

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mars 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Rossier et Silva, assesseures  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

V. \_\_\_\_\_, [...], recourante, représentée par O. \_\_\_\_\_, à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A. a)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce. Auparavant, elle a notamment travaillé du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 août 2011 en qualité d'assistante de projet auprès de L.\_\_\_\_\_ à [...], puis du 18 juin au 31 août 2012 en qualité d'employée de commerce pour la société D.\_\_\_\_\_ à [...]. Dans l'intervalle, elle a sollicité l'intervention de l'assurance-chômage et a suivi dans ce cadre des cours de comptabilité - TQGI du 12 mars au 8 mai 2012 (obtention d'une attestation). Elle est au bénéfice d'indemnités journalières perte de gain depuis le 25 septembre 2012 à la suite d'une réinscription à l'assurance-chômage.

Le 6 novembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant comme genre de l'atteinte des troubles dissociatifs.

Dans un rapport médical du 25 novembre 2012 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sa patiente de difficultés liées à de possibles sévices sexuels dans l'enfance (Z 61.4), de difficultés à de possibles violences physiques dans l'enfance (Z 61.6), d'état de stress post traumatique chronique (F 43.1), de troubles dissociatifs polymorphes sans précision (F 44.9) et de boulimie (F 50.2). Il a notamment exposé ce qui suit :

« (...).

ANAMNÈSE (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

La patiente est née en Suisse, cadette d'une fratrie de 2 (un frère plus âgé de deux ans). Le père, [...] est décrit comme alcoolique, violent et tyrannique. La mère, chroniquement malade, subissait des opérations multiples, avait peur du mari. La patiente a été abusée par le grand-père paternel de bébé à l'âge 3 ans. Il se serait arrêté lorsque la patiente a commencé à parler. La scolarité est sans particularité. En [...], les parents se séparent, la patiente part avec sa mère, son frère avec son père. Elle déménage à [...]. L'adaptation est difficile. Elle fait un apprentissage comme employée de commerce A 19 ans, elle se met en ménage, se marie à 22 ans.

Entre-temps fait un épisode dépressif, suivi en ambulatoire. En fait son mariage était un mariage blanc. Le couple consulte un sexologue au C.\_\_\_\_\_, mais sans succès. Rongée par la culpabilité, elle fait un tentamen médicamenteux. Il n'y a aucune compréhension de l'entourage. Le couple divorce, elle laisse tout à son mari mais prend les dettes du couple à sa charge.

N'arrivant pas à vivre seule, elle développe une consommation dipsomaniaque d'alcool, puis pratique les arts martiaux de manière addictive. Harcelée par ses supérieurs dans son entreprise, elle fait une rechute dépressive où elle est hospitalisée 2,5 mois à la clinique W.\_\_\_\_\_. Il y a une amélioration passagère. A signaler qu'en dehors des périodes d'incapacité de travail pour motifs psychiques mentionnées plus bas, il y a de nombreuses périodes (entre autres 2008 et 2009) où la patiente était officiellement au chômage, mais de fait incapable de retrouver un emploi en raison de son état de santé psychique, ce qui est exactement le cas actuellement.

En parallèle à ses problèmes psychiques, la patiente subit de nombreuses interventions chirurgicales pour reconstruction de son appareil génital blessé par les viols dans la petite enfance, puis à partir de 2005 pour endométriose.

Enfin il faut souligner que la patiente a fait deux épisodes de méningite virale, dont elle fait directement le lien de cause à effet avec l'émergence de souvenirs difficiles.

#### CONSTAT MÉDICAL

La patiente décrit des angoisses importantes avec flash-backs de scènes de violence avec son père. Il y a alors retrait social total avec impossibilité de sortir de chez elle (donc de se rendre par exemple au travail), tendance à la consommation d'alcool, aux automutilations (se ronge les ongles jusqu'au sang) et aux troubles du comportement alimentaire : boulimie (a pris 10 kg ces 3 dernières semaines) alternant avec des phases d'anorexie. L'importance des réactions somatiques (par exemple des épisodes de diarrhées) est à relever chaque fois qu'un souvenir douloureux est évoqué dans le cadre du suivi psychiatrique. L'humeur est difficile à évaluer. Il n'y a aucun signe en faveur d'un trouble psychotique floride. La patiente décrit également de nombreuses absences avec amnésie subséquente qui l'entravent dans sa vie quotidienne.

#### PRONOSTIC

Le pronostic est actuellement impossible à établir, vu l'instabilité de la patiente. En tout état de cause, il semble que l'incapacité de travail est compromise de manière durable, si ce n'est définitive.

(...) ».

Au chapitre des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a fait état de difficultés dans la tolérance à la frustration et une hypersensibilité aux propos dénigrants, une perte de temps due aux absences dissociatives, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation.

Dans un rapport médical du 5 décembre 2012 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de méningite herpétique récidivante, de migraine avec photophobie et d'endométriose. Il a en outre fait état de troubles du comportement dans le cadre d'un probable trouble de la personnalité.

Dans le cadre d'un auto-assessment complété par l'assurée le 31 janvier 2013, cette dernière a indiqué qu'elle pouvait être active de 2 à 4 heures par jour. Elle avait en outre besoin d'aide pour sa reconstruction physique et mentale afin d'être à même de travailler. C'était son psychiatre qui lui avait demandé d'entamer cette démarche.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Par avis médical du 5 février 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que les diagnostics psychiatriques posés par le Dr B.\_\_\_\_\_ étaient essentiellement basés sur des suspicions d'atteinte à la santé. Afin de pouvoir déterminer exactement l'importance de l'atteinte à la santé et sa répercussion sur la capacité de travail, il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par communication du 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans l'attente des conclusions de l'examen médical.

Par communication du 4 avril 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une expertise médicale était nécessaire afin de clarifier son droit aux prestations et a mandaté à cet effet la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport d'expertise du 19 juin 2013 faisant suite à un examen clinique de l'assurée le 4 juin 2013, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a rappelé la teneur de l'avis médical du SMR du 5 février 2013, résumé le dossier et sollicité des renseignements en ces termes :

« **AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Lettre de sortie du 12 mai 2000, Dr X.\_\_\_\_\_, Clinique W.\_\_\_\_\_, [...]:

Séjour du 8 mars au 19 avril 2000. Diagnostics: F32.2 épisode dépressif sans symptômes psychotiques ; F60.3 personnalité émotionnellement labile type borderline.

Fax envoyé le 5 juin 2013 au Dr Q.\_\_\_\_\_, FMH gynécologie et obstétrique, [...]:

Monsieur et cher Confrère,  
Mandatée par l'Office AI pour l'expertise psychiatrique de Mme V.\_\_\_\_\_, née le [...], pourriez-vous me renseigner sur les points suivants :

- Mme V.\_\_\_\_\_ a-t-elle nécessité des reconstructions de l'appareil génital ? Si oui, pour quelles raisons ?
- Avez-vous eu la suspicion d'abus sexuels dans la petite enfance ?
- Votre patiente a-t-elle évoqué l'absence de toutes relations sexuelles durant son mariage entre 1992 et 1999 ?

La personne expertisée m'a autorisée à demander les renseignements nécessaires dans le cadre de mon expertise (ci-joint la décharge signée).

En vous remerciant par avance de vos réponses d'ici le 15 juin 2013, je vous prie, Monsieur et cher Confrère, d'agréer mes salutations distinguées.

Réponse du 14 juin 2013, Dr Q.\_\_\_\_\_, FMH gynécologie et obstétrique, [...] :

- *Non. Opérations pour dysphasie [recte : dysplasie] du col et endométriose.*
- *Enfance difficile. Situation familiale instable et agressive.*
- *Diminution de libido ».*

La Dresse R.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée de trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline (F60.31), présent depuis jeune adulte, mal compensé depuis septembre 2012 et a attesté une capacité résiduelle de travail de 75% sans diminution de rendement à raison de 6 heures 30 par jour. Elle a notamment exposé ce qui suit dans le cadre de son appréciation :

#### **« 5. Appréciation du cas et pronostic**

(...).

A l'examen clinique de ce jour, Mme V.\_\_\_\_\_ est venue seule en voiture. Elle est ponctuelle.

L'expertisée présente une puérilité et une immaturité affective. Durant l'entretien, elle est animée, souriante et suggestible.

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est mis en évidence.

Hormis une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, aucun autre élément floride de la lignée dépressive n'est objectivé.

L'expertisée se place en position de soumission, d'infériorité et présente des traits faux-selfs. Elle tend à s'adapter à son interlocuteur.

Le discours est cohérent, sans trouble formel de la pensée. Aucun élément de la lignée psychotique n'est mis en évidence.

L'énergie vitale est bien conservée.

Durant l'entretien, Madame n'est pas démonstrative et ne présente pas de troubles dissociatifs. L'anamnèse n'est par ailleurs pas évocatrice de troubles dissociatifs.

Mme V. \_\_\_\_\_ n'évoque pas de cauchemars récurrents, de flash-back, d'état de qui-vive, ni de pensées intrusives, raison pour laquelle le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut être retenu.

Madame fonctionne sur le mode du clivage, de l'idéalisation primitive, du déni, de la projection et de l'interprétativité. Ceci correspond à un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensé.

L'anamnèse permet de retenir un diagnostic de boulimie. Cette boulimie n'est pas incapacitante.

L'expertisée peut fonctionner dans son quotidien. Madame s'occupe de son ménage, des courses, des repas et de la lessive. Passionnée d'animaux, elle consacre plusieurs heures par jour sur Internet à observer des nids d'oiseaux (aigles et cigognes), prenant des notes et se renseignant dans le domaine ornithologique.

Récemment, Madame s'est inscrite dans un refuge pour animaux, à [...], pour lui apporter son aide.

Selon Mme V. \_\_\_\_\_, le métier d'employée de commerce ne l'a guère intéressée, ce choix étant dicté par ses parents. L'expertisée souhaiterait s'investir dans un métier relatif aux animaux.

A relever de nombreuses discordances entre ce que Madame relate, ce qui est évoqué par son gynécologue et les médecins de la W. \_\_\_\_\_ et ce qui est objectivé lors de l'expertise.

La personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée entraîne comme limitations : une difficulté à gérer le stress, des fluctuations de l'humeur en fonction des événements existentiels, un fonctionnement dans le « tout ou rien », une difficulté à gérer les émotions et une réduction des capacités adaptatives. Ces limitations interfèrent de 25%, quelle que soit l'activité ».

L'experte a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle ne permettraient pas une augmentation de la capacité de travail. Par contre, cette dernière pourrait être améliorée par la poursuite d'une psychothérapie et d'une médication stabilisatrice de l'humeur type quétiapine, aripiprazole ou valproate, précisant toutefois que les personnalités émotionnellement labiles type borderline répondaient mal aux traitements antidépresseurs.

Dans un rapport du SMR du 2 juillet 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dès le 26

septembre 2012 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), présent depuis jeune adulte, mal compensé depuis septembre 2012 et que l'expertise médicale réalisée par la Dresse R. \_\_\_\_\_ était probante.

Par communication du 4 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre d'un entretien de suivi le 5 août 2013 avec la division de réadaptation de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle ne se sentait pas encore apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Elle avait en effet besoin de temps pour mener à bien sa démarche thérapeutique et retrouver l'équilibre nécessaire à sa réinsertion professionnelle. Au niveau financier, elle bénéficiait du Revenu d'insertion (RI) depuis juillet 2013 et verrait le moment venu avec le Service social pour des mesures de réinsertion.

Par communication du 18 février 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement, laquelle a été contestée par l'intéressée.

Le 19 mai 2014, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision tendant au refus de sa demande de rente d'invalidité du 6 novembre 2012 pour les motifs suivants :

**« Résultat de nos constatations**

Vous exercez l'activité d'assistante de projet à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis septembre 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit en septembre 2013, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre capacité de travail est de 75% dans toute activité.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 75'400.00 en 2013 (selon les renseignements communiqués par votre ancien employeur) avec celui auquel vous

pouvez prétendre dans une activité adaptée à 75%, soit CHF 59'990.00 par année (selon les indications de la société des employés de commerce).

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF	75'400.00
avec invalidité	CHF	59'990.00

La perte de gain s'élève à CHF 15'410.00 = un degré d'invalidité de 20%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, aucune mesure n'est susceptible de réduire votre préjudice économique ».

Dans un rapport médical intermédiaire du 14 juin 2014 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis l'expertise médicale du 4 juin 2013. Il a posé les diagnostics de trouble de la personnalité borderline et de trouble dépressif récurrent. Il a ajouté que le tableau s'était notablement aggravé avec rechute d'un état dépressif manifeste avec anhédonie, aboulie, idéation suicidaire permanente sans scénario, importantes crises d'angoisse invalidantes, troubles du sommeil avec cauchemars, alimentation chaotique, dévalorisation, culpabilité, retrait social et perte d'espoir. Il a également évoqué la reprise d'alcoolisations sporadiques dans un but anxiolytique. Les propositions de l'experte d'une médication stabilisatrice de l'humeur par quétiapine ou aripiprazole se sont révélées sans effet thérapeutique et de plus mal tolérées.

Dans sa contestation du 22 juillet 2014, l'assurée, désormais représentée par O.\_\_\_\_\_, a critiqué les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse R.\_\_\_\_\_ se fondant sur un courrier du 14 juillet 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_. Le psychiatre traitant a estimé que sa patiente ne présentait pas seulement un trouble borderline et que sa capacité résiduelle de travail ne dépassait pas 20 à 30%. L'assurée a dès lors conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique réalisée par un praticien au courant des séquelles des mauvais traitements dans l'enfance.

Par avis médical du 30 septembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit :

« Nous avons retenu chez cette assurée suisse divorcée de [...] ans, CFC de commerce, suite à une expertise psychiatrique de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 04.06.2013, un «trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, présent depuis jeune adulte, mal compensé depuis septembre 2012». La CT [capacité de travail] exigible est de 75% dans la dernière activité (assistante de projet) ainsi que dans toute activité adaptée aux restrictions psychiques (difficulté à gérer le stress, fluctuations de l'humeur, difficulté à gérer les émotions et diminution des capacités adaptatives). Voir expertise et rapport SMR du 02.07.2013.

Le psychiatre-traitant, Dr B. \_\_\_\_\_, atteste une aggravation depuis l'expertise du 04.06.2013 sous la forme de la rechute d'un état dépressif, avec CT [capacité de travail] nulle (voir son rapport du 14.06.2014). Sur son dernier courrier du 14.07.2014, il ajoute qu'il s'agit d'une [*« ] pathologie psychique chronique, la maladie dure depuis plusieurs années avec une symptomatologie inchangée voire aggravée, et sans rémission durable »...*

Nous rediscutons ce dossier avec une psychiatre du SMR : il n'y a pas d'arguments médicaux pour s'écarter des conclusions de l'experte psychiatre. Il s'agit plutôt d'une interprétation différente de la symptomatologie dépressive, selon l'expert, dans le cadre du trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et ceci selon les critères cliniques de la CIM-10.

Nous maintenons donc les conclusions de notre rapport SMR du 02.07.2013 ».

Par décision du 7 octobre 2014, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 mai 2014.

**B.** Par acte de son mandataire du 29 octobre 2014, V. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 7 octobre 2014 rendue par l'intimé et conclut, sous suite de frais et dépens, au préalable, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par l'autorité de recours, et au fond, à la réforme de la décision en ce sens qu'elle a droit, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, à une rente entière d'invalidité. Pour l'essentiel, la recourante se réfère entièrement à l'appréciation de son psychiatre traitant du 14 juillet 2014. Elle reproche à l'experte de ne l'avoir reçue que 45 minutes et reprend les arguments qu'elle avait développés dans le cadre de sa contestation s'agissant de l'impact du trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline sur sa capacité de travail. Elle déplore également que l'avis médical du SMR du 30 septembre 2014 ait été rendu par un non psychiatre. Au vu de ces éléments, elle estime que « (...)conformément aux principes qu'a dégagés l'ATF 137 V 210, une expertise psychiatrique

*judiciaire qu'il convient de mettre en œuvre et à confier de préférence à un médecin psychiatre bien au courant des séquelles des mauvais traitements dans l'enfance... ».*

Dans sa réponse du 15 décembre 2014, l'intimé propose le rejet du recours. Il estime qu'une nouvelle expertise médicale ne se justifie pas, le dossier de la recourante étant complet.

Dans sa réplique du 8 janvier 2015, la recourante allègue que l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ relative à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par la Dresse R. \_\_\_\_\_ laisse subsister de réels doutes. La recourante persiste pour le surplus dans les conclusions prises dans son recours et précise que sa préférence va à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire plutôt qu'au renvoi à l'intimé pour nouvelle expertise.

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

## **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. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let aLPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, la recourante conteste l'évaluation médicale à laquelle l'intimé a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa

capacité de travail eu égard à son état de santé psychique. Contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse R. \_\_\_\_\_ au vu des remarques de son psychiatre traitant, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** 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 130 V 396 consid. 5.3, 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07

arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2, I 1093/06 arrêt du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C\_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 exprimées par 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 et enfin que les

conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.2, TF 9C\_1023 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGa, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGa (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé a considéré, en faisant siennes les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2013, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 75% dans toute activité, ce qui justifiait le refus de toute prestation d'invalidité. La recourante estime pour sa part que l'appréciation médicale du 14 juillet 2014 de son psychiatre traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, qu'elle juge probante, est en contradiction avec l'appréciation de la Dresse R. \_\_\_\_\_, si bien que les

conclusions de son rapport d'expertise ne sauraient être suivies. Elle affirme qu'il subsisterait des doutes sur la fiabilité et les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse R.\_\_\_\_\_.

**b)** Il sied de rappeler que le SMR, par avis médical du 5 février 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_, a décidé, après avoir pris connaissance du rapport médical établi le 25 novembre 2012 par le Dr B.\_\_\_\_\_, qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour déterminer l'importance de l'atteinte à la santé et sa répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Certes, dans l'avis précité, le SMR a conclu que les diagnostics psychiatriques posés par le psychiatre traitant étaient essentiellement basés sur « des suspicions d'atteinte à la santé », mais en a toutefois clairement expliqué les motifs. Si la recourante avait fait état de troubles dissociatifs dans le cadre de sa demande de prestations, le Dr B.\_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics de difficultés liées à de possibles sévices sexuels dans l'enfance (Z 61.4), de difficultés à de possibles violences physiques dans l'enfance (Z 61.6), d'état de stress post-traumatique chronique (F 43.1), de troubles dissociatifs polymorphes sans précision (F 44.9) et de boulimie (F 50.2), précisant que la capacité de travail de sa patiente était compromise de manière durable voire définitive. Les deux premiers diagnostics ont été qualifiés de suspicions anamnestiques par le SMR en l'absence de documents judiciaires et opératoires, l'état de stress post-traumatique faisant probablement référence aux deux précédents diagnostics. Enfin, selon le SMR, les troubles dissociatifs ne devaient normalement pas engendrer d'incapacité de travail de longue durée de même que la boulimie isolée. C'est dans ce contexte que la Dresse R.\_\_\_\_\_, psychiatre, a été mandatée par l'intimé afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste en psychiatrie qui puisse lever définitivement les doutes quant aux diagnostics à poser et à la capacité résiduelle de travail de l'intéressée. Dans ce sens, le choix de la Dresse R.\_\_\_\_\_ n'est pas contestable et n'a du reste soulevé aucune objection à l'époque de sa désignation.

**c) aa)** L'experte a ainsi procédé à l'examen clinique de la recourante le 4 juin 2013, après avoir pris connaissance de l'ensemble du

dossier de l'OAI. Elle a également, avec l'autorisation de la recourante, sollicité des renseignements auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_ gynécologue traitant, lequel a indiqué le 14 juin 2013 que la recourante n'avait pas subi de reconstructions de l'appareil génital, mais des opérations pour dysplasie du col et endométriose. Il n'a pas répondu à la question de savoir s'il y avait eu suspicion d'abus sexuels dans la petite enfance, évoquant tout au plus une enfance difficile et une situation familiale instable et agressive. Enfin, sa patiente n'avait pas évoqué l'absence de toutes relations sexuelles durant son mariage entre 1992 et 1999, mais une diminution de la libido. La Dresse R. \_\_\_\_\_ a également requis la lettre de sortie du 12 mai 2000 de la Clinique W. \_\_\_\_\_ où les diagnostics d'épisode dépressif sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.3) ont été posés. Le rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2013 contient une anamnèse détaillée de l'intéressée (sur les plans familial, personnel, social, des habitudes, de l'hérédopathie, somatique et psychopathologique ; évolution de la maladie et résultats des thérapies). Il énumère les plaintes émises par la recourante le jour de l'examen et expose le status clinique, les diagnostics et l'appréciation du cas et pronostic. Dans l'appréciation du cas, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a expliqué de façon détaillée et convaincante les motifs qui l'ont amenée à s'écarter des conclusions du psychiatre traitant de la recourante en ce qui concerne plus particulièrement les diagnostics et le caractère invalidant des troubles psychiatriques retenus et leur répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Comme la Clinique W. \_\_\_\_\_, elle a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) mal compensé, l'intéressée fonctionnant sur le mode du clivage, de l'idéalisation primitive, du déni, de la projection et de l'interprétativité. L'experte a ainsi indiqué que les dysfonctions familiales, les maltraitances psychologiques et physiques avaient interféré sur le développement de la personnalité de la recourante. Elle a en outre relevé de nombreuses discordances entre ce que la recourante relate, ce qui est évoqué par son gynécologue et les médecins de W. \_\_\_\_\_ et ce qui a été objectivé lors de l'expertise. En définitive, selon l'experte, le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensé entraîne une

difficulté à gérer le stress, des fluctuations de l'humeur en fonction des événements existentiels, un fonctionnement dans le « tout ou rien », une difficulté à gérer les émotions et une réduction des capacités adaptatives. Sur le plan psychiatrique, elle a donc retenu une capacité de travail exigible de 75% dans toute activité compte tenu des limitations fonctionnelles précitées.

**bb)** Au vu des éléments décrits ci-dessus, il convient d'admettre que contrairement à ce que soutient la recourante, l'avis psychiatrique de la Dresse R. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. A cet égard, on observera que l'examen clinique n'a pas duré 45 minutes comme le soutient la recourante, mais 1 heure 55 selon le document annexé au rapport d'expertise et signé par l'intéressée. Le psychiatre traitant s'est finalement rallié au diagnostic de trouble de la personnalité type borderline retenu par l'experte. Il a cependant contesté la capacité résiduelle de travail finalement retenue sans toutefois véritablement expliquer en quoi un tel trouble entraînerait une incapacité de travail plus importante et de longue durée. Il a certes évoqué des « *somatisations lors de débordements émotionnels (nausées, vomissements, migraines, syndromes méningés), que l'on peut [attribuer] à des troubles dissociatifs polymorphes* ». A cet égard, on rappellera que l'experte a admis que durant les phases de décompensation psychique, la recourante présentait des problèmes somatiques. Toutefois, ceux-ci entraînaient uniquement des arrêts de travail et non des incapacités de travail, respectivement de gain valant invalidité. Par ailleurs, en l'absence de cauchemars récurrents, de flash-back, d'état de qui-vive, de pensées intrusives, l'experte n'a pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ni celui de trouble dépressif en l'absence d'élément floride de la lignée dépressive, hormis une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Le seul fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ fasse état d'une aggravation sous la forme d'un trouble dépressif récurrent par rapport aux constatations de l'experte ne permet pas de déduire de ce syndrome une limitation fonctionnelle ou des effets restrictifs sur la capacité de travail de l'assurée, dès lors que le rapport médical intermédiaire du 14 juin 2014 du psychiatre traitant se fonde pour

l'essentiel sur les plaintes de l'assurée (anhédonie, aboulie, idéation suicidaire permanente sans scénario, importantes crises d'angoisses invalidantes, troubles du sommeil, alimentation chaotique, dévalorisation, culpabilité, retrait social et perte d'espoir) sans que celles-ci soient objectivées ou même illustrées par des exemples concrets, ce qui s'explique par le contexte thérapeutique de la relation entre la recourante et son psychiatre. A cet égard, on rappellera que la recourante a fait état de plaintes identiques lors de son examen clinique auprès de la Dresse R.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 16 sous chapitre « 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée »), soit notamment des angoisses, attaques de panique, humeur abaissée, idées suicidaires scénarisées, troubles du sommeil, perte de confiance en soi, culpabilité, absence de projet, diminution de la concentration et de l'appétit. En définitive, le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à une interprétation différente de la symptomatologie dépressive dans le cadre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, comme l'a souligné le SMR (avis médical du 30 septembre 2014). Le fait que la prise d'une médication stabilisatrice de l'humeur n'ait pas eu l'effet escompté sur sa patiente, ne permet pas d'admettre *de facto* une aggravation de son état de santé, la Dresse R.\_\_\_\_\_ ayant souligné que cette mesure médicale visait à augmenter progressivement la capacité de travail de l'intéressée.

**cc)** Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante n'avance aucun argument qui permettrait de remettre en cause la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Elle ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - que l'experte aurait ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que la recourante présente une capacité de travail de 75% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée au vu des limitations qualitatives et quantitatives dues au trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensé.

**5.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, ni une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise confiée à un psychiatre spécialisé. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**6.** Le taux d'invalidité calculé par l'intimé sur la base des constatations de fait qui précèdent n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits (prononcé du 27 novembre 2014), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).



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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- O. \_\_\_\_\_, pour la recourante, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :