, le traitement et le pronostic n'est pas au dossier, – un probable diagnostic d'épisode dépressif moyen F32.1 ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé F10.21. Les conclusions de l'examen SMR de septembre 2008 correspondent à une évolution du tableau sémiologique permettant de retenir ces diagnostics avec 1. abstinence à la consommation d'alcool par le biais de l'Antabus 2. et dysthymie apparaissant comme éventuellement cicatricielle d'un épisode dépressif antérieur tel que l'indique la CIM 10 page 115. Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de

personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. [...] Concernant la capacité de travail exigible, Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles retenues au vu des troubles ostéoarticulaires modérés présentés par l'assuré[e] est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement sur le plan ostéoarticulaire. " c) Le 27 octobre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de prestations. Il y exposait que l'assurée avait été examinée par un rhumatologue, un interniste et un psychiatre auprès du SMR le 1^{er} septembre 2008. Après analyse médicale de la situation, force était de constater que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, à savoir aucune affection entravant de façon durable et importante l'exercice d'une activité professionnelle. En effet, tant sur le plan ostéoarticulaire que sur le plan psychiatrique, les experts n'avaient pas relevé de pathologie pouvant exercer une quelconque influence sur la capacité de travail. Aucun élément objectif n'indiquait qu'une incapacité de travail prolongée était médicalement justifiée dans l'exercice de l'activité d'aide de cuisine. d) Par décision du 8 décembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 octobre 2008. B. a) L'assurée a recouru contre cette décision, en contresignant pour accord un courrier de la J. _____ du 16 janvier 2009 adressant au Tribunal cantonal, comme valant recours contre la décision de l'OAI du 8 décembre 2008, un courrier adressé le 23 décembre 2008 à l'OAI par le Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, lequel courrier est également contresigné par cette dernière. Dans ce courrier du 23 décembre 2008, le Dr R. _____ réaffirme que la recourante est incapable de travailler pour des raisons psychologiques et qu'elle devrait bénéficier de prestations de l'AI; en effet, après une évaluation approfondie sur le plan psychiatrique par l'Unité de Psychiatrie ambulatoire (ci-après : l'UPA) [...] en juillet 2008, il s'avère que la recourante présente un trouble schizo-affectif de type dépressif, avec symptômes psychotiques récurrents; de plus, un examen neuropsychologique effectué le 19 avril 2008 met en évidence des troubles mnésiques, attentionnels, du raisonnement et un fléchissement exécutif important. La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée. Le 16 février 2009, le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés a informé le Tribunal qu'il était mandaté par la recourante. b) Dans sa réponse du 30 avril 2009, l'OAI expose que les pièces médicales produites à l'appui du courrier du 23 décembre 2008 valant recours (soit un rapport de l'UPA du 4 juillet 2008 et un rapport d'examen neuropsychologique du Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation du [...] du 19 avril 2009) ont été soumises au SMR pour appréciation. Il résulte de l'avis médical SMR établi le 28 avril 2009 par le Dr T. _____ que ces pièces remettent en question l'appréciation faite par l'OAI de la capacité de travail de la recourante, laquelle devra être réévaluée en fonction des éléments que le médecin traitant transmettra à l'OAI lors de l'appréciation (nécessitant éventuellement une expertise psychiatrique) de la demande de tutelle déposée par ce médecin auprès de la Justice de paix le 24 avril 2009. L'OAI propose dès lors la suspension de la cause jusqu'à l'obtention des informations précitées. c) Invitée à se déterminer sur la proposition de l'OAI, la recourante, par son mandataire, a exposé le 28 mai 2009 que si le rapport d'examen clinique du 25 septembre 2008 ne pouvait être suivi et qu'une instruction supplémentaire était indispensable dans la mesure où les médecins traitants ne s'étaient pas clairement prononcés sur la capacité de travail, une telle instruction

ne pouvait pas être effectuée par l'OAI, comme celui-ci le suggérait sans sa réponse au recours. Compte tenu de l'effet dévolutif du recours, il appartenait au Tribunal d'ordonner la mesure d'instruction nécessaire à la solution du litige. La recourante a dès lors conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et, sur le fond, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il détermine le début du droit à la rente et son montant. d) Le 4 juin 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'avant d'ordonner le cas échéant une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comme le sollicitait la recourante, il y avait lieu de suspendre l'instruction de la cause, comme le proposait l'OAI, dans l'attente des conclusions de l'expertise psychiatrique à intervenir dans le cadre de la procédure tendant à la mise sous tutelle de la recourante introduite le 24 avril 2009 par son médecin traitant, le Dr R. _____; l'instruction de la cause serait reprise à réception par le Tribunal du rapport d'expertise psychiatrique que lui transmettrait l'OAI, ou à la requête motivée de la partie la plus diligente. Le 30 juin 2009, le juge instructeur a demandé à la Justice de paix du district de [...] si, dans le cadre de la procédure apparemment en cours auprès d'elle concernant l'assurée, elle avait ordonné ou envisageait d'ordonner une expertise psychiatrique. Le 2 juillet 2009, l'OAI a transmis au Tribunal un rapport médical du 25 mai 2009 de la Dresse D. _____, cheffe de clinique adjointe au Secteur Psychiatrique [...], qui estimait – de manière motivée – que l'incapacité de travail de la recourante était totale en raison de ses difficultés psychiques. La juge de paix du district de [...] ayant indiqué le 17 juillet 2009 qu'elle n'envisageait pas d'ordonner une expertise psychiatrique, le juge instructeur a ordonné le 6 août 2009 la reprise de l'instruction de la cause. e) Une expertise psychiatrique judiciaire a alors été ordonnée et confiée au Dr A. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 22 mars 2010, l'expert résume le dossier, expose les plaintes actuelles de l'expertisée, l'anamnèse personnelle et les constatations psychopathologiques. De ce rapport, il ressort en particulier ce qui suit: " 7. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation)? Schizophrénie indifférenciée (F20.3) Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F10.21) Il est très difficile de poser un diagnostic pour les troubles psychiques que présente cette expertisée en raison de l'absence d'une anamnèse fiable et précise et en l'absence de troubles objectifs. Cette expertisée présente un émoussement affectif évident. Elle n'investit aucune relation. Il n'y a aucune personne significative dont elle fasse mention, aussi bien au cours de cette expertise que dans les documents à disposition. Toutes les relations sentimentales sont sans lendemain et semblent n'avoir jamais affecté cette expertisée. Cette expertisée présente donc au premier plan une symptomatologie négative faite d'apragmatisme, de ralentissement psychomoteur et idéatoire. Elle n'a aucun projet, aucun désir (si ce n'est de quitter la J. _____). Elle dit s'ennuyer et se tourner les pouces sans savoir que faire, mais elle n'élabore aucun projet. Elle est dépendante des autres pour toutes les questions de gestion. Elle se dit triste et avoir envie de mourir, mais en même temps elle a peur de mourir. En 1996, elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide par défenestration avec hallucinations visuelles et auditives. Elle se plaint de troubles du sommeil mais elle ne dort pas pendant la journée. Je considère donc les affects dépressifs comme l'expression de l'émoussement général des affects. Elle dit entendre des voix. Mais je n'ai constaté aucune attitude d'écoute. Je ne trouve aucune indication dans les pièces du dossier qui attesterait d'un comportement en réponse à ces hallucinations (réponse verbale aux voix, attitude d'écoute, perplexité soudaine, angoisse brusque manifeste). Les hallucinations visuelles

sont décrites par Mme le Dr D. _____ dans son rapport du 4 juillet 2008. Je note également un trouble du cours de la pensée avec une difficulté importante à répondre aux questions posées. Il est vrai que la compréhension du français est certainement limitée mais de manière peu importante. Comme le relève[nt] les éducateurs qui suivent maintenant depuis plus de trois ans l'expertisée, cette dernière a une bonne compréhension du français mais est perturbée par moment et donne alors l'impression de ne plus comprendre. Les tests neuropsychologiques montrent des troubles mnésiques antérogrades verbaux, un ralentissement, des troubles attentionnels et des troubles du raisonnement. L'ensemble de ces troubles est « subjectif » puisque ces tests impliquent la collaboration du patient. Or l'expertisée est décrite comme collaborante. Il est donc vraisemblable, en l'absence de lésions cérébrales, que ces troubles sont induits par les troubles psychiques dont souffre l'expertisée. L'ensemble de ce tableau clinique me conduit à poser le diagnostic de schizophrénie indifférenciée. Je ne pose pas le diagnostic de trouble schizo-affectif. En effet, mon expérience clinique de tels troubles me conduit à exclure ce diagnostic. En effet, les patientes souffrant de trouble schizo-affectif ne manifeste[nt] pas une symptomatologie négative aussi massive et sont capables de garder pied dans la réalité et d'être autonome. Elles ne présentent pas non plus de troubles cognitifs importants comme c'est le cas de l'expertisée. Je ne pose pas non plus le diagnostic de trouble dépressif. J'exclus ce diagnostic car, si des hallucinations sont présentes, ce trouble dépressif devrait être sévère. Or la symptomatologie que présente cette expertisée permettrait tout au plus de poser un diagnostic de trouble dépressif léger à moyen mais certainement pas sévère. En effet, cette expertisée est capable de travailler toute la journée. Elle ne pleure pas. Elle ne présente pas de troubles du sommeil majeurs. Elle ne présente pas non plus de troubles de l'appétit. J'estime donc que la symptomatologie de type dépressif entre dans le cadre de la symptomatologie négative du trouble psychotique. J'exclus un trouble bipolaire car je n'ai aucun indice d'une fluctuation importante de l'humeur au cours du temps. J'exclus également un trouble factice. En effet, cette expertisée ne manifeste aucun désir. Elle n'a aucun projet. Je ne vois pas quel bénéfice dit secondaire elle peut retirer de séjourner depuis quatre ans à la J. _____. Elle n'a jamais eu recours aux médecins ou aux services de soins pour en tirer des avantages. Sa situation est actuellement complètement bloquée en raison de son atteinte à la santé. J'estime donc qu'il n'y a pas de simulation. Enfin j'exclus un trouble dissociatif. En effet cette symptomatologie n'est assez démonstrative pour être d'origine histrionique. L'expertisée ne présente pas un trouble de la personnalité avec des traits narcissiques. J'estime donc que l'on peut exclure un tel diagnostic. 8. Discussion J'ai tenté dans le chapitre précédent d'asseoir le diagnostic sur un faisceau d'observations concordantes. Mais c'est bien en raison des observations apportées par les éducateurs de la J. _____ que ma conviction a pu se forger ainsi. Il est malgré tout frappant de constater que le recours contre la décision de l'Office AI n'ait pas émané de l'expertisée mais des soignants qui la prennent en charge. L'expertisée manifeste une indifférence qui est loin de la « belle indifférence » ! Certes l'expertisée est capable de travailler aujourd'hui. Mais elle ne le fait que dans un milieu protégé avec un cadre très strict. Dès que ce cadre est ouvert, si peu soit-il, l'expertisée s'alcoolise à nouveau et noue des relations éphémères. C'est dire sa fragilité. La question importante est de savoir si le syndrome de dépendance à l'alcool joue un rôle prépondérant dans les troubles psychiques actuels. Je considère que le syndrome de dépendance à l'alcool est strictement secondaire aux troubles psychiques que présente cette expertisée. Il est vraisemblable qu'ils ne jouent aucun rôle dans la genèse des troubles cognitifs que présente cette expertisée. 9. Capacités professionnelles En raison des troubles

psychiques qu'elle présente cette expertisée est totalement incapable de travailler ailleurs qu'en milieu protégé. Elle est, à mon avis, également totalement incapable de vivre ailleurs que dans un milieu protégé sans mettre en danger sa santé, voire sa vie. Mais il est particulièrement difficile de dater le début de l'incapacité de travail en raison du manque de renseignements anamnestiques fiables. Il est vraisemblable que cette incapacité de travail est bien antérieure à l'hospitalisation de septembre 2006. J'estime que l'on peut admettre que depuis le début de l'année 2006 au moins, cette expertisée était totalement incapable de travailler en raison des troubles psychiques dont elle souffrait. " f) Se déterminant le 27 avril 2010 sur le rapport d'expertise, la recourante a indiqué qu'elle se ralliait entièrement aux conclusions de l'expertise du Dr A._____. Relevant que selon l'expert, l'incapacité de travail était totale depuis le début de l'année 2006 au moins, elle a conclu à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2007. Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI a produit un avis médical SMR établi le 28 avril 2010 par le Dr F._____, dont la teneur est la suivante: " Il faut demander au Dr A._____ de préciser les raisons justifiant qu'il s'écarte de l'appréciation du Dr T._____, psychiatre FMH qui a examiné l'assurée dans le cadre du SMR le 01.09.2008. En l'absence de cette argumentation son rapport d'expertise n'aura pas de caractère probant. Le Dr T._____ retenait dans son status l'absence de troubles cognitifs, une assurée orientée aux 3 modes sans trouble de la mémoire ni ralentissement psychomoteur. Le discours de l'assurée était qualifié de cohérent. Il n'avait pas été retrouvé de troubles du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. Au moment de l'examen SMR, aucun élément clinique ne permettait de retenir un diagnostic psychiatrique au sens d'une classification internationale reconnue influençant la capacité de travail. Le Dr A._____ retient le diagnostic de schizophrénie indifférenciée et de syndrome de dépendance à l'alcool, abstinence en milieu protégé. Il précise en page 4 §7 que les diagnostics ont été posés difficilement en l'absence d'une anamnèse fiable et précise et en l'absence de troubles. L'examen SMR avait été effectué avec l'assistance d'un traducteur officiel dans la langue maternelle de l'assurée. Merci de demander à l'expert de préciser si une telle précaution a été mise en place lors de son travail d'expertise. Ce ne sont pas les empêchements mis en évidence par le Dr A._____ qui sont contestés mais la chronologie de l'incapacité de travail; en effet, il n'est pas impossible que nous soyons face à des limitations fonctionnelles secondaires à une consommation abusive chronique d'alcool, associée ou non à une comorbidité psychiatrique nouvelle décompensée depuis l'examen SMR. " L'OAI a estimé nécessaire que l'expert puisse être interrogé sur les points soulevés dans l'avis médical SMR précité. g) Invité à répondre de manière précise et détaillée, dans un rapport d'expertise complémentaire, aux points soulevés dans l'avis médical SMR établi le 28 avril 2010 par le Dr F._____, l'expert A._____ s'est déterminé comme suit dans un rapport complémentaire du 1^{er} juin 2010 : " 3. Questions posées Le SMR pose deux questions : d'une part je m'écarte du diagnostic (ou de l'absence de diagnostic) posé par le Dr T._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, environ deux ans avant mon examen. D'autre part la modalité de l'examen que j'ai réalisé sans interprète est mis[e] en question. 4. Réponse aux questions La première question, qui est la seconde dans le rapport médical du SMR, est celle de la qualité de l'examen. Cette question est cruciale. En effet, j'ai fait un examen, et un seul examen d'une heure environ. D'autre part, je n'ai pas eu recours à un interprète pour réaliser cet examen, contrairement au Dr T._____. Tout d'abord il est rare que je n'examine qu'une seule fois une expertisée dans le cadre d'une expertise. Le plus fréquemment, il me semble indispensable d'examiner au

moins deux fois une expertisée de manière à pouvoir appréhender de manière circonstanciée l'ensemble des troubles psychiques. Je n'ai pas jugé nécessaire dans ce cas de le faire. A cela, j'ai deux motifs au moins: d'une part les renseignements que pouvait me donner l'expertisée étaient pauvres et j'étais convaincu (et je le suis toujours) que je n'obtiendrais pas plus de renseignements lors d'un second entretien. D'autre part, j'ai obtenu lors de ma visite à la J. _____ des renseignements importants des personnes qui prennent en charge l'expertisée depuis plus de trois ans. Les informations des tiers sont à mon avis essentielles et incontournables dans l'évaluation aussi bien de l'état de santé psychique que de la capacité de travail de cette expertisée. En conséquence, l'ensemble des informations recueillies me permettait alors de me forger une opinion sur la pathologie dont souffre l'expertisée et sur sa capacité de travail. D'après les renseignements des personnes qui prennent en charge l'expertisée depuis plus de trois ans, le recours à une interprète n'était pas nécessaire. Je n'ai donc pas demandé l'intervention d'une interprète, sachant que si je l'estimais nécessaire, j'aurais la possibilité d'examiner une seconde fois l'expertisée avec une interprète. A la suite de mon examen du 1^{er} décembre 2009, j'ai estimé que l'expertisée avait été à même de répondre à mes questions et que le recours à un interprète n'était pas indispensable dans le cas présent. Ce n'est pas la langue qui représente une barrière mais bien les troubles psychiques de l'expertisée comme je le mentionne en page 5 de mon rapport du 22 mars 2010. J'estime donc avoir réalisé un examen dans des conditions adéquates qui permettent de répondre aux questions posées. En ce qui concerne le fait que je m'écarte des conclusions du Dr T. _____, psychiatrie et psychothérapie FMH, je vais tenter de justifier mon appréciation. En effet, je n'ai pas à contester l'examen ni l'observation clinique du Dr T. _____. D'une certaine manière, si l'on s'en tient à ce que dit l'expertisée, il n'y a aucun problème. Tout va bien. Le seul problème est qu'elle est maintenue « de force » à la J. _____ depuis plus de trois ans. L'observation des tiers donne des informations essentielles sur les troubles que présente l'expertisée : a. dès que l'encadrement est un peu relâché, l'expertisée s'alcoolise; b. dès que l'encadrement est un peu relâché, l'expertisée a des relations sentimentales chaotiques; c. l'expertisée est totalement incapable de gérer ses propres affaires et une demande de mesures tutélaires est en cours; d. l'expertisée ne manifeste aucune initiative et ne peut que se plaindre de s'ennuyer; e. l'expertisée n'a aucune relation sociale stable et ses relations avec les membres de sa famille sont très rares. L'ensemble de ces informations indique que l'expertisée présente des troubles psychiques. Mais si l'on s'en tient strictement à ce que livre l'expertisée lors de l'examen clinique, il est parfaitement possible d'estimer qu'elle ne présente aucun trouble psychique notable. Comme je le notais dans mon rapport du 22 mars 2010, il est difficile de poser un diagnostic en l'absence de troubles objectifs manifestes. C'est la raison pour laquelle je ne conteste pas ni l'examen ni les conclusions du Dr T. _____ car ces conclusions sont en lien parfaitement logique avec l'examen qu'il a pratiqué. Néanmoins il manque à cet examen l'ensemble des renseignements donnés par les tiers. D'une part, cette expertisée a présenté un trouble psychotique aigu en 1996 déjà et a été hospitalisée en milieu psychiatrique. L'expertisée, au moment de l'examen par le Dr T. _____, était placée à la J. _____. Il ne s'agissait pas d'un choix personnel mais d'un placement à fins d'assistance. Or un tel placement n'est pas décidé par l'autorité sans motif. Ce fait n'est strictement pas discuté par le Dr T. _____. Les renseignements anamnestiques donnés par l'expertisée sont toujours flous et vagues. Les souvenirs ne sont jamais clairs et précis. L'expertisée est incapable d'évoquer une histoire de vie cohérente et d'expliquer les événements de sa vie. Ce fait n'est pas relevé comme pertinent par le Dr

T._____. J'estime donc que cette expertisée présente une anosognosie. En effet, elle est totalement incapable de reconnaître qu'elle souffre de troubles psychiques et qu'elle a besoin de soins. Cette anosognosie entre dans le cadre d'une symptomatologie négative d'un trouble schizophrénique qui se caractérise par un apragmatisme, une perplexité, des troubles cognitifs peu spécifiques et qui échappent à un examen standard. J'évoque dans mon rapport du 22 mars 2010, un trouble du cours de la pensée. À nouveau ce trouble n'est pas patent. Mais il fait référence à la lenteur de l'expertisée à répondre à certaines questions, au fait que je dois répéter certaines questions car l'expertisée semble oublier la question à laquelle elle est censée répondre à certains moments. Ces troubles sont légers et peuvent parfaitement passer inaperçus. Mais ils manifestent, à mon sens, parfaitement les troubles psychiques de cette expertisée. En conséquence, j'estime que cette expertisée présente de longue date des troubles psychiques qui l'ont quasiment constamment empêchée de travailler. Elle a présenté des épisodes de décompensation dont un au moins l'a conduit en milieu hospitalier psychiatrique en 1996 déjà. Cette expertisée n'a jamais accepté un traitement médical suivi, même pour son affection HIV, manifestant ainsi toujours une certaine anosognosie. Les renseignements anamnestiques montrent que cette expertisée n'a plus travaillé depuis de nombreuses années. En conséquence, les troubles psychiques que présente aujourd'hui cette expertisée ne datent pas de ces derniers mois mais remontent à plusieurs années. C'est la raison pour laquelle, je pose un diagnostic de schizophrénie et que je conteste ainsi l'absence de diagnostic du Dr T._____. Enfin le syndrome de dépendance à l'alcool que présente cette expertisée est secondaire aux troubles psychiques dont souffre cette expertisée. En effet, lors de l'hospitalisation de 1996, il n'est pas fait mention d'alcoolisation. Il est donc vraisemblable que ce syndrome de dépendance à l'alcool est apparu plus tard, en réponse aux angoisses dont souffrait l'expertisée. J'estime que les troubles cognitifs que présente cette expertisée sont peu spécifiques et relèvent beaucoup plus d'une atteinte psychiatrique que de séquelles d'un alcoolisme. Mais, aujourd'hui il n'est vraisemblablement pas possible de faire une distinction sur l'étiologie de ces troubles car nous manquons de toute information objective antérieure à l'examen neuropsychologique du 4 août 2009. " h) Invitée à se déterminer sur le rapport complémentaire de l'expert A._____ du 1 er juin 2010, la recourante a indiqué le 15 juin 2010 n'avoir rien à ajouter à ses déterminations du 27 avril 2010. Egalement invité à se déterminer sur le rapport complémentaire de l'expert A._____ du 1 er juin 2010, l'OAI a exposé le 22 juillet 2010 qu'après avoir pris connaissance du complément d'expertise du Dr A._____, il n'a aucune raison de s'écarter de ses conclusions. Toutefois, comme le relève l'expert, il est particulièrement difficile de dater le début de l'incapacité de travail en raison du manque de renseignements anamnestiques fiables. A cet égard, l'OAI indique ne pas pouvoir suivre l'expert lorsque celui-ci admet que l'incapacité de travail remonte au début de l'année 2006, faute d'éléments probants permettant d'étayer cette hypothèse. Soutenant qu'il convient de se fonder sur un élément concret, soit la date de l'hospitalisation (septembre 2006) pour déterminer le début de l'incapacité totale de travail, l'OAI propose l'admission du recours dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1 er septembre 2007, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Invitée à se déterminer sur la proposition en procédure faite par l'OAI, la recourante conteste l'argumentation de l'OAI selon laquelle il y aurait lieu de s'écarter des conclusions de l'expert en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, au motif qu'il manquerait d'éléments probants permettant d'étayer

cette hypothèse. Elle relève que l'expert a constaté dans son rapport que "cette incapacité de travail est bien antérieure à l'hospitalisation de septembre 2006". Il s'agit là d'une affirmation qui, justement, consiste dans une conclusion médicale, formulée par un expert spécialement mandaté à cet effet, ce qui en fait une constatation fiable. Il est ainsi hors de question que, sans raison, l'OAI réponde autrement que l'expert, dont il reconnaît par ailleurs une pleine valeur probante au rapport, à une question à laquelle celui-ci a déjà répondu. i) Le 19 août 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le Tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 23 décembre 2008 par Y. _____ contre la décision rendue le 8 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1 er

janvier 2008, 5 e révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c et 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, 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; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). 4. a) En l'espèce, la Cour des assurances sociales, confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, a confié une expertise judiciaire psychiatrique au Dr A. _____,

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 22 mars 2010, précisé par un rapport complémentaire du 1^{er} juin 2010, l'expert judiciaire est arrivé à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, qu'en raison des troubles psychiques dont elle souffre, la recourante est totalement incapable de travailler ailleurs qu'en milieu protégé. L'expert expose de manière circonstanciée, dans son rapport complémentaire du 1^{er} juin 2010, les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr T. _____, telles qu'elles ressortent du rapport d'examen clinique du 25 septembre 2008, pour retenir une incapacité de travail totale, rejoignant ainsi l'appréciation des médecins de l'Unité de Psychiatrie ambulatoire de [...] et du Dr R. _____, médecin traitant de la recourante. Force est dès lors de considérer, à l'instar des parties elles-mêmes, que le rapport de l'expert judiciaire, qui est complet et convaincant, remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence (cf. consid. 3c supra), doit se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il n'y a aucun motif de s'écarter de ses conclusions.

b) Contrairement à l'OAI, la Cour de céans ne voit pas de raison de s'écarter de la constatation de l'expert judiciaire selon laquelle l'incapacité totale de travail de la recourante remonte au début de l'année 2006 au moins. Si l'expert a relevé qu'il est particulièrement difficile de dater le début de l'incapacité de travail en raison du manque de renseignements anamnestiques fiables, le seul souci de se fonder sur un "élément concret" pour fixer le début de l'incapacité de travail ne saurait conduire à retenir que celle-ci n'a débuté qu'avec l'hospitalisation de septembre 2006 – suivie du placement à des fins d'assistance à la J. _____ depuis le 23 octobre 2006 – alors que l'expert est clairement arrivé à la conclusion qu'elle était selon toute vraisemblance bien antérieure et remontait au moins au début de l'année 2006.

c) En définitive, il convient de retenir que la recourante présente pour des raisons psychiatriques, une incapacité totale de travailler ailleurs qu'en milieu protégé depuis le mois de janvier 2006 et qu'elle a donc droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1^{er} janvier 2007 (terme du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 8 décembre 2008 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 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'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son conseil, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce :

I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs), à payer à la recourante à titre de dépens, est mise à la charge de l'OAI. Le

président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Intégration handicap, service juridique (pour Y. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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