

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2015

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Küng et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Nicolas Gillard,
avocat à Lausanne,

et

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

R._____, à [...], intimée, représentée par Me Muriel Vautier, avocate à
Lausanne.

Art. 6, 7 al. 1, 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1956, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé pour l'entreprise T. _____ depuis janvier 1991, plus particulièrement en qualité de responsable des ressources humaines pour différents secteurs depuis 2000.

Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures pour une réadaptation professionnelle et rente) le 14 mars 2011, en raison d'une dépression, d'une atteinte chronique au niveau des voies biliaires et de maux de dos. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2010.

Il ressort d'un rapport du 15 mars 2011 de l'assurance d'indemnités journalières F. _____ assurance (ci-après : F. _____ assurance) que la cause de l'incapacité de travail était une dépression de l'assurée, consécutive à sa mise à l'écart de l'entreprise selon ses dires.

b) Interrogé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis octobre 2010, a rendu un rapport médical le 20 mai 2011. Il a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, existant depuis 1982, et mentionné le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de status après cholécystectomie partielle et dérivation bilio-digestive. L'état dépressif s'était décompensé en 2010 et l'incapacité de travail était totale selon lui.

B. F. _____ assurance, en collaboration avec l'OAI, a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée le 20 septembre 2011. On extrait de son rapport, réalisé le 21 novembre 2011 en collaboration avec Mme Z. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ce qui suit :

« Mme R. _____ est une femme d'origine italienne, née le 16.06.1954, qui a grandi en Suisse depuis 1957. Elle a obtenu un diplôme de commerce en 1978.

Dès le 21.01.1991, elle a été engagée auprès de T. _____ à [...], en tant qu'employée de commerce auprès du service des Assurances où elle s'occupait de la gestion des assurances maladies pour le personnel et les membres actifs des familles. De 1994 à 1999, Mme R. _____ a intégré le service des ressources humaines du site de [...], en tant qu'assistante du Directeur. Enfin, dès 2000, l'assurée a pris successivement les fonctions de responsable RH de la production mécanique du site de [...] et dès 2006 de toutes les activités industrielles, comprenant également le site de [...]. De 2008 à 2009, Mme R. _____ a eu aussi la responsabilité des services achats, transports, et du Centre de formation des apprentis.

Un nouveau responsable RH, que Mme R. _____ aurait formé, aurait été pressenti pour réaliser une partie des restructurations, en l'occurrence le projet [...] qui devait bientôt démarrer. L'assurée a eu une mauvaise entente avec ce nouveau responsable. Elle a tenté de prendre rendez-vous avec le PDG, Mr [...], mais en vain. Elle a été renvoyée à son chef, Mr [...] qui n'aurait pas pris position. Mme R. _____ s'est sentie progressivement mise à l'écart. Au mois de septembre 2010, Mme R. _____ a fait part à son supérieur du fait qu'elle estimait que ce dernier n'était pas assez "vert" pour les tâches auxquelles il était pressenti. Celui-ci a très mal réagi du fait que l'assurée aurait communiqué son impression à plusieurs personnes de l'entreprise. Il lui aurait signifié qu'il n'avait plus besoin d'elle et qu'il souhaitait l'écarter du projet.

Mme R. _____ a présenté une émotion réactionnelle aigue, pour laquelle elle a consulté en urgence le Centre [...]. Elle a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail complète depuis le 18.09.2010, par le Dr [...].

Dès le 05.10.2010, Mme R. _____ a été prise en charge par le Dr B. _____. psychiatre FMH psychothérapeute au [...].

On relève des antécédents psychiatriques chargés chez cette assurée. Un mois avant la naissance de sa fille en 1982, Mme R. _____ a développé des attaques de panique ; puis une agoraphobie relativement marquée l'empêchant de pouvoir s'éloigner de chez elle ou pénétrer dans des magasins ainsi que prendre des transports en commun. Son médecin généraliste de l'époque lui avait prescrit du Lexotanil. Aucune psychothérapie n'avait été mise en route. Dans ce contexte, Mme R. _____ a renoncé à rechercher un emploi, jusqu'à ce qu'elle perçoive une légère amélioration de son état psychologique en 1988-89.

Depuis l'été 2010, Mme R. _____ ressent à nouveau des sentiments d'insécurité, impressions pseudo-vertigineuses lorsqu'elle s'éloigne de chez elle à pied ou qu'elle va dans les grandes surfaces. Néanmoins, il n'y a pas de conduite d'évitement marquée. Lorsqu'elle se déplace en voiture, elle a un sentiment de sécurité.
[...]

5. DISCUSSION [...]

Mme R. _____ a développé un comportement de révolte, de "mise au défi" de l'autorité, devenant elle même une personne au caractère bien trempé, rigide, n'entendant pas se remettre en question. Ayant peu reçu d'affection par ses

parents, Mme R. _____ paraît avoir une vie sentimentale et familiale peu investie. Elle paraît établir des relations relativement utilitaires, notamment avec son époux, dont elle ne paraît guère affectée par sa demande de divorce et son retour en Italie en 2010. Ses deux maternités ont été le déclencheur de crises panique avec agoraphobie sévère. L'assurée donne le sentiment d'avoir peu investi son rôle de future mère et probablement se sentant subjectivement "coincée", incapable de l'assumer.

[...]

Mme R. _____ a toujours essayé de gérer ces troubles anxieux par elle-même, incapable de reconnaître ses failles, ou de demander de l'aide à un thérapeute. Elle s'est surinvestie dans son travail où elle a cherché valorisation, reconnaissance, tout en se montrant probablement elle-même autoritaire et directive, peut-être aussi critique vis-à-vis de ses collègues et de sa direction.

Tant que la situation économique était favorable, et que les avantages de son fonctionnement et surinvestissement au travail l'emportaient sur ses troubles de caractère, Mme R. _____ a probablement été tolérée dans son environnement professionnel. Une restructuration, l'arrivée de nouveaux membres dans la hiérarchie, se sont rapidement heurtés à sa rigidité, aboutissant à une véritable fracture, une remise en cause de ses compétences et une mise à l'écart, ce qui a entraîné un effondrement narcissique majeur.

Incapable de remise en question, afin de protéger son narcissisme, Mme R. _____ a projeté ses problèmes à l'extérieur. Cela va de pair avec la faible prise de conscience, d'où les difficultés d'évolution en psychothérapie.

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec Mme R. _____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, Mme R. _____ a présenté un trouble de l'adaptation, qui s'est probablement structuré en un état dépressif majeur. Dans ce cas, on peut parler d'une dépression dite narcissique. A ne pas confondre avec la dépression de la perte d'objets investis dans une relation. Dans ce cas, celle-ci n'est pas reliée à une personne, un objet, mais bien à l'image de soi, à la perte d'une partie de son "moi". Classiquement l'évolution de la "dépression narcissique" est plus défavorable, ou plus lente, car elle remet en question l'identité propre du sujet, le renvoyant ainsi par un jeu de miroir aux traumatismes plus anciens.

Evolution

Grâce à une prise en charge médicale idoine (l'observance au traitement est bonne, ceci expliquant cela), l'évolution semble légèrement favorable, dans le sens où Mme R. _____ a des journées globalement bien remplies. Elle se lève tôt, assume toutes ses tâches ménagères, ses commissions, sa lessive, son repassage, ainsi que la cuisine. Elle fait une sieste, va rendre visite à ses filles, ou des amies, et mange souvent avec elles. Le soir, elle regarde la RAI 1.

Mme R. _____ mentionne quelques difficultés de concentration pour faire son administratif, problématique qui serait déjà présente depuis 5 ans, nous dit-elle. On relève des troubles du sommeil, avec un réveil en milieu de nuit, que l'assurée déclare aussi présents depuis plusieurs années. Persiste surtout une légère réactivité anxieuse, avec des attaques de panique paucisymptomatiques

sans conduite d'évitement marquée. Il n'y a pas d'autres comorbidités psychiatriques.

L'élément essentiel est l'existence d'une personnalité narcissique sub-décompensée.

Capacité de travail

De notre point de vue, il n'y a plus de motifs strictement médicaux qui justifient une diminution de sa capacité de travail, il s'agit surtout d'un grand "gâchis humain", puisque cette assurée qui est employée chez J._____ depuis 1991 paraît totalement identifiée à sa fonction et à l'entreprise. Une querelle avec un nouveau chef à peine arrivé, qu'elle aurait formé, semble avoir entraîné une mise à l'écart vécue comme une véritable trahison et une absence de reconnaissance de son long dévouement.

Etonnement, la séparation conjugale semble passer au deuxième plan, tant la vie de couple semble avoir été peu investie, très insatisfaisante et peu épanouissante, jusqu'à leur séparation, après que son époux ait pris sa retraite et décidé de s'établir définitivement en Italie.

Dans les faits, Mme R._____ ne souhaite pas retourner chez T._____ et ne peut l'envisager. Cela ne paraît guère surprenant, vu le litige toujours pendant et la surcharge émotionnelle qui lui est liée.

Néanmoins, dans une activité similaire, au sein d'une autre entreprise, Mme R._____ devrait être à même de reprendre une activité à temps complet d'employée de commerce.

Les éléments de la réalité, tels que l'âge, l'absence de diplôme en ressources humaines, risquent de représenter des obstacles non négligeables, qui bien entendu entretiennent une certaine anxiété anticipatrice chez cette assurée. »

Le Dr C._____ a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif majeur (versus trouble de l'adaptation), actuellement de gravité légère et « dépression narcissique » et de personnalité avec des traits narcissiques, sub-décompensée.

C. Par courrier du 3 décembre 2011, le Dr B._____ a fait savoir à l'OAI qu'il estimait que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de s'inscrire dans une démarche de réinsertion professionnelle.

Sur demande de l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en gastroentérologie, a rempli un questionnaire le 18 décembre 2011, signalant que l'assurée souffrait depuis 2003 d'anastomose bilio-digestive post fuite biliaire. L'activité habituelle était exigible à un taux entre 50 et 100 % selon l'état psychique, à évaluer.

Le Dr B._____ a à nouveau rempli un questionnaire de l'OAI le 10 janvier 2012, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'humeur bipolaire, existant depuis 1982.

Egalement interrogé par l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée depuis le 23 août 2011, a rendu un rapport médical le 16 janvier 2012, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif réactionnel par épuisement (burn out), de cholangite récurrente et status après chirurgie hépatique récurrente. Il mentionnait par ailleurs les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'asthme bronchique allergique, de tabagisme, d'hypertension artérielle traitée et syndrome métabolique, de surpoids et d'allergies médicamenteuses diverses. L'incapacité totale de travail était avant tout de nature psychiatrique.

La Dresse P._____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, a rempli un questionnaire de l'OAI le 18 janvier 2012, indiquant que l'assurée souffrait d'eczéma sur xérose ainsi que d'une probable notalgia paresthetica surajoutée. Ces affections devaient selon elle n'avoir que peu d'impact sur l'état de santé générale de la patiente.

Le 7 février 2012, le Dr F._____ a informé l'OAI du fait qu'une récente cholangio-IRM avait été effectuée sur les voies biliaires de l'assurée. Cet examen montrait la persistance d'une dilatation des voies biliaires kystiques et pouvait contribuer à la symptomatologie de fatigue chronique.

D. L'assurée a été examinée par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le but d'une expertise privée. Il a rendu son rapport le 20 mars 2012, sur la base de quatre entretiens avec l'expertisée et de son dossier médical. Il a retenu les diagnostics psychiatriques de trouble bipolaire de type II, épisode actuel dépressif majeur de degré moyen ; de trouble anxieux mixte avec composante panique agoraphobique et anxieuse généralisée et de traits de personnalité mixte, anxieux et dépendants, état mal compensé. La

capacité de travail de l'assurée était nulle, de même que la capacité de s'adapter à son environnement professionnel ou de bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle. On extrait du rapport ce qui suit :

« Plaintes subjectives

L'expertisée se plaint spontanément de malaises et d'un mal-être qui a commencé à la fin de sa scolarité, lorsqu'elle était indécise par rapport à ses choix professionnels, et avait arrêté le sport (basket, volley). Elle estime que le fait d'avoir arrêté le sport à 16 ans est une marque ou manifestation de ce malaise. Ensuite, elle parle en effet des malaises qu'elle a vécus un mois avant la naissance de sa deuxième fille et ensuite, soit en 1982 [...]. Les malaises ont persisté de manière fluctuante, avec surtout des craintes et des angoisses, le travail permettant à Mme R. _____ de sortir de la situation de stress engendrée par ses symptômes anxieux. A côté de cela, l'expertisée décrit également spontanément des phases de plusieurs jours lors desquelles elle était "haute", c'est-à-dire euphorique et hyperactive, très sociable et logorrhéique, ou parfois irritable et réagissant mal, notamment par la colère, à des contrariétés mineures. Ces phases sont alternées à d'autres phases, périodes, plus longues, lors desquelles elle se sentait mal, malheureuse, apathique et anxieuse.

L'expertisée signale souvent dans son anamnèse des périodes pendant lesquelles elle était à la fois stressée, fatiguée, voire épuisée. Les manifestations d'anxiété et la fatigue se sont aggravées à la suite de la série de problèmes médico-chirurgicaux que l'expertisée a dû endurer entre 2003 et 2004. L'expertisée dit que la conjonction de ses soucis de travail, de santé, avec responsabilité de famille, a été émotionnellement et psychologiquement très dure pendant toute cette période, ceci dit en face du fait que Mme R. _____ a toujours voulu "tenir le coup". Elle dit elle-même qu'elle ne s'est pas préservée, alors que ses craintes lui disaient, l'avertissaient qu'il ne fallait pas "tirer trop sur la corde". L'expertisée décrit à ce propos des "sautes d'humeur" impressionnantes.

Actuellement, l'expertisée se plaint surtout d'une fatigue et d'une fatigabilité marquées. Elle dit qu'elle doit souvent s'arrêter, dans tout ce qu'elle fait, soit à la maison le plus souvent, soit à l'extérieur. Ainsi, elle s'assied un moment, ou se couche, pour se reposer, avant de reprendre ensuite une activité pendant une autre demi-heure. Cette fatigue est aussi mentale, dit l'expertisée, qui décrit un état qui la "plombe". Après le réveil, le matin, cette fatigue lui tombe dessus, et elle a souvent alors l'impression d'être en retard, ce qui crée une sorte de stress. Elle fait des efforts tout de même pour garder un rythme à peu près normal, et sort un peu les après-midis, mais elle souffre de vertiges et d'une sensation permanente de déséquilibre et d'insécurité, qui restreignent ses mouvements et ses agissements. De plus, elle craint d'aller vers les personnes. En outre, cette obsession du retard revient souvent dans les propos de Mme R. _____. Elle se décrit comme une personne énergique, mais son énergie fluctue beaucoup, a fluctué beaucoup, et actuellement elle se décrit comme ayant peu de motivation et d'énergie, et comme freinée par ses craintes et ses angoisses.

L'expertisée décrit une certaine fragilité de longue date. Elle dit qu'elle s'est toujours laissée envahir si elle avait de la peine à intégrer quelque chose. Cela s'est passé comme ça pendant toute sa vie. Elle dit qu'on l'a toujours vue comme très forte à l'extérieur, mais qu'intérieurement, elle ressentait toujours une souffrance et cette fragilité. Celle-ci s'exprime, s'est exprimée parfois sous la forme de blocages, avec des sentiments de vide, avec des craintes de ne pas y arriver, d'être en retard, d'être en défaut. L'expertisée déclare qu'elle ne pouvait

pas affronter cela, ces blocages. Devant ces blocages et l'incapacité d'agir qui en résultait, l'expertisée dit qu'elle se lançait parfois dans un défi personnel en se faisant violence, en essayant de casser l'affrontement avec ses sentiments de vide. L'expertisée parle aussi des craintes multiples qu'elle a eues au plan professionnel et personnel. Dans le 1^{er} cas, elle avait des craintes de ne pas y arriver, des craintes sur ce que l'on pouvait l'amener à faire. Et sur le plan personnel, à part ses craintes concernant sa santé physique, elle a aussi souvent eu des craintes concernant la santé de ses filles. Ces craintes pouvaient parfois entraîner des troubles du sommeil. L'expertisée parle ensuite d'un processus de rumination, marqué par le fait qu'elle pense souvent, circulairement et répétitivement, à des choses négatives, des anticipations péjoratives et des perspectives sombres ; et pourtant, elle essaie quand même de continuer à penser positivement autant que possible. Elle déclare qu'elle s'est beaucoup battue dans sa vie pour cela, pour continuer à penser positivement, pour continuer à y croire.

Du point de vue de l'humeur, l'expertisée se sent actuellement souvent mal, déprimée, démoralisée, découragée. Comme toujours chez elle, elle lutte contre cela, et décrit le fait que le Citalopram (médicament antidépresseur) l'aide tout de même un peu à se stabiliser. L'expertisée déclare que, quand elle n'a pas le moral, elle se sent vide ; elle précise qu'elle n'a pas d'idées noires, ou plus exactement, qu'elle est trop attachée à ses filles pour envisager la pire des solutions, de sorte qu'elle garde en effet des raisons de vivre. L'expertisée a souvent eu l'impression, notamment au travail (voir anamnèse professionnelle) que l'on mettait des obstacles sur sa route, et que cela l'empêchait d'avancer. Elle dit qu'elle avait de la peine à affronter ce fait, car elle avait aussi de la difficulté à admettre que l'avancement des choses ne dépende pas que d'elle.

[...]

Synthèse-discussion et conclusions

[...]

Notre examen nous amène à mettre en évidence une intrication comorbide à partir de trois diagnostics principaux, en l'occurrence un trouble bipolaire type II (l'existence d'épisodes hypomaniaques de durée suffisante ne fait aucun doute, comme le montrent les résultats de l'échelle HCL-32 R1), avec un épisode actuel dépressif majeur de degré moyen (conformément aux critères de la CIM-10, c'est-à-dire, trois symptômes typiques [humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité], et trois ou quatre autres symptômes listés et présents chez l'expertisée), un trouble anxieux mixte avec une composante panique agoraphobique clairement identifiée et une composante anxieuse généralisée moins évidente, et une personnalité ou des traits de personnalité mixtes que nous plaçons dans le registre anxieux et dépendant, mal compensée, ces trois affections-troubles entretenant entre elles/eux des relations de causalité complexes qui contribuent notamment à une aggravation de leurs manifestations respectives de façon entrecroisée, à une rigidification et à une chronification possible des troubles, ainsi qu'à une certaine résistance au traitement [...].

A propos du trouble bipolaire II ici diagnostiqué, appartenant au spectre bipolaire [...], il faut bien reconnaître que ce genre de trouble est fréquemment mal diagnostiqué parce que précisément l'hypomanie n'est pas repérée, ce qui entraîne un certain nombre de conséquences fâcheuses [...]. Les conséquences fâcheuses sont notamment le fait que le traitement d'un tel trouble et d'une dépression dans le cadre d'un tel trouble, n'est pas le même que lors d'une simple dépression unipolaire (trouble dépressif sans périodes d'élévation de

l'humeur), que le pronostic n'est pas le même, et que le risque suicidaire est augmenté dans les cas de trouble bipolaire type II par rapport à une dépression unipolaire [...]. Le trouble bipolaire type II est connu, du point de vue de son évolution et de ses conséquences psychosociales, pour avoir un pronostic plus négatif que les troubles dépressifs unipolaires récurrents [...].

L'expertisée souffre également clairement d'un trouble anxieux de nature panique agoraphobique [...], avec des éléments cliniques en faveur d'une anxiété généralisée, raison pour laquelle nous privilégions un diagnostic de trouble anxieux mixte. Il faut ajouter à cela qu'il est bien connu que le trouble panique agoraphobique est très souvent comorbide avec d'autres troubles anxieux et dépressifs [...] ; et avec des troubles de la personnalité, principalement les troubles évitants, dépendants, histrioniques et borderline [...]. Quant à l'élément d'anxiété généralisée que nous retenons dans le diagnostic de trouble anxieux mixte, il procède surtout de la présence d'une forme d'humeur anxieuse permanente, avec tension, tendance au souci et à des anticipations négatives, basées sur des mécanismes cognitifs et perceptifs d'exagération de la perception des dangers et de sensibilité excessive au caractère incontrôlable des choses ; il faut préciser ici, comme pour le trouble panique agoraphobique, que l'anxiété généralisée est très souvent comorbide avec d'autres troubles anxieux et dépressifs, et notamment avec le trouble panique. Il faut ajouter encore ceci eu égard à l'incertitude de ce diagnostic : celui-ci reste très difficile quoiqu'il en soit, car le trouble d'anxiété généralisée n'a pas encore été aussi bien validé au niveau des recherches cliniques que les autres troubles anxieux [...].

La patiente présente d'autre part des traits de personnalité anxieuse et dépendante, qui représentent (ces traits) de manière tout à fait certaine, selon la littérature spécialisée [...], un facteur de risque important à l'égard de la survenue d'un état dépressif, ceci également dans le cadre d'un trouble bipolaire ; les patientes qui présentent des traits dépendants ont une faible estime d'elles-mêmes, et elles vivent souvent de manière particulièrement problématique et pathogène certaines formes de séparation et de deuil, ou de rejet. Mme R. _____ a développé un tel état dépressif à partir des événements qui nous occupent, ou plus exactement à partir du moment où elle a su qu'elle ne pourrait plus travailler chez T. _____ jusqu'à sa retraite comme elle l'espérait. Jusque-là, elle avait pourtant fait des efforts pour tenir le coup, pour retrouver éventuellement un autre travail dans des conditions difficiles, après une période assez longue (depuis 2006 environ) pendant laquelle elle a vu progressivement sa position dans l'entreprise se fragiliser, et lors de laquelle elle a de plus en plus eu le sentiment que l'on voulait l'écarter. Elle avait beaucoup investi son travail, trop, et d'une manière qu'elle décrit elle-même en disant qu'elle n'a pas suffisamment songé à se préserver. Le choc de sa confrontation avec le dernier DRH a été d'autant plus fort qu'elle pensait auparavant qu'elle était très appréciée dans ce travail. La dépression dont elle souffre encore aujourd'hui n'est que la manifestation de la suite et de l'accumulation d'une suite de pertes et d'échecs (son travail, son mari, sa maison), qui apporte confirmation de la fragile image d'elle-même qu'elle traîne avec elle depuis son enfance, et qu'elle a pourtant tenté de corriger à force de volonté et de persévérance.

[...] Comme nous l'avons déjà exprimé, l'expertisée n'est pas quérulente ni revendicatrice, et elle est restée tout à fait authentique tout au long de l'examen, et elle n'a pas tenté d'imposer ses vues ou de prendre le contrôle sur le déroulement de l'examen ; elle n'a pas non plus tenté d'inverser les rôles ou de présenter une attitude supérieure, en compétition avec l'expert, pour faire accroire ses vues ou ses arguments. Ceci, entre autres, nous paraît un argument en défaveur d'un diagnostic de personnalité narcissique, ou de traits narcissiques.

On peut penser que l'expertisée s'est émancipée d'un enfermement dans sa famille pour tomber très vite dans un autre enfermement dans un mariage précoce avec un mari taciturne et plus âgé qu'elle, à une époque de sa vie où elle vivait manifestement un mal-être psychologique, qui s'est exprimé notamment par des difficultés de choix de son orientation professionnelle, et à vrai dire par un choix qui ne lui convenait pas d'emblée, puisqu'elle aurait préféré faire des études plus poussées. Sa maternité lui a également apporté quelques soucis, car elle a développé à partir de sa deuxième grossesse une symptomatologie psychiatrique de nature clairement panique agoraphobique. [...] Suite à cette deuxième grossesse et une période de plusieurs années de manifestations anxieuses, l'expertisée s'est progressivement et de plus en plus tournée vers le travail, vers un surinvestissement de son travail. Nous sommes amenés à formuler l'hypothèse selon laquelle cet aménagement de sa vie et de ses investissements psychiques, porté par une activité professionnelle investie aux dépens des autres domaines de la vie, correspond à un processus défensif de compensation de ses difficultés et de son mal-être, sous la forme notamment d'une recherche appuyée d'étayage relationnel. A notre avis, ce processus a été facilité d'une part par l'existence de traits dépendants, d'autre part par un certain potentiel intellectuel et une suractivité facilitée par la présence de mouvements et de mécanismes de nature hypomaniaque. L'entreprise dans laquelle Mme R. _____ a travaillé pendant presque vingt ans est devenue pour elle non seulement le lieu d'une activité professionnelle très investie, mais surtout le territoire privilégié d'un réseau de relations qui a constitué l'espace indispensable d'une intégration dans un groupe, à l'égal presque d'une autre famille. L'expertisée a créé inconsciemment les conditions d'une nouvelle dépendance dans une entreprise à laquelle elle s'est trop identifiée, et dont elle n'a pas pu s'émanciper à temps, c'est-à-dire avant la rupture inévitable. [...]

Raisons pour lesquelles nous estimons que Mme R. _____ souffre d'une polyopathie psychiatrique comorbide sérieuse chronique qui actuellement, dans les circonstances et sous la forme des manifestations présentes, restreint considérablement ses capacités, et notamment sa capacité de travail. Il est illusoire d'envisager dans ces conditions des possibilités de retour au travail, car l'évolution jusqu'à ce jour a montré clairement déjà les signes d'une chronification, avec notamment une certaine résistance au traitement. Il n'y a pas d'activité professionnelle exigible quand on se trouve dans l'état de Mme R. _____, même si cet état ne l'empêche pas de s'occuper à peu près de son quotidien, de rencontrer ses filles et ses petits enfants, ou de s'occuper un peu de son ménage et de son administration personnelle. Les limitations psychiques dont elle souffre actuellement en raison de ses troubles, en raison de son état dépressif, en vertu de ses symptômes anxieux réactivés, au motif de sa détresse psychologique, ainsi que des troubles cognitifs portant sur son attention, sa faculté de concentration, relatifs à son état psychopathologique, sont nombreuses, importantes, probablement durables, et incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. »

E. a) Dans un rapport du 24 avril 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, sur la base du rapport du Dr G. _____ qu'il a considéré comme plus détaillé et argumenté que celui du Dr C. _____, une incapacité entière de travail dans toute activité depuis le 13 septembre 2012, en raison du trouble bipolaire et du trouble anxieux mixte. Il a retenu à titre de limitations

fonctionnelles la fragilité psychologique, l'instabilité d'humeur, l'anxiété, l'insécurité, l'isolement, les ruminations, la perte d'estime de soi, la dévalorisation et des capacités adaptatives réduites. Concernant les atteintes somatiques, le SMR a considéré ce qui suit :

« [...] au-delà des terribles complications qui ont suivi ce qui devait être uniquement une cholécystectomie le 13.03.03, mais qui ne justifient *per se* aucune incapacité durable actuelle, retenons la présence d'un asthme allergique aux acariens et possiblement au frêne, que l'éloignement des allergènes et l'utilisation de médicaments *ad hoc* permet de contrôler et ne justifie pas d'incapacité durable au travail ; tel que le documente le rapport de consilium pneumologique daté du 12.02.11.

La fonction actuelle du foie reste perturbée, ce qui oblige à utiliser avec parcimonie les médicaments, dont antidépresseurs, au risque de développer une hépatite médicamenteuse ; en conséquence, l'OAI se gardera d'exiger quelconque traitement, d'autant que l'absence de guérison, comme l'échec de traitements, sont inhérents à la psychopathologie en cours. Le tout en présence d'un pronostic mauvais. »

b) Sur cette base, l'OAI a rendu le 27 avril 2012 un projet d'acceptation de rente entière d'invalidité. Il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 13 septembre 2011, la capacité de travail de l'assurée était toujours nulle. La demande de prestations ayant été déposée le 26 avril 2011, la rente était octroyée dès le 1^{er} octobre 2011, soit six mois après. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

La J._____ (ci-après : la Caisse ou la recourante) s'est opposée au projet précité le 15 mai 2012, au motif que les conclusions de l'expertise du Dr C._____ ne lui paraissaient pas contestables. Elle a précisé sa position le 19 juin 2012, estimant nécessaire que l'assurée soit réexaminée par le Dr C._____ ou un nouvel expert, au vu des différences radicales existant entre les deux expertises s'agissant d'une part de l'attitude de l'expertisée et sa présentation de certains éléments de fait, d'autre part du diagnostic de trouble bipolaire.

Après consultation du SMR, de son service juridique et examen des arguments soulevés par la Caisse et l'assurée, l'OAI a informé la Caisse, par courrier du 13 août 2012, du maintien de sa position.

c) Le 21 août 2012 l'OAI a rendu une décision formelle d'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} octobre 2011.

F. a) La J._____ a recouru contre la décision précitée le 26 septembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'aucune rente n'est octroyée. Elle reproche en premier lieu à l'intimé d'avoir fondé son rapport sur une instruction incomplète et contradictoire des éléments médicaux, sans analyse des divergences entre les expertises des Dr C._____ et G._____, en second lieu de s'être livré à une interprétation arbitraire et infondée des documents médicaux qui lui avaient été soumis, omettant de prendre en considération les contradictions soulevées par le second rapport et l'impact important des déclarations subjectives de l'assurée sur le résultat du second examen. La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 12 novembre 2012.

b) L'assurée en ayant fait la requête, la juge instructrice a rendu une décision incidente le 26 novembre 2012 autorisant l'intéressée à intervenir dans la procédure en qualité de partie. Elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 octobre 2012, dans le sens d'une exonération d'avance et de frais, et de l'assistance d'office de Me Muriel Vautier. Elle a été astreinte à payer une franchise mensuelle de 100 francs.

c) L'assurée s'est déterminée sur le recours par écriture du 19 décembre 2012, concluant à son rejet. L'expertise du Dr G._____ revêtant pleine valeur probante, une troisième expertise ne se justifiait pas selon elle. Par écriture du 10 janvier 2013, elle a précisé avoir été hospitalisée durant un mois fin 2012, ainsi que durant les fêtes, en raison de ses problèmes biliaires. Elle a produit divers documents médicaux du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) faisant

notamment état d'un problème d'éventration nécessitant une intervention. Elle a également produit un rapport médical du Dr B. _____ du 8 janvier 2013, lequel exposait notamment que le diagnostic de bipolarité s'était précisé à ses yeux d'une manière tout à fait progressive, sur la base des entretiens cliniques mais également sur la base de l'anamnèse familiale, notamment de la situation d'une sœur de la recourante. Le Dr B. _____ annexait à son rapport un document médical du 28 octobre 2006, indiquant que la sœur de l'assurée présentait un syndrome affectif bipolaire. La recourante a encore produit un rapport d'expertise complémentaire du Dr G. _____ du 16 avril 2012. Cet expert relevait l'absence de traitement médicamenteux idéal et sans risques des troubles comorbides présentés par la recourante sous forme de l'association des troubles bipolaires et anxieux, d'autant qu'il convenait de tenir compte des atteintes somatiques également.

La recourante a maintenu sa position par réplique du 25 février 2013, requérant en outre la production de diverses pièces. L'assurée a fait de même par écriture du 9 avril 2013, produisant une liasse de pièces.

L'intimé n'a pas formulé de remarques particulières sur les déterminations précitées, tandis que la recourante a pour l'essentiel réitéré ses arguments par écriture du 3 juillet 2013.

d) Sur demande de la Cour de céans, l'assurée a produit une traduction du rapport médical du 28 octobre 2006 concernant sa sœur, rédigé initialement en italien. Il s'agit d'un rapport de sortie ensuite d'une hospitalisation de deux semaines. Son auteur pose le diagnostic de syndrome affectif bipolaire (épisode dépressif psychotique). L'anamnèse révèle que la sœur de l'assurée a présenté divers épisodes dépressifs au cours de sa vie, avec association de symptômes psychotiques, suivis d'une phase d'excitation avec des caractéristiques mixtes et des symptômes psychotiques, provoquant une première hospitalisation.

e) Par décision du 26 juin 2014, l'indemnité intermédiaire du conseil d'office a été fixée à 7'630 fr. 20, TVA comprise, pour la période du 15 octobre 2012 au 19 juin 2014.

G. a) En date du 13 mars 2014, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, confiée au Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les parties ont chacune produit un questionnaire à l'attention de l'expert. Ce dernier a rendu un rapport le 27 juin 2014, sur la base de deux entretiens avec l'assurée, d'examens de laboratoire, d'un entretien téléphonique avec le Dr W._____ et du dossier médical de l'expertisée. Le Dr M._____ a retenu les diagnostics de trouble phobie sociale (F40.1), trouble panique avec agoraphobie (F40.01) et trouble bipolaire de type II (F31.8 ; épisode actuel dépressif moyen). On extrait de l'anamnèse ce qui suit :

« Anamnèse familiale
[...]

L'expertisée dit avoir une sœur de sept ans son aînée qui est séparée et mère de deux enfants. Elle vit en Italie. Cette femme souffrirait d'un trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques (hallucinations). Elle aurait été hospitalisée au moins à deux reprises en milieu psychiatrique.

L'assurée rapporte une bonne entente familiale. A la question des antécédents, elle confirme que sa sœur souffre d'un trouble bipolaire. Elle dit que sa mère souffre également d'un trouble bipolaire. Elle aurait également été hospitalisée en milieu psychiatrique. »

L'expert a à ce propos précisé en note de bas de page ce qui suit :

« L'intéressée a apporté des attestations en conséquences que l'expert lui laisse au besoin le soin de vous remettre puisqu'elles relèvent du secret médical et concernent des tiers. »

On extrait de la suite du rapport ce qui suit :

« Observation
[...]

L'assurée veut convaincre. Elle donne les arguments qui valident sa pathologie psychiatrique et le trouble bipolaire en particulier. Elle n'exagère pourtant pas ses plaintes. Elle est authentique. Elle donne les informations demandées.
[...]

Appréciation finale

Appréciation diagnostique :
[...]

- *Trouble phobie sociale et panique avec agoraphobie*
[...]

Dans le cas présent, l'intéressée relate des attaques de panique typiques qui ont pu voir le jour à l'adolescence pour s'atténuer et réapparaître de façon plus dramatique après la naissance de sa cadette. La symptomatologie est typique avec l'oppression thoracique, les difficultés à respirer, les palpitations, les sudations voire les vertiges. Ces intéroceptions sont accompagnées de la cognition caractéristique d'un risque de malaise imminent.

C'est la peur de ces attaques plus que les attaques elles-mêmes qui détermine aujourd'hui des conduites d'évitement des situations de foule et de confinement (agoraphobie) et de situations où l'intéressée devrait émettre des performances en public. Le détail des situations phobogènes a été recensé dans le paragraphe des plaintes de l'assurée.

Ce tableau clinique correspond à ce que décrit le *trouble phobie sociale* et le *trouble panique avec agoraphobie* dans les ouvrages diagnostiques de référence.

Ces troubles sont mentionnés au dossier. La phobie sociale n'a pas été retenue jusqu'ici. Le soussigné pense qu'elle est pourtant présente depuis des années. Il est possible que l'intéressée n'ait pas été spécifiquement interrogée à ce sujet et que le trouble n'ait dès lors pas été retenu par les collègues qui l'ont examinée.

A ce sujet, on peut rappeler que ce type de troubles anxieux est souvent nommé tardivement dans les dossiers médicaux, dans la mesure où ces troubles ne sont pas au premier plan du tableau clinique et qu'ils ne motivent pas la démarche initiale des sujets en cause auprès du système de soins. Les phobiques évitent souvent de parler de leurs phobies par crainte de s'y exposer. Ils peuvent aussi en avoir honte. Ils ne les identifient pas toujours comme une maladie à laquelle les structures de santé pourraient répondre par une aide appropriée et ne voient dès lors pas d'intérêt de les mentionner spécifiquement. Les troubles phobiques sont pourtant des pathologies psychiatriques significatives dont le caractère incapacitant est souvent sous-estimé.

- *Trouble bipolaire de type II*
[...]

Dans le cas présent, l'anamnèse met en évidence des épisodes hypomaniaques. On retrouve en effet des épisodes d'environ quatre jours qui comprennent une augmentation de l'estime de soi, une réduction des besoins de sommeil, une plus grande communicabilité, une augmentation de l'activité et l'engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, dans le cas présent).

Les épisodes s'accompagnent de modifications du fonctionnement suffisamment marquées pour que l'intéressée ait reçu des remarques de son entourage. Ils

n'ont pas été graves au point d'altérer notablement le fonctionnement de l'intéressée et de forcer à une médicalisation voire à une hospitalisation, comme c'est la règle en cas d'épisode maniaque franc.

Par ailleurs, l'intéressée rapporte des épisodes dépressifs. Ils sont retenus au dossier. Le tableau actuel correspond à ce que désigne un *épisode dépressif moyen*.

On retrouve en effet les trois critères cardinaux (tristesse et fatigue anormales, diminution de l'intérêt et du plaisir, la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois). On retrouve quatre critères secondaires avec le ralentissement, la baisse de l'estime de soi, les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil.

Au vu de ce qui précède, on doit admettre que ce tableau clinique qui comprend des épisodes dépressifs et des épisodes hypomaniaques correspond à ce que décrit le *trouble bipolaire de type II* du DSM-IV-TR.

Un autre argument en faveur de ce diagnostic est constitué par la présence d'un trouble phobie sociale et d'un trouble panique avec agoraphobie sachant que ces deux affections sont une comorbidité fréquente du trouble bipolaire de type II.

Une forme d'hérédité est également admise et ce qu'apporte aujourd'hui l'intéressée pour sa soeur, pour sa mère voire pour sa grand-mère maternelle valide ces antécédents positifs.

Il n'est pas étonnant que ce diagnostic soit posé tardivement. Les phases hypomaniaques ne sont le plus souvent pas considérées comme pathologiques par les sujets en cause. Il s'agit bien au contraire de périodes où ils se sentent bien voire très bien. Ils n'ont par conséquent aucun motif de consulter à ce sujet ni de rapporter ces épisodes comme un trouble à qui que ce soit.

L'intéressée dit par ailleurs qu'elle a eu un contact difficile avec l'expert C._____, tout en précisant qu'elle n'a rien à lui reprocher. Elle dit que cette situation peut expliquer le fait qu'elle n'ait pas été à même de lui communiquer un certain nombre d'éléments de l'anamnèse. Ce contexte relationnel a aussi pu jouer un rôle dans le fait que le diagnostic de trouble bipolaire de type II n'ait pas déjà été posé au moment de la première expertise psychiatrique.

- *Autres pathologies psychiatriques*

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. [...]

Le soussigné n'a pas à se prononcer sur la question des traits narcissiques sachant qu'ils n'ont guère d'importance pour estimer la capacité ou l'incapacité de travail de l'intéressée.

Dans la mesure où l'on retient un trouble bipolaire, on admet *per se* une certaine instabilité et des difficultés dans les relations interpersonnelles, entre autres choses. L'expert considère qu'il n'y a dès lors aucun motif de poser un diagnostic additionnel de trouble de personnalité.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances :
[...]

- *Troubles anxieux phobiques*
[...]

L'anxiété de fond a ses symptômes collatéraux de fatigue, d'irritabilité, de troubles attentionnels et d'une sensibilité élevée au stress, ce qui a pour conséquence de diminuer sensiblement l'efficacité socioprofessionnelle de ces sujets.

La phobie sociale crée des problèmes dans le fonctionnement social et professionnel. Les sujets en cause souffrent d'un handicap dans les contacts interpersonnels. Ils tendent à s'isoler. Leur réseau social est le plus souvent restreint.

Ces personnes évitent les situations qui risqueraient de les mettre en avant. Ils peuvent refuser un avancement. Ils peinent à s'engager dans des projets par peur d'être critiqués.

L'attitude de ces sujets anxieux suscite aussi l'incompréhension, voire la critique de leurs collègues et de leurs supérieurs hiérarchiques, sachant que leur comportement de retrait peut être assimilé à un manque d'adhésion au projet commun. Ils peuvent être mis au ban du groupe, ce qui confirme leur mauvaise perception de soi. Dans un contexte de difficultés relationnelles au travail, ils commettent des erreurs et peuvent devenir peu fiables.

Dans le cas présent, les troubles phobiques de l'intéressée ont varié en sévérité. Ils sont actuellement moins marqués que dans le passé. Ils ont pu générer des difficultés notamment dans les relations interpersonnelles de l'intéressée, dans les activités publiques qu'impliquaient ses fonctions de cadre chez T. _____ et surtout dans ses déplacements. Il paraît dès lors justifié d'en tenir compte dans l'appréciation globale de l'incapacité de travail de l'intéressée.

- *Trouble bipolaire de type II*

Le trouble bipolaire II impose différents types de limitations. Les phases hypomaniaques créent essentiellement des problèmes relationnels. Elles peuvent aussi correspondre à des sujets dispersés, distractibles, désorganisés, peu responsables et qui ne sont pas fiables au travail, même si la symptomatologie est moins marquée que dans les épisodes maniaques francs.

Les phases dépressives donnent lieu à des limitations qui relèvent des difficultés attentionnelles et du ralentissement psychomoteur avec baisse de rendement en conséquence. Elles impliquent aussi les cognitions dépressives et leurs conséquences de manque de confiance en soi et de difficultés majeures à élaborer des projets et à les conduire à terme, aussi petits soient-ils.

Le trouble bipolaire de type II peut être un trouble mental incapacitant sur la durée, sachant, entre autres choses, que les périodes intercritiques sont rarement libres de toute symptomatologie.

L'une des particularités bien connue des sujets bipolaires est leur extrême sensibilité aux tensions internes ou externes. Il n'est pas rare que ces personnes ne soient pas [à] même de tolérer les facteurs de stress ordinaires d'un plein temps dans le premier marché du travail.

Dans le cas présent, l'assurée est essentiellement tributaire des épisodes dépressifs liés à sa maladie bipolaire de type II. C'est d'ailleurs l'ordinaire des sujets féminins souffrant de ce trouble.

Les épisodes dépressifs de Mme R. _____ engendrent des limitations. Ils diminuent son rendement à travers la fatigue, la fatigabilité, les conséquences diurnes des troubles du sommeil et surtout par le ralentissement psychomoteur. Ils comprennent aussi la diminution de l'intérêt et du plaisir avec un impact négatif sur la motivation et l'esprit d'initiative. Les difficultés à penser et à se concentrer génèrent des erreurs et des oublis.

La présentation "dépressive" de l'assurée peut enfin poser problème dans une équipe, surtout dans une fonction de cadre. L'intéressée se montre fragile. Les larmes viennent trop facilement. Les éléments dépressifs sont perceptibles pour tout un chacun. Une telle apparence n'est que peu ou pas acceptable dans certains milieux professionnels en regard de ce qu'on attend d'un cadre en termes de performances et de compétitivité.

Les phases hypomaniaques de Mme R. _____ sont probablement moins gênantes. Elles sont de courte durée. Elles peuvent poser problème en terme d'irritabilité et de relations avec ses collaborateurs.

Au vu de sa fragilité, l'intéressée se "décompense" rapidement avec des problèmes relationnels, une labilité de l'humeur et une accentuation rapide du tableau dépressif. Ce point particulier pourrait être le *primum movens* des limitations et de l'incapacité de travail actuelle de Mme R. _____.

Conclusions

En conclusion, Mme R. _____ est une femme de 60 ans qui présente des troubles psychiques depuis de nombreuses années. En l'état actuel des informations à disposition, l'expert retient un diagnostic de trouble bipolaire de type II avec sa comorbidité classique que sont une phobie sociale et un trouble panique avec agoraphobie. Pour le soussigné, ces pathologies psychiatriques vont de pair avec des limitations et une incapacité de travail de longue durée.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on doit admettre une incapacité de travail psychiatrique de 100 %. Celle-ci remonte vraisemblablement au 13.09.2010, d'après les informations à disposition. Elle est vraisemblablement restée à ce taux jusqu'à ce jour, sachant qu'il n'y a pas notion d'amélioration notable au dossier. Elle pourrait être fixée pour une longue durée au vu de ce qu'on sait de l'évolution chronique de nombre de troubles bipolaires.

Actuellement, le traitement est certainement adéquat tant en qualité qu'en quantité sachant les limitations imposées à la médication par la problématique hépatobiliaire de l'intéressée. Mme R. _____ est suivie par un spécialiste en psychiatrie à côté de la prise en soins de son médecin de famille. Elle reçoit une médication psychotrope appropriée. Elle paraît observante.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens. L'intéressée ne serait probablement pas à même de s'intégrer régulièrement dans une simple activité protégée à visée strictement occupationnelle, en l'état actuel de sa présentation clinique.

Le pronostic à long terme est réservé. Le trouble bipolaire est considéré comme une maladie chronique. »

b) L'intimé s'est déterminé sur l'expertise précitée le 24 juillet 2014, relevant qu'elle confirmait le bien-fondé de la décision litigieuse.

La recourante s'est déterminée le 20 août 2014, observant en premier lieu que l'essentiel des constatations de l'expert à propos des trois troubles évoqués reposait sur les dires de l'expertisée, sans que ni son entourage privé, ni son entourage professionnel n'aient pu confirmer ou infirmer l'existence des comportements et symptômes que celle-ci décrivait, ce qui apparaissait insuffisant. S'agissant des phases dépressives, une seule d'entre elles était apparemment clairement documentée (dépression post-partum de 1982 à 1983). La recourante a requis un complément d'expertise, comprenant notamment l'audition de toute personne que l'expert jugerait utile et à même de décrire le comportement de l'assurée, faute de quoi les diagnostics ne seraient pas objectivés.

L'intimé n'a pas formulé de remarques particulières au sujet des déterminations de la recourante.

L'assurée s'est prononcée le 11 septembre 2014, contestant notamment le fait que l'expert se soit fondé sur ses seules déclarations. Elle a ensuite relevé que si les médecins et les patients eux-mêmes n'avaient pas les moyens de reconnaître facilement les diagnostics retenus, elle voyait mal comment des personnes telles que ses anciens collègues pourraient le faire. L'assurée a encore soulevé qu'un psychiatre, même s'il allait de soi qu'il tenait compte des déclarations de l'expertisé, avait néanmoins les moyens d'évaluer leur véracité, à tout le moins leur vraisemblance. L'expert s'était par ailleurs estimé suffisamment renseigné pour procéder à l'expertise sans devoir interroger les proches et les anciens collègues de l'assurée. De plus, ces personnes pouvaient ne pas se sentir libres dans leurs réponses, par crainte de représailles de l'employeur et devraient en outre se prononcer sur des faits remontant à plusieurs années.

Les parties ne se sont pas prononcées plus avant. Leurs arguments seront repris dans la mesure utile.

E n d r o i t :

1. 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), par une institution de prévoyance touchée par l'évaluation de l'invalidité de l'OAI et en l'occurrence impliquée dans la procédure administrative, ce qui lui donne le droit de recourir (art. 34, 49 al. 4 et 59 LPGA, en relation avec les art. 23 ss LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40] et ATF 132 V 1).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, au regard des atteintes à sa santé.

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

comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 396 consid. 5.3 et consid. 6).

4. a) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

5. En l'espèce, la recourante a en premier lieu reproché à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur le rapport du Dr G._____, lequel entrait en contradiction avec les conclusions du Dr C._____ et se fondait selon elle sur les plaintes subjectives de l'assurée.

Au vu des divergences entre ces deux médecins, du caractère succinct de l'expertise du Dr C._____, mais également au vu du manque d'éléments s'agissant des épisodes maniaques relevés par le Dr G._____, la mise en œuvre d'une surexpertise psychiatrique s'est imposée.

La recourante soutient que l'essentiel des constatations de l'expert M._____ à propos des trois troubles retenus repose sur les dires de l'expertisée.

En dépit de ce que prétend la recourante, il doit être admis que le rapport d'expertise du Dr M._____ remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4a). En effet, il se fonde sur un examen clinique, repose sur une anamnèse détaillée, une analyse approfondie des plaintes de l'expertisée et du dossier constitué, ainsi que sur un entretien avec le médecin traitant de cette dernière. Il ne peut dès lors être reproché à l'expert de se fonder uniquement sur les plaintes subjectives de l'assurée. Le Dr M._____ explique par ailleurs de manière suffisamment motivée pour quelles raisons il s'écarte des diagnostics divergents du Dr C._____. En particulier, il expose clairement pourquoi il n'est pas surprenant que les diagnostics de troubles bipolaires et de phobie sociale aient été posés tardivement. On relèvera également, à l'instar de l'assurée, qu'il est

d'usage que l'expert tienne compte des déclarations de la personne expertisée, à charge pour lui d'en apprécier la vraisemblance et de s'en distancer cas échéant. C'est précisément ce qu'a fait le Dr M._____ en relevant que l'assurée donnait des arguments validant sa pathologie. Conscient de ce phénomène, il a cependant expressément relevé que l'expertisée n'exagérait pas ses plaintes et qu'elle était authentique. On observe par ailleurs que l'expertise du Dr M._____ est corroborée par les constatations des Drs G._____ et B._____. Elle a de surcroît été entérinée par le SMR dans son rapport du 24 avril 2012, lequel relève explicitement l'absence de guérison et l'échec des traitements, inhérents à la psychopathologie en cours, et confirme le pronostic négatif. Il doit encore être constaté que l'analyse du Dr M._____, contrairement à celle du Dr C._____, tient compte d'un élément important, soit les antécédents psychiatriques présents dans la famille de l'assurée, à tout le moins chez sa sœur, souffrant également de troubles bipolaires. Enfin, il ressort de la comparaison des expertises du Dr C._____ et du Dr M._____ que l'assurée s'est révélée plus communicative avec le second qu'avec le premier, ce qui peut expliquer la divergence de diagnostic. Il n'y a finalement rien au dossier susceptible d'établir l'existence d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise judiciaire et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet.

Concernant plus particulièrement la demande de complément d'expertise tendant à l'audition des proches et des collègues de l'assurée, on relève en premier lieu que si les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité établies par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (dans leur version de février 2012, point 5) n'excluent pas que l'expert recueille des informations auprès de tiers, elles ne l'imposent pas non plus. Elles retiennent en revanche que les informations provenant de proches doivent être recueillies et interprétées avec prudence en raison de relations de dépendance possibles. Cette réserve peut être également appliquée à l'entourage professionnel. Il appartient au demeurant à l'expert de juger

de la nécessité sur le plan de l'analyse médicale d'interroger des tiers, tout comme de demander la mise en œuvre d'examens complémentaires. Le Dr M._____ s'est prononcé sans équivoque, affirmant expressément que le diagnostic ne laissait aujourd'hui guère de place au doute. Il ne se justifie dès lors pas de le réinterroger, ni de lui demander d'investiguer auprès de tiers.

Il est tout de même utile d'observer que ces auditions ne seraient vraisemblablement pas de nature à amener des éléments pertinents à l'analyse du cas. En effet, qu'elles soient issues de l'entourage privé ou professionnel de l'assurée, ces personnes devraient se prononcer sur des faits remontant à plusieurs années, concernant des symptômes qui se sont étalés sur une longue période et qui peuvent ne pas avoir été perçus comme les manifestations d'un troubles ou d'un comportement inhabituel. Concernant les anciens collègues de l'assurée, on doit remarquer, à l'instar de cette dernière, qu'ils pourraient ne pas se sentir libres dans leurs réponses, par peur de représailles de l'employeur. A cela s'ajoute que la relation conflictuelle de l'assurée n'existait que par rapport à un seul collègue, de sorte que les autres n'auront pas nécessairement observé ses réactions. Par ailleurs, les phases hypomaniaques ne dureraient probablement que quelques jours, ce qui rend d'autant plus difficile la perception de ce trouble. La séparation du couple et la vente de la maison familiale sont également des éléments à l'origine de l'incapacité et ceux-ci ne relèvent pas du contexte professionnel. Enfin, l'atteinte psychique est incapacitante depuis le 13 septembre 2010 et depuis cette date, les collègues de l'assurée ne l'ont plus vue. On ne voit dès lors pas en quoi leur témoignage serait utile. Quant aux membres de l'entourage privé de l'assurée, soit son mari et ses enfants qui ne vivent plus avec elle, ils n'auront pas nécessairement observé les manifestations des troubles dont elle souffre.

Au vu de ce qui précède, le Dr M._____, dont les conclusions emportent la conviction, doit être suivi. Il sied dès lors de constater que c'est à raison que l'intimé a retenu une incapacité de travail entière depuis le 13 septembre 2010, en raison des troubles psychiatriques

invalidant que présente l'assurée et ainsi octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2011, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

6. Concernant les atteintes somatiques, il convient d'admettre qu'elles ne justifient actuellement pas une incapacité de travail. En effet, le Dr W._____ a relevé dans son rapport médical du 16 janvier 2012 que l'incapacité de travail était de nature avant tout psychiatrique. Le SMR, dans son avis du 24 avril 2012, a quant à lui observé que les atteintes somatiques ne fondaient aucune incapacité durable, ce qui n'est pas contesté par les parties, à tout le moins jusqu'à la date de la décision litigieuse.

7. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Les frais de justice à hauteur de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI) doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. L'assurée, qui a procédé avec l'assistance d'un avocat, et conclu au rejet du recours, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. à la charge de la recourante (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement de l'indemnité ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'assurée dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Muriel Vautier à compter du 15 octobre 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art.

118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Une indemnité intermédiaire d'un montant de 7'630 fr. 20 a déjà été allouée pour la période du 15 octobre 2012 au 19 juin 2014 par décision du 26 juin 2014. Le 7 janvier 2015, Me Vautier a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de l'assurée au-delà de cette période. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 5h40, indemnisées au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile, RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 100 fr. et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 1'209.60 francs.

L'indemnité totale n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la recourante, de sorte que le solde à hauteur de 4'839 fr. 80 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 *in fine* CPC, également applicable par renvoi).

L'assurée est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme 4'839 fr. 80 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 21 août 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 500 fr. (cinq cents francs) sont mis à la charge de la J._____.
- IV.** La J._____ versera à l'assurée la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Muriel Vautier, conseil de l'assurée, est arrêtée à 1'209 fr. 60 (mille deux cent neuf francs et soixante centimes), débours et TVA compris, en sus de l'indemnité déjà fixée par décision du 26 juin 2014.
- VI.** Le montant de 4'839 fr. 80 (quatre mille huit cent trente-neuf francs et huitante centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** La 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, tenue au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Gillard, avocat (pour la J. _____),
- Me Muriel Vautier, avocate (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :