

## VD\_FINDINFO AI 300/08 - 56/2012 vom 10. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_300\\_08\\_-\\_56\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_300_08_-_56_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 300/08 - 56/2012 du 10 février 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 300/08 - 56/2012 del 10 febbraio 2012

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.02.2012 AI 300/08 - 56/2012

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 300/08 - 56/2012 ZD08.017439 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 10 février 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges :

Mmes Thalmann et Brélaz Braillard Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : S. \_\_\_\_\_, à Morges, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à  
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. S. \_\_\_\_\_  
(ci-après: l'assurée), née en 1972, nurse de formation, a travaillé depuis janvier 2002 en  
qualité d'éducatrice de la petite enfance aux hospices cantonaux vaudois. Le 28 avril 2005,  
elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après:  
l'OAI) une demande de prestations d'invalidité, se prévalant d'une hernie discale, de  
protrusions et d'arthrose. L'OAI s'est adressé au Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en  
médecine générale à Morges et médecin traitant de l'assurée. Le 11 juillet 2005, ce praticien  
a posé les diagnostics de hernie discale médiane traitée par hémi-laminectomie L5-S1  
bilatérale le 11 novembre 2003, et d'épisode anxio-dépressif depuis novembre 2003. Il a  
attesté une incapacité de travail à 100% dès le 1 er avril 2005 et retenu que l'exercice d'une  
autre activité n'était pas exigible. Le 18 août 2005, la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecin cantonal  
adjoint, a posé les diagnostics de status après hémilaminectomie L5-S1 bilatérale, de  
lombosciatalgies bilatérales, d'état dépressif réactionnel et de troubles anxieux. Elle a joint  
un rapport du 19 juillet 2005 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, médecin associé au service de  
médecine du personnel du CHUV, évoquant la persistance des douleurs depuis l'opération  
pour hernie discale puis retenant un état dépressif réactionnel et des troubles anxieux.  
L'OAI s'est en outre adressé au Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Morges, qui, dans un  
rapport du 1 er mars 2006, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse,  
des douleurs dorsales et des séquelles résultant d'abus sexuels. Il a notamment retenu des  
plaintes de tristesse et d'angoisse, puis relevé l'évocation par l'assurée d'un viol à l'âge de 24  
ans. Le 3 avril 2006, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies  
droites hyperalgiques résiduelles après cure de hernie discale L5-S1 bilatérale et de trouble  
de l'adaptation aigu avec anxiété et humeur dépressive; elle a retenu que les douleurs  
lombaires excluaient l'exercice de l'activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance. Elle

a en outre déposé les documents médicaux suivants: - Un rapport du 25 janvier 2006 de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, posant les diagnostics de lombo-sciatalgies droites hyperalgiques résiduelles après cure de hernie discale L5-S1 bilatérale en novembre 2003, de discopathie L5-S1 et protrusions discales L3-L4 et L4-L5, de coxarthrose bilatérale prédominant à droite, de dysbalances musculaires et déconditionnement physique global, de status post-vissage in situ de la hanche droite pour épiphysiolyse avec bascule du noyau céphalique de 30° en 1986 et de status post-vissage préventif de la hanche gauche en 1986. Elle a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité d'éducatrice de la petite enfance et relevé qu'un reclassement professionnel dans une activité administrative risquait d'échouer. - Un rapport du 31 janvier 2006 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au service de psychiatrie générale du CHUV, posant le diagnostic d'antécédents de trouble de l'adaptation aigu avec anxiété et humeur dépressive. Elle a exposé que ces troubles résultaient du stress de l'intervention chirurgicale en 2003 et du stress de devoir changer de profession en 2005, dont l'évolution avait été favorable. Elle n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. - Un rapport du 24 février 2006 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, retenant, suite à un bilan psychiatrique, un trouble de l'adaptation aigu avec anxiété et humeur dépressive d'évolution favorable, ne limitant pas la capacité de travail. Compte tenu également du bilan rhumatologique retenu par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, elle a retenu qu'une reprise du travail, même dans une activité administrative, était compromise. Le 2 juin 2006, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a remis à l'OAI un rapport du 25 mai 2006 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à la clinique du dos à Lausanne, diagnostiquant une lombopygalgie dans un contexte de discopathies dégénératives L3-S1, de microinstabilité L5-S1, de déconditionnement physique et de souffrance digestive; il a estimé que la reprise d'une activité professionnelle aussi contraignante que celle d'éducatrice de la petite enfance n'était pas envisageable. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise le 11 août 2006 à un examen rhumatologique, effectué par le Dr A. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH au SMR. Dans son rapport du 25 octobre 2006, ce médecin a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L4-L5 et discarthrose L5-S1, et de status post-traitement chirurgical d'une hernie discale L5-S1. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée depuis mai 2003. Dans son appréciation du cas, il a exposé ce qui suit: "A l'examen clinique l'assurée a un comportement algique déjà lors de l'entretien. Elle doit fréquemment se stabiliser avec ses membres supérieurs en position assise et se lève une fois pendant les 50 minutes de l'entretien. L'assurée dit avoir pesé 100 kg, elle pèse actuellement 60 kg, avec un BMI normal, mais sans amélioration des lombalgies. La mobilité du tronc est modérément limitée autant en flexion qu'en extension, il n'est pas possible d'obtenir les amplitudes maximums, l'assurée a une appréhension importante, elle a l'impression qu'elle va se bloquer le dos. La palpation est électivement douloureuse sur les deux derniers segments lombaires. Il n'y a pas de contracture paravertébrale. Il n'y a pas d'amyotrophie de la sangle abdomino-dorsale, ceci malgré une trophicité musculaire globalement faible. Il n'y a pas de signe de sciatique, ni de cruralgie irritative, ni de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Il existe une hypoesthésie non systématisable du membre inférieur droit. Le score de Waddel est positif (4 points sur 5) pour des signes de non-organicité. La mobilité des hanches est conservée, elle déclenche des douleurs lombaires. Une coxarthrose débutante radiologique avait été relevée par la Dresse

Z.\_\_\_\_\_. La lecture du dossier radiologique montre sur l'IRM post-opératoire de novembre 2003 une impression de matériel discal médian en L5-S1, décrit par le radiologue comme une hémorragie dans les tissus mous. Cette image disparaît par la suite et en particulier au niveau de l'IRM de décembre 2005, il n'y a pas d'évidence de récurrence de hernie ou de compression des racines. Il existe en L4-L5 une protrusion médiane, ainsi qu'une hypertrophie des ligaments jaunes. Le disque L3-L4 présente un trouble dégénératif débutant. Il n'y a pas de trouble dégénératif postérieur. En conclusion, si l'assurée a indéniablement un comportement algique avec des difficultés à stabiliser son tronc en station debout, une intolérance à la station assise prolongée, il est difficile au vu des éléments à disposition d'en préciser la cause. Il n'y a pas de complication post opératoire, la protrusion discale L4-L5 est banale et elle n'explique pas l'importance de la symptomatologie. Il n'y a pas non plus de troubles dégénératifs postérieurs, ni de signe d'instabilité lombaire, ceci malgré l'hyperlordose. L'appréhension importante de la patiente ne permet pas d'obtenir les amplitudes maximums et de ce fait, on ne peut pas retenir de syndrome rachidien (absence de contracture paravertébrale lombaire). Les signes de non organicité parlent pour une amplification des symptômes. Les limitations fonctionnelles Rachis: port de charges au-delà de 9 kg, mouvements répétés de flexion-extension du tronc, position statique assise 60 minutes, debout 30 minutes. [...] Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans un poste adapté, respectant les limitations fonctionnelles, une capacité de 100% persiste avec une diminution de rendement de 20%; la symptomatologie douloureuse à elle seule ne suffit pour justifier une incapacité de travail; les éléments objectivables avec absence de syndrome rachidien, de signes de compression ou d'irritation persistante des racines, d'absence de complication post-opératoire, ne justifient pas une incapacité importante dans une activité légère. Nous ne pouvons retenir un handicap fonctionnel important, comme le suggère la Dresse Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport de janvier 2006; l'assurée est capable de faire en grande partie le ménage, elle est capable de s'occuper d'elle-même et d'autrui (elle rend fréquemment visite à une personne âgée et l'aide à mettre ses gouttes ophtalmiques), elle est capable également d'avoir une activité physique légère; le week-end, elle se ballade ou elle va faire du vélo avec son ami pendant 30 à 45 minutes. L'appréhension que présente l'assurée ne justifie pas une incapacité de travail, cette appréhension n'est pas justifiée par une atteinte somatique objectivable. En vue d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, un entretien avec l'assurée s'impose, celle-ci ne comptant sur une amélioration que d'ici 1 à 2 ans; elle ne se voit actuellement pas travailler, même dans une activité physiquement légère". Dans un rapport d'examen du SMR du 6 novembre 2006, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies droites chroniques, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L4-L5 et discarthrose L5-S1, puis une capacité de travail exigible de 100% avec un rendement de 80% dans une activité adaptée. Dans un rapport initial du 1 er mars 2007, l'OAI a indiqué que l'assurée recevait une rente d'invalidité à 100% de la caisse de pensions de l'Etat de Vaud dès août 2005 et que, signalant une aggravation de son état de santé, l'intéressée ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle. Dans un rapport du 27 mars 2007, la Dresse H.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a notamment posé les diagnostics de lombosciatalgies S1 à droite et L5 à droite et d'hyperlaxité. Elle a signalé en particulier une recrudescence des lombalgies depuis un mois, des difficultés de mouvement, des paresthésies, une attitude antalgique et des douleurs à la palpation, surtout en L4-L5 à droite. Sous la plume du Dr O.\_\_\_\_\_, le SMR a relevé, dans un avis médical du 12 avril

2007, que la Dresse H. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau et qu'elle ne se prononçait pas sur la capacité de travail, de sorte que les constatations faites lors de l'examen médical au SMR restaient valables. Le 4 mai 2007, l'OAI a pris en charge à titre de moyen auxiliaire les coûts d'une orthèse du tronc ainsi que les frais de nettoyages s'y rapportant. Dans un préavis du 10 décembre 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'intéressée présentait dans une activité adaptée à son état de santé une capacité de travail entière depuis mai 2004, avec un rendement de 80%. Avec un revenu sans invalidité de 59'046 fr. dans l'activité d'éducatrice de la petite enfance et un revenu d'invalidité de 55'311 fr. – correspondant à un salaire d'employée de commerce, en tenant compte d'un rendement de 80% – l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 6.3%. L'assurée a contesté ce préavis, faisant valoir qu'elle bénéficiait d'une rente entière d'invalidité de la caisse de pensions de l'Etat de Vaud, se prévalant d'une détérioration de son état de santé et réclamant un complément d'instruction sur le plan médical. Dans un avis médical du SMR du 24 avril 2008, les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont relevé que le rapport d'examen du SMR, dûment motivé, permettait de retenir que l'assurée présentait sur le plan somatique une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 20%. S'agissant des constatations de la Dresse V. \_\_\_\_\_, ils ont relevé l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique, puis ont estimé qu'un examen psychiatrique n'était pas nécessaire et que les documents médicaux récents ne permettaient pas de modifier leur position. Par décision du 30 avril 2008, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis du 10 décembre 2007. B. Par acte du 4 juin 2008 de son mandataire, l'assurée a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances et conclu à l'octroi de prestations d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En premier lieu, elle relève l'incohérence de la décision de l'OAI de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, dès lors que le droit à une rente entière lui a été reconnu par la caisse de pensions de l'Etat de Vaud. Elle fait valoir que sa cause n'a pas été suffisamment instruite sur le plan médical, dès lors que l'examen au SMR a été effectué uniquement par un médecin rhumatologue, alors qu'une problématique psychique a été mise en évidence par plusieurs médecins et que le dossier radiologique doit être réactualisé. Elle relève que ses souffrances physiques sont réelles et ont été minimisées par le Dr A. \_\_\_\_\_ du SMR, dont elle conteste les motivations. Dans sa réponse du 28 juillet 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sur la base de l'examen au SMR et de l'avis de la Dresse V. \_\_\_\_\_, il relève que l'assurée ne présente pas de signes témoignant d'une affection psychique, de sorte que l'avis du SMR ne saurait être qualifié d'incomplet et qu'une expertise psychiatrique ne s'avère pas nécessaire. La recourante a déposé notamment les documents médicaux suivants: - Un rapport du 20 juin 2007 du cabinet de gastroentérologie de la clinique Cecil, faisant état d'incontinence urinaire et fécale et retenant les diagnostics d'asynchronisme abdomino-sphinctérien avec trouble de la contraction volontaire et de la proprioception rectale, et de coloscopie gauche dans les limites de la norme. Un traitement, notamment médicamenteux, a été indiqué. - Un rapport du 18 septembre 2007 de l'unité d'urogynécologie du CHUV, faisant état de troubles ano-rectaux (incontinence) et de troubles sexuels (diminution de l'intensité de l'orgasme). Il a été relevé que ces atteintes, dues à un problème neurochirurgical, n'étaient pour l'instant pas trop conséquentes. Un traitement médicamenteux a été indiqué. - Un courrier du 8 septembre 2008 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à Morges et

médecin traitant de l'assurée, signalant depuis novembre 2007 une aggravation des symptômes physiques et psychiques, en raison de lombalgies ayant nécessité une diminution des activités quotidiennes et d'une tentative de suicide en décembre 2007 (tentative de défenestration). Elle a signalé une amélioration du syndrome anxio-dépressif après des consultations auprès d'un psychiatre et un traitement médicamenteux, mais constaté une aggravation des douleurs, des signes évoquant un état dépressif et des signes d'hypothyroïdie; elle a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité et a écarté la possibilité de reprise d'une quelconque activité. Dans sa duplique du 7 octobre 2008, l'OAI a déposé un avis médical du SMR du 25 septembre 2008 des Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, qui relèvent que le courrier du 8 septembre 2008 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ ne contient aucune description objective des limitations fonctionnelles, et proposent d'investiguer la problématique psychique. Le 20 janvier 2009, la Dresse K. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH traitant à Vevey, répondant aux questions du mandataire de l'assurée, a indiqué que cette dernière la consultait depuis le 3 décembre 2008 (six consultations à ce jour), qu'elle souffrait d'une affection psychiatrique, notamment une dépression, et qu'elle avait des idées suicidaires, exprimées en l'occurrence avec une certaine réserve. Le 9 mars 2009, l'OAI a remis un avis médical du SMR du 26 février 2009 des Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, relevant que l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_, insuffisamment documenté, n'avait pas valeur probante. C. Le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, confiée au Dr U. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Dans son rapport d'expertise du 12 novembre 2009, ce spécialiste n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychique et a retenu une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement. Il a notamment relevé ce qui suit dans son appréciation du cas: "Sur le plan psychique/psychiatrique, aucune atteinte psychiatrique sévère antérieure n'est diagnostiquée. On parle dans le contexte de la souffrance douloureuse d'un état anxio-dépressif léger réactionnel. L'assurée a été examinée en bonne et due forme par le département de psychiatrie du CHUV et on exclut ici formellement toute atteinte invalidante sur ce plan. Il en est de même en ce qui concerne son premier psychiatre traitant, Dr B. \_\_\_\_\_, qui renvoie également l'appréciation de la capacité du travail du côté somatique, il retient un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse. Dans le positionnement du médecin du travail du CHUV, servant comme base de l'appréciation du médecin cantonal (24.2.06), une limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques est formellement exclue. Ce n'est que récemment, avec intervention du deuxième psychiatre traitant, Dresse K. \_\_\_\_\_, qu'une atteinte plus importante est évoquée, ceci dans le cadre d'un recours au Tribunal. Si on reprend la biographie de l'assurée dans son entier, il y a tout de même quelques constatations à faire sur le plan psychique. Elle est fille unique d'un couple parental assez particulier, d'un père guinéen, d'une mère suisse, qui se sont les deux très tôt engagés pour des mouvements spirituels chrétiens, des missions en Afrique, organismes non gouvernementaux, et qui ont même créé eux-mêmes une sorte d'église évangélique très active. Depuis très tôt leur fille a été non seulement déplacée régulièrement dans les différents lieux de l'activité des parents, mais également placée temporairement chez des familles d'accueil. Selon les dires de l'assurée, elle ne connaissait parfois même pas ces familles, et il semble avoir existé une sorte de croyance naïve de la part des parents que, du moment où les familles appartenaient à l'église, leur engagement éthique serait suffisant pour assumer correctement la prise en charge de l'enfant. Mais ceci n'était pas le cas, l'assurée a souffert de carences affectives, notamment de l'absence prolongée de sa mère. Elle s'est trouvée intérieurement dans une

forme de solitude et a très probablement, en lien avec ceci, développé quelques traits de timidité et anxieux. Il s'agit cependant d'éléments subtils qui n'ont pas empêché en soi une scolarité correcte, développement de l'intelligence et des capacités d'adaptation et plus tard les activités professionnelles. A travers les descriptions de l'assurée quant à son enfance, on a presque l'impression que cet enfant était dérangent pour les parents et leurs activités spirituelles. Une distance affective s'est créée et prolongée tout le long des années adultes qui ont suivi. Cette distance n'était cependant pas absolue, il y a eu des contacts sporadiques et l'assurée a par exemple aussi proposé à sa mère un don de ses cellules du pancréas. La distance était augmentée avec le mariage avec un homme musulman et les contacts n'ont repris que très récemment avec l'annonce de la grossesse. Dans la biographie de l'assurée et le contexte desdites carences se greffent trois événements particuliers: un abus sexuel à l'âge de cinq ans, un autre à l'âge de 12 ans et un viol (rapport sexuel forcé) à l'âge de 25 ans. Tous ces événements n'étaient jamais suivis d'expression, d'élaboration ou de dénonciation à la Justice. Ils ont certainement laissé des traces et des «marques de conditionnement», selon notre appréciation surtout sous forme de développement d'une attitude de soumission. On trouve ceci dans son fonctionnement interpersonnel, de même un manque d'affirmation. Ces constats concernent la psychologie de l'expertisée, mais ne sont pas identiques à un trouble de personnalité dans le sens clinique du terme. D'une manière générale les vécus pénibles de l'assurée ont influencé son mode de fonctionnement, mais n'ont pas conduit à des maladies psychiatriques. En principe les problèmes psychiques de ce type ont toutes les chances d'être améliorés voire guéris avec un traitement approprié (indirectement aussi avec l'apprentissage général de et dans la vie). Madame S. \_\_\_\_\_ a pu élaborer ces problèmes psychologiques seulement en petite partie et ce n'est pas sans raison que son médecin traitant insiste toujours pour qu'elle reprenne un suivi psychothérapeutique. Nous ne pouvons aujourd'hui, après l'examen, que confirmer ce conseil: l'assurée a arrêté son dernier traitement chez la Dre K. \_\_\_\_\_, car elle avait l'impression de ne pas être reconnue dans ses douleurs. Il est possible aussi qu'il y ait eu des problèmes de compatibilité entre les deux personnes, mais ceci ne devrait en principe pas empêcher la recherche pour un tel suivi. En considérant ses souffrances comme sérieuses, Madame S. \_\_\_\_\_ a la possibilité de continuer un travail thérapeutique avec quelqu'un d'autre. La situation psychique générale est aujourd'hui particulière: nous avons rencontré en examen une femme plutôt épanouie, très positive, euthymique, avec une énergie positive, rayonnante, sans trouble cognitif, sans aucun signe majeur du registre dépressif. Elle est restée un peu anxieuse, timide et crispée, mais dans la mesure où elle se trouve dans un cadre bienveillant et acceptant, cette partie était encore diminuée. On pourrait se lancer dans des interprétations concernant l'ampleur du syndrome douloureux qui, d'une part, a un substrat anatomo-pathologique clair, d'autre part dépasse ce que les médecins attendaient sur cette base justement. On pourrait y voir subtilement des désirs de reconnaissance, de revendication, de réparation. Nous préférons ne pas nous lancer davantage dans des interprétations qui pourraient, à ce stade et sans approche psychothérapeutique approfondie, être «sauvages» ou erronées. Diagnostics et conclusions Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous ne retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement aucun diagnostic. Ce constat est sans équivoque et d'ailleurs correspondant à l'auto-appréciation de l'assurée. En ce qui concerne le passé, les différents rapports à son sujet sont très proches, presque juxtaposables. On a certes ici retenu des éléments psychologiques et réactionnels, mais à aucun moment une atteinte significative. Venant de plusieurs sources, médecins extérieurs, médecins traitants,

nous n'avons trouvé aucune raison de les remettre en question, et ce n'est pas non plus la souffrance cachée liée aux abus (qui n'est, comme démontré, que partielle) qui pourrait tout à coup renverser l'appréciation. Rappelons dans ce contexte aussi que l'assurée, pendant passablement de temps, était tout à fait fonctionnelle sur le plan des interactions sociales, personnelles et autres. Si on voulait attribuer la partie non explicable par les constats somatiques et douleurs et discuter un syndrome somatoforme, deux arguments principaux s'opposeraient: d'une part il n'y a pas de psychopathologie psychiatrique importante, d'autre part il existe, comme décrit, très clairement une atteinte physico-physique. Pour le reste, il semble s'agir des éléments hors du champ médical, notamment le déconditionnement physique décrit déjà à plusieurs reprises et par plusieurs personnes. En toute logique et conséquence, nous ne retenons pour cette patiente au stade actuel, aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychique/psychiatrique. Avec les données antérieures, il n'existe pour nous aucune raison d'attribuer une telle incapacité rétroactivement. Au stade actuel, l'assurée est entièrement engagée vers l'enfant à venir et sa vie de couple et la partie principale de son énergie est actuellement canalisée dans cette direction". En date du 16 décembre 2009, l'OAI a maintenu sa position et déposé un nouvel avis du SMR du 27 novembre 2009 des Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, relevant que l'expertise du Dr U. \_\_\_\_\_ était médicalement probante et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Dans ses déterminations du 2 mars 2010, la recourante a maintenu ses conclusions et s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé. Elle a déposé en particulier les documents suivants: - Une attestation de séjour de l'Hôpital Riviera de Montreux du 18 juin 2009, faisant état d'une hospitalisation au service d'orthopédie dudit hôpital du 31 mai au 9 juin 2009. - Un courrier du 22 janvier 2010 de l'Hôpital Riviera de Montreux, signalant des douleurs chroniques en L5-S1, un status neurologique conservé et des discopathies avec une petite hernie paramédiane en L4-L5, les douleurs étant traitées par médication et une opération n'étant pas envisageable. - Un courrier du 25 janvier 2010 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, s'étonnant de l'appréciation du Dr U. \_\_\_\_\_ compte tenu des tentamens de l'assurée et relevant, sur la base d'une IRM lombaire, l'apparition d'une hernie discale L4-L5 droite qui n'était pas présente auparavant. - Une lettre du 22 février 2010 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, attestant un suivi psychiatrique de 38 séances. Mettant en cause l'avis du Dr U. \_\_\_\_\_, elle a constaté un vécu douloureux, un sentiment de culpabilité, une humeur souvent dépressive et anxieuse, des idées suicidaires, des troubles de la mémoire et des moments d'absence. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen, de personnalité dépendante et évitante avec des traits immatures, et de troubles somatiques, puis retenu que l'assurée ne pouvait reprendre une activité professionnelle ni entreprendre une réadaptation. Depuis l'hospitalisation à la clinique de Nant le 1<sup>er</sup> février 2010, elle a relevé que l'intéressée était angoissée et déprimée, qu'elle verbalisait des idées noires, dormait mal et qu'elle venait d'accoucher par césarienne. - Un certificat médical du 28 janvier 2010 de la fondation de Nant, secteur psychiatrique de l'est vaudois, attestant une hospitalisation depuis le 21 janvier 2010 en raison d'un état dépressif sévère avec risque suicidaire. Dans un rapport du 5 juillet 2010, les Drs P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint et médecin assistant du secteur psychiatrique de l'Est vaudois, fondation de Nant, ont fait état de séjours hospitaliers de l'assurée du 21 janvier au 7 février 2010 et du 17 février au 1<sup>er</sup> mars 2010. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et de probable personnalité émotionnellement labile type borderline. D. Le juge instructeur a demandé au Dr U. \_\_\_\_\_ de se déterminer quant aux pièces déposées par la recourante. Dans son

complément d'expertise du 24 juillet 2010, ce médecin a posé, pour la période actuelle, les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes, de moyenne intensité et insuffisamment traités, et de troubles mixtes de la personnalité avec personnalité anxieuse-évitante, dépendante et immature. Il a relevé en particulier ce qui suit au titre de l'appréciation du cas: "Ce qui s'est passé entre novembre 2009 et février 2010 est plutôt exceptionnel. En pleine grossesse, avant l'accouchement de son enfant, le mari de l'assurée la quitte pour s'installer au Liban. Il rejette l'idée d'un déménagement commun au Liban et donne une «vague» promesse qu'il reviendra dans une année ou deux. Là-dessus, Mme S. \_\_\_\_\_ réagit d'une manière massive et compréhensible: outre la déception, la révolte et l'incompréhension, elle est dans un profond sentiment d'abandon qui alimente justement ses anciennes blessures et fragilité. Elle est même si désespérée qu'elle fait une tentative de suicide et elle sera, pour la première fois dans sa vie, hospitalisée en milieu psychiatrique et ceci avant et après la période d'accouchement. La documentation de l'Hôpital établit le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, amélioré par la suite. En toute logique, la situation de l'assurée et de son enfant est ensuite encadrée par plusieurs professionnels et sous forme de réseau, et de plus les autorités sont intervenues d'une part pour la fragilité de la santé de la mère, d'autre part en lien avec le risque éventuel de séquestration. Toute l'histoire a donc pris une tournure très exceptionnelle et existentielle dans le sens que les bases sociales de l'assurée sont totalement instables. Nous avons donc réexaminé Mme S. \_\_\_\_\_ 5 mois après la naissance de son fils. Nous avons constaté un bon et aussi souriant contact entre elle et son fils, des soins adéquats et un encadrement psychosocial en place. Sur le plan de l'observation directe, l'assurée était visiblement dans une légère augmentation de sa souffrance corporelle, nettement plus instable sur le plan psychoémotionnel, en partie souffrante, ralentie, dans une forme cognitive légèrement diminuée et passablement fatiguée. Sur le plan affectif proprement dit, elle était tantôt en larmes, tantôt neutre, tantôt apte à de subtils petits sourires envers l'enfant, l'expert et son assistante sociale. Nous avons ici conclu à la présence d'un état anxiodépressif de moyenne intensité. L'assurée nous disait bénéficier d'un traitement médicamenteux en place, elle affirmait une légère amélioration de sa situation avec ce traitement. Notre dosage sérique de l'antidépresseur a montré que l'assurée était non observante. Contrairement à ses dires, elle ne prend pas la médication prescrite. Ceci dévoile quelques tendances à la contre-vérité mais aussi le fait que probablement son état psychique perturbé (à moyenne intensité) peut être amélioré avec des traitements appliqués (la description détaillée lors de l'hospitalisation en est une preuve). Indirectement, ce résultat relativise des notions antérieures du dossier où l'on parle «d'inefficacité» de traitement, etc... Au fond, en absence d'une vérification et d'un protocole complet, il est impossible de dire ce que l'assurée a réellement pris et dans quelle mesure elle aurait théoriquement pu bénéficier de thérapie pharmacologique. Nous avons repris en détail l'anamnèse personnelle et, aussi souhaité par l'assurée, c'est sa mère qui a donné un certain nombre de renseignements supplémentaires. Nous avons établi ces éléments en détail. Il ressort ici un certain décalage. Dans la vision personnelle de l'assurée, ses parents étaient très absents, elle se plaignait de l'abandon de leur part, des nombreux placements ainsi que leur distance. Vu de la part des descriptions de sa mère, il y a toujours eu des efforts de trouver un compromis entre les engagements professionnels et missionnaires des parents et la nécessité de s'occuper de leur fille. Ainsi, même en étant en Afrique, elle a affirmé des retours en Suisse très réguliers (tous les 2-3 mois pour une durée 1 ½ mois). Nous pouvons donc juste dire que la réalité a été vécue d'une manière différente par les parents et l'assurée. Dans ce cas concret, l'assurée n'avait

plus de suivi psychiatrique depuis août 2009. Elle se disait très critique par rapport à son ancienne psychiatre. La sentant dans une certaine fragilité et surtout dans un questionnement, l'expert a simplement suggéré qu'elle était libre de trouver un autre psychiatre si elle le désirait et si elle cherchait. Il en est de même en ce qui concerne les cours d'autodéfense. C'est l'assurée qui a parlé de son insécurité (légère) dans un espace public et nous avons dans ce contexte mentionné qu'il existait des cours d'autodéfense aussi spécialement pour femmes qui ont, en dehors de l'apprentissage technique, le grand avantage de renforcer la confiance intérieure de la personne. Nous n'avons donc jamais «proposé» de tels cours, comme l'assurée l'a écrit à son avocat, mais simplement évoqué que ça existe. Nous ne voyons ici aucun mal car notre pratique clinique a montré à de nombreuses reprises qu'une telle approche peut être bénéfique. Rappelons encore une fois dans ce contexte que ce sujet était tout à fait marginal et modeste lors de notre entretien. Si nous revenons maintenant sur la problématique de personnalité, il est évident comme d'ailleurs souligné par d'autres examinateurs, qu'il existe une légère fragilité et qu'elle est influencée par l'ensemble des expériences de sa vie. Comme dans toute situation de ce type, il s'agit de pondérer l'importance clinique, en particulier sur le moment précis où une évaluation est faite. Déjà dans notre première évaluation, nous n'avons pas du tout passé à côté de cet aspect puisque (pages 19 et 20) nous avons parlé de traits de timidité, d'anxiété, de soumission et de manque d'affirmation pour la personnalité. Au moment où l'assurée était justement sur un versant constructif de sa vie, avec mariage et maternité, constitution d'une famille véritable et des perspectives positives pour le futur, l'impact clinique de son problème de personnalité était clairement abaissé. Ceci a maintenant changé avec la rupture conjugale et la déstabilisation sociale majeure. Dans le contexte actuel justement, il y a recrudescence, augmentation de la problématique avec dépassement du seuil clinique. En ce qui concerne la terminologie, elle reste, comme souvent, un peu secondaire mais nous pouvons tout à fait joindre l'ancienne psychiatre qui a retenu des éléments de dépendance, d'évitement et d'immaturité. En parallèle à cette évolution, on observe aussi un conditionnement accru dans un rôle d'assistée (inversion de l'évolution d'autonomie où elle était auparavant). Il existe donc au stade actuel une bonne synergie entre les besoins sécuritaires de l'assurée et l'encadrement complexe du réseau de santé. [...] Les conséquences de nos constats sont les suivants: le trouble anxiodépressif en vigueur est potentiellement susceptible d'amélioration au moment où l'assurée collabore au traitement prescrit. L'impact définitif de l'amélioration ne peut de ce fait pas être établi en ce moment. Il est clair aussi que tout traitement ultérieur doit être contrôlé et mis en protocole. Sinon les médecins traitants seraient toujours dans un flou si l'assurée prend ou ne prend pas telle ou telle médication. Au stade actuel, l'emploi du temps de l'assurée est en majeure partie consacré à son rôle de mère et de femme au foyer. Elle assume visiblement cet acte en grande partie bien qu'elle soit aidée et assistée. Nous ne pensons cependant pas que l'empêchement dans son rôle de mère dépasse 30%. Autrement, nous n'avons pas de moyens techniques pour déterminer la répartition entre activités intérieures et potentiellement extérieures. Théoriquement, les deux diagnostics établis ne conduisent pas à une incapacité de travail durable. Ils conditionnent cependant des limitations fonctionnelles dans le sens que l'assurée, pour une activité théorique, a besoin: - d'activités simples et plutôt exécutives, - de cahier des charges clair, - d'attitude soutenante de la part des supérieurs. Rappelons ici que nous avons fait notre évaluation strictement en dehors de toute considération des séquelles de la dysplasie des hanches et des autres atteintes somatiques (bien qu'elles soient visibles et perceptibles). Ces atteintes sont à déterminer par

un spécialiste somatique". Le 26 août 2010, se référant à un avis médical du SMR du 17 août 2010 des Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ aux termes duquel l'aggravation de l'état de santé était postérieure à la décision querellée du 30 avril 2008, l'OAI a conclu une nouvelle fois au rejet du recours. La recourante a ensuite produit les documents suivants: - Une attestation du 16 septembre 2010 du centre médico-social de La Gryonne, indiquant que l'assurée bénéficiait d'une aide au ménage, d'une aide à la famille, d'un soutien psychologique et d'un accompagnement psycho-social. - Un courrier du 28 octobre 2010 des Dresses X.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et médecin assistant au centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, attestant un suivi depuis la sortie de l'assurée de la fondation de Nant en mars 2010. Elles ont remis en cause l'appréciation du Dr U.\_\_\_\_\_ et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et de troubles mixtes de la personnalité (traits anxieux-évitants, dépendants et émotionnellement labiles), ainsi que des antécédents de tentamens. Compte tenu de symptômes dépressifs récurrents, d'humeur très labile, de grande fragilité, d'anxiété, de difficultés de concentration et de la séparation d'avec son mari, elles ont retenu que la reprise d'une quelconque activité professionnelle par l'assurée était impossible. E. Une seconde expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre, auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. Dans son rapport d'expertise du 5 avril 2011, ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques, et de trouble mixte de la personnalité. Il a retenu une incapacité de travail de 60% depuis le 21 janvier 2010, exposant en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas: " Appréciation diagnostique • Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, on doit retenir la tristesse et la fatigue anormales. On doit aussi retenir la perte d'intérêt et du plaisir. Ces symptômes semblent bel et bien être présents la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. Par ailleurs, le soussigné admet la baisse de l'estime de soi, des idées suicidaires, les difficultés à penser et à se concentrer ainsi que les troubles du sommeil. Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec ce qui est observé. L'assurée a l'air dépressive. Elle est ralentie. Au vu de ce qui précède, le soussigné retient l'épisode dépressif. Il le qualifie actuellement de sévère, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de sévérité est d'ailleurs corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression du 21.03.2011. Même si le tableau dépressif de Mme S.\_\_\_\_\_ comporte une forte composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté, tout en sachant qu'il était certainement justifié de le retenir à des moments [...] de la présentation clinique passée de Mme S.\_\_\_\_\_. D'après les informations à disposition, rien n'indique que l'assurée ait présenté une symptomatologie aussi typique et sévère dans le passé. La récurrence doit dès lors être écartée. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire peut dès lors être réfuté. Le soussigné a eu quelques doutes sur des éléments psychotiques associés à la symptomatologie dépressive. L'assurée relate des propos qui paraissent persécutatoires. Ils sont toutefois inconstants. En l'état, le soussigné ne retient pas les symptômes psychotiques associés à l'épisode dépressif sévère. Au terme de cette réflexion diagnostique, il est dès lors justifié de retenir un épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques, selon la terminologie de la CIM-10. • Trouble de personnalité [...] La longue histoire psychiatrique de l'assurée va certainement dans le sens d'un trouble de personnalité. Il y a tout de même la notion de souffrance et de prise en soins psychiatrique dès l'enfance et

l'adolescence. Il y a une instabilité socioprofessionnelle remarquable. Les difficultés dans les relations interpersonnelles ne font aucun doute. La vie affective de l'assurée est manifestement un constat d'échec. Tous ces éléments vont de pair avec une pathologie de personnalité. Il n'y a guère de doute là-dessus. La recherche d'un sous-type spécifique n'est pas véritablement contributive. Il y a les éléments de dépendance d'une personne qui est vite submergée et semble incapable de se débrouiller seule. Il y a des éléments de personnalité dyssociale ou anti-sociale, l'expertisée semblant tout de même avoir des difficultés à intégrer certaines règles sociales et, entre autre choses, à donner des informations crédibles dans les évaluations médicales dont elle a été l'objet. Dans ce même registre, il y a encore la façon peu orthodoxe dont elle semblerait gérer certaines de ses factures. Le soussigné retient encore des éléments histrioniques pour le côté démonstratif et un certain besoin d'être le centre d'intérêt. Des éléments paranoïdes sont vraisemblables, l'assurée tendant au moins occasionnellement à vivre son entourage comme exagérément hostile. Dans la situation où on a les critères généraux d'un trouble de personnalité et où on n'a pas ceux d'un trouble spécifique, on doit retenir le trouble mixte de la personnalité conformément à ce que prévoit alors la CIM-10. C'est dès lors ce trouble de personnalité qui est retenu dans ce cas, à l'instar de ce qu'ont diagnostiqué les médecins psychiatres actuels de l'assurée. [...] Appréciation asséurologique [...] • Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, l'assurée relève tout de même d'une symptomatologie dépressive sévère. Il y en a la fatigue, la fatigabilité et le ralentissement qui valent pour une diminution importante du rendement. Il y en a la perte d'intérêt et du plaisir ainsi que la diminution massive de l'estime de soi qui altèrent la capacité de faire des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils. Il y a les difficultés à penser et à se concentrer qui diminuent le rendement, génèrent des erreurs et rendraient Mme S. \_\_\_\_\_ peu fiable sur les lieux de travail, quelle que soit l'activité lucrative qu'on lui proposerait. En l'état, le soussigné est persuadé qu'on doit retenir une incapacité de travail psychiatrique motivée par le trouble dépressif de l'expertisée. • Trouble de personnalité [...] Dans le cas présent, l'assurée présente tout de même un grave trouble de personnalité. On en trouve les traces tout au long de ce qu'on finit par connaître de son parcours de vie. Le trouble implique des difficultés dans les relations interpersonnelles, ce qui peut poser des problèmes au travail. Il implique une certaine instabilité et des prises de décisions impulsives voire à risque, ce qui peut être problématique dans le métier exposé de Mme S. \_\_\_\_\_. Le trouble de personnalité fonde enfin la sévérité et la chronicité de l'évolution dépressive actuelle. Il est dès lors justifié d'en tenir compte dans une évaluation psychiatrique globale. • Conclusion Au terme de cette évaluation, le soussigné est persuadé qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique chez Mme S. \_\_\_\_\_. Il la fixe à 60%. Elle repose essentiellement sur la pathologie dépressive. Le trouble de personnalité vaut comme gage de chronicité et de sévérité de cette dernière. [...] • Evolution des troubles psychiques de l'assurée [...] Pour le soussigné, il s'est passé quelque chose entre décembre 2009 et janvier 2010. L'assurée a vécu le départ de son mari. Ce fut un abandon de plus après ce qu'elle dit avoir vécu dans son enfance et son adolescence. Ce fut aussi un désaveu face à ses proches et peut-être face à ses parents, sachant que son mariage précipité aurait pu faire l'objet de doutes voire de reproches de la part de ces derniers. Cette personne peu mature s'est enfin trouvée face aux impératifs de la prise en soins d'un enfant alors qu'elle était seule, démunie et en proie à d'importantes difficultés économiques. Le soussigné considère que l'épisode dépressif a dû commencer à ce moment-là. Il est d'ailleurs sanctionné d'une hospitalisation en milieu spécialisé. Il est enfin retenu par les médecins psychiatres de la clinique de Nant qui ont

observé l'expertisée sur plusieurs semaines. Il a enfin déterminé une prise en soins conséquente qui n'est tout de même fournie qu'en cas de pathologie psychiatrique sévère. Le soussigné n'est pas persuadé que Mme S. \_\_\_\_\_ ait collaboré correctement à l'investigation U. \_\_\_\_\_ relatée dans le rapport du 24.07.2010. Le soussigné n'est pas davantage persuadé que ce deuxième examen se soit passé dans de bonnes conditions. Il y avait la présence d'une assistante sociale en salle d'attente. Il y avait l'enfant dans les bras de la mère, ce que le soussigné n'accepte jamais dans un tel cas. On n'est dès lors pas sûr que l'expertisée ait vraiment donné les moyens d'une investigation psychiatrique. On voit d'ailleurs mal comment l'expertisée aurait pu rapporter la sévérité de son tableau dépressif dans un tel contexte, sachant aussi sa crainte de se voir privée de la garde de son enfant. Si le soussigné partage les conclusions du rapport d'expertise du 12.11.2009 en terme d'incapacité de travail, il ne rejoint pas sur ce point celles du 24.07.2010. Il est d'avis que l'expertisée présentait déjà à l'époque un épisode dépressif sévère et qu'elle n'était que partiellement capable de travailler. Au terme de son évaluation, le soussigné considère qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique chez Mme S. \_\_\_\_\_ jusqu'en janvier 2010. Pour la suite, il prend comme repère l'hospitalisation à la clinique psychiatrique de Nant du 21.01.2010. Avant le 21.01.2010, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique. Depuis le 21.01.2010, il admet une incapacité de travail psychiatrique de 60%. Celle-ci est vraisemblablement fixée pour une longue durée".

Le 28 avril 2011, se référant à l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_, l'OAI a confirmé ses conclusions. Dans ses déterminations des 2 et 26 mai 2011, la recourante a critiqué l'appréciation du Dr Q. \_\_\_\_\_, en particulier au sujet de la date de survenance de l'incapacité de travail, et a émis des doutes quant à l'impartialité de ce médecin, eu égard à ses liens avec le Dr U. \_\_\_\_\_. Elle a en outre produit un courrier du 18 mai 2011 des Drs L. \_\_\_\_\_, médecin associé, et D. \_\_\_\_\_, du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, faisant état d'un suivi depuis mars 2010, et relevant que ces médecins tenaient à conserver leur position de thérapeute et non d'expert. Dans un rapport complémentaire du 27 juin 2011, répondant aux questions du mandataire de la recourante, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation au sujet de l'évolution des troubles psychiques, précisant s'être fondé sur les indications de l'assurée et les rapports médicaux figurant au dossier. Il a indiqué qu'il s'était prononcé uniquement sur les troubles psychiques, qu'il avait dûment tenu compte de l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_, toutefois sans les avoir contactés. Il a ajouté qu'il n'avait pas de lien d'ordre privé avec le Dr U. \_\_\_\_\_, dont il a précisé avoir rejoint l'appréciation du 12 novembre 2009 mais pas celle du 24 juillet 2010. Dans sa prise de position du 11 août 2011, se référant aux explications complémentaires du Dr Q. \_\_\_\_\_, l'OAI a maintenu ses conclusions. Le 6 octobre 2011, la recourante a déposé un courrier du 2 octobre 2011 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, faisant état de l'apparition d'une hernie discale L4-L5 droite depuis juillet 2009. Elle a précisé avoir déposé une nouvelle demande de prestations AI.

E n d r o i t : 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. 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 dans le délai utile et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi

cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause (disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité est litigieux, l'OAI lui ayant, par décision du 30 avril 2008, refusé l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel, en raison d'un degré d'invalidité théorique arrêté à 6.3%. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). b) 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<sup>er</sup> 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. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – 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 devant 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let.

b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). c) 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 et les autres références citées). 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. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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. 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; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En outre, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; voir aussi TF 9C\_593/2010 du 28 mars 2011 consid. 5.2.1). 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\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

3. a) En premier lieu, la recourante relève l'incohérence de la décision de l'OAI de lui refuser le droit à des prestations, dès lors que le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu par la caisse de pensions de l'Etat de Vaud, laissant entendre que l'OAI devrait s'aligner sur la position de cette caisse. Selon la jurisprudence, les institutions de prévoyance ont toute latitude d'adopter une notion plus large de l'invalidité que celle de l'assurance-invalidité. Dans ce cas, l'institution procède librement à l'évaluation de l'invalidité, selon ses propres règles, sans être liée, lors de la survenance du fait assuré, par le taux d'invalidité retenu par l'office de l'assurance-invalidité (ATF 115 V 211 consid. 2b et 219 consid. 4b), ce qui peut avoir pour effet que l'assuré ait droit à une rente de son institution de prévoyance sans pouvoir prétendre une prestation du même genre de l'assurance-invalidité (TFA I 82/03 du 29 août 2003 consid. 2.2; Jean-Maurice Frésard, Questions de coordination en matière de prévoyance professionnelle, RJN 2000 p. 12, ch. 19). Dans le cas présent, il en résulte que le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, reconnu par la caisse de pensions de l'Etat de Vaud, ne saurait avoir d'effet contraignant à l'égard de l'OAI, à qui il appartient de se prononcer sur la notion d'invalidité selon les règles qui lui sont propres.

b) Cela étant, sur le plan somatique, il est constant que la recourante présente des douleurs dorsales, notamment en raison d'une hernie discale L5-S1 et de lombosciatalgies droites chroniques. Elle a été examinée par le Dr A. \_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, qui, dans son rapport du 25 octobre 2006, a constaté un comportement algique au niveau du tronc, sans pouvoir en préciser la cause; il n'a pas relevé de troubles dégénératifs postérieurs, de signe d'instabilité lombaire ni de syndrome rachidien, puis a indiqué que les signes de non organicité démontraient une amplification des symptômes. Les constatations de ce spécialiste sont corroborées par celles des autres médecins qui ont examiné l'intéressée, notamment les Drs N. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Les pièces radiologiques sur lesquelles se fonde le Dr A. \_\_\_\_\_ ne sauraient être qualifiées d'obsolètes, dès lors qu'il n'y a pas lieu, dans le cadre du présent litige, de prendre en compte la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée, soit le 30 avril 2008. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles au niveau du rachis, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Il a en outre expliqué de façon convaincante, soit au vu des différentes activités de l'assurée, les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de la Dresse Z. \_\_\_\_\_.

Ultérieurement la Dresse F. \_\_\_\_\_ a signalé une aggravation des lombalgies depuis novembre 2007 (courrier du 8 septembre 2008), mais de façon très succincte, peu motivée et, comme l'ont retenu les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 25 septembre 2008), sans description objective des limitations fonctionnelles, de sorte que les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ restent d'actualité. Au surplus, les troubles sexuels et d'incontinence, peu conséquents de l'avis de l'unité d'urogynécologie du CHUV, n'entraînent pas d'incapacité de travail. Quant aux autres documents médicaux relevant du registre somatique rendus après l'examen du médecin du SMR précité, ils portent sur la situation de fait postérieure à la date de la décision attaquée, de sorte qu'ils n'ont pas à être

examinés dans le cadre du présent litige. Il y a donc lieu de retenir, avec le Dr A. \_\_\_\_\_ – dont le rapport d'examen satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante – que la recourante présente, sur le plan somatique, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. c) Sur le plan psychique, compte tenu d'une appréciation diversement étayée quant à l'ampleur des troubles présentés par l'assurée, une première expertise judiciaire a été confiée au Dr U. \_\_\_\_\_. Ayant conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique, le rapport d'expertise de ce spécialiste du 12 novembre 2009 ainsi que son rapport complémentaire du 24 juillet 2010 ont été critiqués par les médecins psychiatres en charge du cas de l'assurée, lesquels se prévalaient d'observations cliniques dans le cadre du suivi médical. Cette divergence par trop marquée a motivé la mise en œuvre d'une seconde expertise judiciaire psychiatrique, confiée au Dr Q. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 5 avril 2011, ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques, et de trouble mixte de la personnalité. En substance, il a retenu une symptomatologie dépressive sévère (avec fatigue, fatigabilité, ralentissement, perte d'intérêt et du plaisir, diminution massive de l'estime de soi, difficultés de concentration) et un grave trouble de personnalité, au vu du parcours de vie de l'assurée, qui fonde la sévérité et la chronicité de l'évolution dépressive. Les constatations de cet expert rejoignent à cet égard celles de ses confrères psychiatres qui ont examiné l'assurée, soit les Drs B. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, celles émanant du service de psychiatrie générale du CHUV, de la fondation de Nant et du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, de même que celles de la Dresse F. \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste de l'assurée, de sorte qu'on ne voit pas de raisons de s'en écarter. Ainsi, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail psychiatrique de 60% depuis le 21 janvier 2010. Cette date a été retenue compte tenu de difficultés rencontrées par l'assurée entre décembre 2009 et janvier 2010, avec le départ de son mari – vécu comme un abandon et un désaveu – et la charge de devoir s'occuper seule de son enfant nouveau-né, alors qu'elle était en proie à d'importantes difficultés économiques; c'est à ce moment que l'intéressée a fait l'objet d'une hospitalisation en secteur psychiatrique à la fondation de Nant, telle qu'attestée par certificat médical établi le 28 janvier 2010. En revanche, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé, au terme de son évaluation, qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique jusqu'en janvier 2010. Il a confirmé et étayé cette appréciation dans le complément d'expertise rendu le 27 juin 2011, en réponse aux questions du mandataire de la recourante, expliquant ainsi les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_, respectivement rejoignant les conclusions du Dr U. \_\_\_\_\_ sur ce point. L'argumentation et les conclusions rendues par le Dr Q. \_\_\_\_\_ sont convaincantes, procédant d'une analyse méticuleuse du cas de l'assurée ainsi que des conséquences des troubles retenus sur son état de santé. L'évolution de ces troubles comme des ressources psychiques de l'intéressée est présentée de manière méthodique et structurée, et l'appréciation du cas s'avère exempte de contradictions. Cet expert a par ailleurs abordé et discuté tous les rapports médicaux versés au dossier, avant de se livrer à une appréciation médicale détaillée, se rapportant aux critères de la CIM-10. S'agissant de la période litigieuse (limitée à la date de la décision attaquée), ses conclusions rejoignent celles du premier expert judiciaire, le Dr U. \_\_\_\_\_, en ce sens qu'aucune incapacité de travail n'est retenue sur le plan psychiatrique. Dès lors, on s'écartera de l'avis contraire sur ce point des Drs B. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, des médecins de la fondation de Nant et des médecins du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, dont les motivations sont somme toute moins étayées que celles du Dr Q. \_\_\_\_\_, et également dès lors qu'il s'agit

des médecins traitants de l'assurée, respectivement de professionnels appelés à examiner l'assurée dans le cadre d'un mandat de soins et non d'expertise. Enfin, il est utile de rappeler qu'il n'y a pas à tenir compte, pour la solution du présent litige, des avis médicaux qui se rapportent à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée, soit au 30 avril 2008. Dès lors, comme retenu de manière probante par le Dr Q. \_\_\_\_\_, il y a lieu de considérer que la recourante n'a pas présenté d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique avant sa prise en charge par la fondation de Nant le 21 janvier 2010. Ainsi, pendant la période litigieuse, soit jusqu'au 30 avril 2008, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

4. Du point de vue économique, la recourante ne remet à juste titre pas en cause l'approche théorique ni le calcul du degré d'invalidité, effectués par l'OAI, qui s'est borné à retenir sur le plan somatique une diminution de rendement de 20% dans une activité réputée adaptée. Ce taux ne suffisant pas à justifier l'octroi d'une rente, on observe qu'il n'y avait pas davantage lieu d'ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. En effet, au vu des problèmes de santé importants de l'assurée, qui présente une incapacité de travail psychiatrique de 60% depuis le 21 janvier 2010, de son éloignement du monde du travail, du fait qu'elle perçoit une rente entière de la caisse de pensions de l'Etat de Vaud et qu'une nouvelle demande de rente d'invalidité a été introduite auprès de l'OAI, on ne voit pas que l'octroi de telles mesures puissent être à même de rétablir, de maintenir ou d'améliorer sa capacité de gain.

b) Fondée, la décision attaquée doit donc être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

5. a) 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). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

b) La recourante a par la suite obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, à compter du 22 janvier 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Carré a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée selon les heures attribuées à l'avocat à 7.33 heures en 2010 – soit 1'419 fr. 70 compte tenu d'un tarif de 180 fr. de l'heure, y compris la TVA à 7.6% – et à 4.45 heures en 2011 – soit 865 fr. 08 compte tenu d'un tarif de 180 fr. de l'heure, y compris la TVA à 8%. L'indemnité de Me Carré s'élève donc à 2'284 fr. 80 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent les débours par 420 fr. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 2'704 fr. 80, TVA incluse.

c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton. Vu l'issue du litige, la recourante succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La

décision rendue le 30 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'704 fr. 80 (deux mille sept cent quatre francs et huitante centimes). V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour S. \_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif. 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.