

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mme Dessaux, juge, et M. Pittet, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Romain Kramer, avocat,
à Renens,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante marocaine née en 1965, est entrée en Suisse en 1997 et a exercé diverses activités lucratives non qualifiées de courte durée jusque dans le courant de l'année 2004. Au bénéfice de prestations d'aide sociale depuis sa séparation d'avec son deuxième époux en 2011, elle a suivi une formation théorique et pratique en vue de l'obtention d'un certificat d'employée de maison et de lingère en établissement médico-social (EMS), ainsi que d'aide à domicile pour personnes âgées.

B. En date du 14 janvier 2013, avec le concours de son psychiatre traitant, le Dr B. _____, et du Centre social régional [...], l'assurée s'est annoncée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en déposant un formulaire d'annonce de détection précoce. Elle a fait état d'une incapacité totale de travail à compter du 30 janvier 2012 au motif de « dépression ».

Au terme d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 31 janvier 2013, elle a été invitée à compléter une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

C. L'assurée a donné suite à cette injonction le 25 février 2013, précisant sur le formulaire correspondant être atteinte dans sa santé depuis 2004.

Procédant à l'instruction de cette requête de prestations, l'OAI a sollicité un rapport auprès du psychiatre traitant de l'assurée, lequel a été _____ fourni _____ le 27 mars 2013. Le Dr B. _____ a communiqué les diagnostics d'un « épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3) » et d'un « état de stress post-traumatique (F43.1) », tous deux présents « en tout cas depuis 2004 », signalant que sa prise en charge à raison de deux séances par semaine avait débuté en novembre 2011. Il a indiqué avoir

été consulté par l'assurée « dans un état de détresse après plusieurs années d'isolement et d'une souffrance importante, suite à un traumatisme et de la maltraitance », celle-ci se déclarant « victime de violences conjugales récurrentes » du fait de son second époux. Elle avait par ailleurs subi deux interventions chirurgicales à bref intervalle dans les suites d'une grossesse extra-utérine, ayant craint pour sa vie dans ce contexte. Elle présentait depuis lors « une phobie du milieu médical ». Au titre des symptômes présentés par sa patiente, le psychiatre traitant rapportait « un épuisement moral et physique, une thymie triste, [des] pleurs, un émoussement affectif », accompagnés « de troubles du sommeil, de cauchemars et d'une fatigabilité importante ». La récurrence de « flash-backs des opérations et de la maltraitance » était soulignée. Le psychiatre observait « des troubles de la concentration et de l'attention, un sentiment de dévalorisation, de culpabilité par rapport à [la] situation et un isolement social » en sus d'une « anhédonie, aboulie, asthénie [et de] difficultés à faire des projets réalistes ». En outre, il faisait état d'une « hypervigilance et d'hallucinations auditives », ainsi que d'un « ralentissement psychomoteur » et d'une « anxiété » avec des « idées noires, sans idées suicidaires actives ». Le pronostic était réservé en raison de « l'importance de la symptomatologie, [du] vécu traumatisant et [des] symptômes dépressifs » susceptibles de péjoration, éventuellement au point d'entraîner une « modification durable de la personnalité ». Le Dr B._____ préconisait la poursuite de la thérapie intégrée et d'une médication adaptée en fonction de l'évolution clinique, qualifiant d'illusoire toute reprise d'emploi en milieu non protégé.

Considérant que la situation médicale n'était pas stabilisée, l'OAI a indiqué qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisageable aux termes d'une communication du 30 septembre 2013. Il a ainsi clôturé la phase d'intervention précoce.

Le Dr B._____ a informé l'OAI de la péjoration de l'état de santé de sa patiente en février 2014, du fait de la « finalisation de la procédure de divorce au mois de novembre 2013 » et de la « précarité

financière » en découlant, maintenant au surplus l'incapacité totale de travail de l'assurée.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume des Drs D._____ et F._____, a suggéré le 8 avril 2014 de diligenter une expertise psychiatrique.

Selon une communication du 23 octobre 2014, l'OAI a confié le mandat d'expertise à la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a adressé son rapport en date du 11 février 2015.

A l'issue de son examen clinique et sur la base de l'étude du dossier de l'assurée, l'experte a relevé une anamnèse psychiatrique vierge sur le plan familial, alors que sur le plan personnel, l'assurée annonçait une « souffrance psychique survenue en 2004 » suite à l'interruption de sa grossesse et aux interventions chirurgicales corrélatives. Elle se trouvait depuis lors « désespérée à l'idée de ne pas avoir pu être mère, [tout en critiquant] l'attitude de son gynécologue pour avoir tenu des propos peu diplomatiques ». Elle conservait « par extension une animosité envers tout le corps médical ». La Dresse G._____ a observé « une femme orientée et collaborante, munie de bonnes capacités intellectuelles, [mais] rapidement en détresse face aux réalités de son existence ». L'experte a nié la réalisation des critères déterminants d'une dépression, ainsi que des signes de psychose ou des éléments en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique. Elle a mis en exergue une assurée au comportement passif évoquant une « forte composante dépendante ». L'assurée n'était pas prête à entamer des démarches en vue de la reprise d'une activité lucrative, pour des raisons étrangères à son état de santé, alors qu'une activité de « maman de jour à plein temps » pouvait combler partiellement ses aspirations de maternité. S'agissant des diagnostics évoqués par son confrère psychiatre traitant, la Dresse G._____ a exclu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, estimant que les critères imposés par la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), n'étaient pas remplis in casu, au vu notamment du temps écoulé

depuis les événements stressants vécus par l'assurée. Elle a conclu plutôt à une « résistance à la progression naturelle des mécanismes de deuil ». Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère ou la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive avaient éventuellement pu être évoqués temporairement, mais ne pouvaient justifier une incapacité durable de travail. Sur la base de ses observations, la Dresse G. _____ n'a retenu aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée d'un point de vue psychiatrique. Elle a mentionné, au titre de diagnostics sans incidence sur dite capacité, ceux d'une « personnalité dépendante actuellement non décompensée (F60.7) », d'une « dysthymie (F34.1) » et d'une « réaction de deuil (grossesse et maternité) (F43.2) ». Elle a en conséquence considéré que l'assurée était dotée « depuis toujours » d'une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, rapportant que les activités précédemment exercées, telles que celles d'aide de cuisine, nettoyeuse, serveuse ou ouvrière, étaient des activités adaptées à son état de santé. L'experte a ajouté que « le fait que l'intéressée ait pu acquérir une formation et obtenir un certificat en novembre 2011, alors qu'aucune aggravation n'[avait] été annoncée depuis lors, [confirmait] » une exigibilité professionnelle entière.

Le Dr D. _____ du SMR, dans un rapport du 3 mars 2015, s'est rallié aux conclusions de la Dresse G. _____, et a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toutes activités.

D. Par projet de décision du 5 mars 2015, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de lui nier le droit à un reclassement professionnel et à une rente d'invalidité, faute d'atteinte à la santé invalidante au sens requis en matière AI.

Le Dr B. _____ a fait parvenir un nouveau rapport médical à l'OAI le 7 avril 2015, en vue d'appuyer une contestation ultérieure de l'assurée à l'encontre du projet de décision précité. Il a signalé poursuivre sa prise en charge, sans toutefois constater d'amélioration, l'incapacité de travail demeurant à son sens totale, ce depuis plusieurs années. Il a critiqué

l'expertise réalisée par la Dresse G._____, considérant que son rapport ne reflétait pas la réalité clinique constatée par plusieurs thérapeutes. L'entretien avec l'experte avait en outre eu des effets négatifs sur l'état de santé de l'assurée au point qu'une hospitalisation en milieu spécialisé était envisagée. Le Dr B._____ estimait que l'experte n'avait pas fait preuve de neutralité et d'indépendance à l'égard de sa patiente, dès lors qu'elle a affirmé avoir bien connu le gynécologue que l'assurée considère comme l'auteur d'une « erreur médicale ». Il a réitéré les diagnostics précédemment retenus, indiquant que ceux évoqués par l'experte ne correspondaient pas à ses observations et n'étaient pas réalisés en l'espèce. Une « réaction de deuil (grossesse et maternité) » ne durait usuellement pas plus de six mois selon la CIM-10, alors que l'assurée présentait les symptômes énoncés depuis de nombreuses années. Quant aux patients atteints de « dysthymie », ils conservaient la capacité de faire face aux exigences du quotidien ce qui n'était pas le cas de l'assurée. Il recommandait d'organiser une nouvelle expertise psychiatrique.

L'assurée a formellement contesté le projet de décision du 5 mars 2015 par écriture du 10 avril 2015 à l'OAI, requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Le Dr D._____ du SMR s'est exprimé sur le rapport médical du 7 avril 2015 en date du 21 avril 2015, estimant que l'opinion du Dr B._____ relevait d'une appréciation différente d'une situation demeurée stationnaire.

Le Service juridique de l'OAI a considéré, par avis du 9 juin 2015, que la neutralité de la Dresse G._____ ne pouvait être mise en doute en raison du simple fait qu'elle connaissait le gynécologue de l'assurée. Cela étant, il a proposé de soumettre le rapport du Dr B._____ à l'experte pour détermination subséquente.

Par complément du 23 juin 2015, la Dresse G._____ a pris position sur les griefs exprimés par le Dr B._____ et maintenu sa

précédente appréciation du cas. Elle a évoqué différents éléments d'anamnèse susceptibles de corroborer ses conclusions, comme l'absence de toute activité professionnelle de l'assurée avant même la survenance de l'atteinte à la santé alléguée, la poursuite d'une formation en 2011, des vacances au Maroc en 2013, ainsi que la recherche d'un logement, laquelle attestait d'un projet d'avenir. L'assurée, dont la souffrance n'était pas contestée, était à son avis « une femme déçue des réalités de l'existence qui aurait voulu être entourée et soutenue ». En dépit de ses difficultés face au quotidien et à la gestion de sa solitude, elle ne présentait pas « les caractéristiques d'un épisode dépressif d'intensité significative ». L'experte n'excluait pas que son rapport eût exacerbé le désarroi de l'assurée, sans toutefois engendrer une incapacité de travail durable.

Par décision du 14 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, reprenant la teneur de son projet de décision du 5 mars 2015.

E. L'assurée a formé recours contre la décision du 14 juillet 2015, dans un premier temps directement auprès de l'OAI le 3 août 2015, avant de la déférer dans un second temps, avec l'assistance de son conseil, Me Romain Kramer, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 septembre 2015. Elle a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et principalement à la réforme de la décision entreprise dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a tout d'abord critiqué le déroulement de l'expertise confiée à la Dresse G._____, relatant les effets délétères de l'examen clinique. En particulier, l'experte aurait eu des propos inadéquats en lien avec les compétences du gynécologue de l'assurée et douté de la pertinence d'élever l'intervention de ce praticien au rang d'une « erreur médicale ». Etant donné les conditions de l'examen clinique à l'origine du rapport d'expertise, la force probante de ce document devait être niée et une autre expertise ordonnée. En outre, l'assurée a mis en exergue les diagnostics et constats diamétralement opposés consignés par son psychiatre traitant, estimant que la Dresse G._____ avait omis

des éléments anamnestiques importants (tels que les violences conjugales) sans motiver à satisfaction son appréciation définitive. Le Dr B._____ avait d'ailleurs exposé par le détail les contradictions contenues dans le rapport d'expertise de la Dresse G._____ en date du 7 avril 2015, sans que cette dernière n'ait répondu à ses critiques. L'experte ne s'était au surplus pas déterminée sur la médication de la recourante. Ses conclusions s'avéraient en définitive à son avis insoutenables, en particulier en termes de capacité de travail et au vu des domaines d'activités jugés adaptés. Enfin, la recourante a questionné la mise à profit d'une éventuelle capacité de travail sur le marché de l'emploi ordinaire, compte tenu de la lourdeur de son traitement et de ses effets secondaires, ainsi que de son absence de formation et de son âge.

Dans l'intervalle, par dépôt du formulaire ad hoc le 7 septembre 2015, l'assurée a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, que le juge instructeur lui a accordée par décision du 15 septembre 2015, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Romain Kramer en tant qu'avocat d'office avec effet dès le 14 septembre 2015.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 15 octobre 2015, en proposant le rejet et la confirmation de sa décision du 14 juillet 2015. Il s'est référé à la teneur de ce document, ainsi qu'à la prise de position complémentaire de l'experte, datée du 23 juin 2015.

Par réplique du 6 novembre 2015, la recourante a réitéré ses conclusions, ainsi que pour l'essentiel, les arguments précédemment avancés.

Quant à l'OAI, il a indiqué le 30 novembre 2015 n'avoir aucune remarque particulière à formuler.

F. Au vu des avis psychiatriques antagonistes versés au dossier, le magistrat instructeur, après avoir obtenu l'aval des parties et leurs questionnaires respectifs à l'attention de l'expert, a ordonné le 3 mai 2016

la réalisation d'une expertise judiciaire psychiatrique auprès du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr H. _____ a communiqué son rapport le 11 juillet 2016.

Il a estimé justifié de retenir les diagnostics suivants :

- Épisode dépressif moyen (F32.1) ;
- Trouble panique avec agoraphobie (F40.01) ;
- Trouble phobie sang, injection, accident (F40.2) ;
- Trouble état de stress post-traumatique (F43.1).

Au titre d'appréciation du cas, le Dr H. _____ a exposé ce qui suit :

« **Appréciation diagnostique**

[...]

Episode dépressif

[...] Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois.

Par ailleurs, le soussigné admet la diminution de l'estime de soi et des idées suicidaires récurrentes. Il retient des difficultés à penser et à se concentrer ainsi que des troubles du sommeil. La diminution de l'appétit ne peut pas être retenue ici sachant que le poids est stable. Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assurée. [L'assurée] est authentiquement triste. La présentation clinique est bel et bien celle d'un état dépressif.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un épisode dépressif. On doit le qualifier de moyen, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 29.06.2016.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être écarté.

L'anamnèse parle contre des épisodes dépressifs antérieurs et des phases de rémission. On ne doit dès lors pas retenir la récurrence.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels symptômes psychotiques associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. A son avis, ils devraient être exclus dans la mesure où les voix qu'entend l'assurée ne sont que de simples appels de son nom. Elles ne commentent pas son comportement. Pour l'expert, ces voix doivent être rattachées aux intrusions de l'état de stress post-traumatique, puisqu'il n'a pas retrouvé d'autres indices de psychose.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic d'épisode dépressif moyen, selon la terminologie de la CIM-10 ou de trouble dépressif majeur (état actuel moyen), selon la terminologie du DSM-IV-TR. [réd. : Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux].

[...].

Troubles anxieux phobiques

[...] Dans le cas présent, l'intéressée rapporte des attaques de panique paucisymptomatiques. On sait que celles-ci se sont

imposées après deux grandes crises. Elles sont aujourd'hui moins gênantes dans le sens que l'intéressée a appris à les gérer. Ces crises impliquent essentiellement un sentiment d'oppression thoracique et de difficultés respiratoires.

Ces attaques et la peur de ses attaques ont déterminé des comportements d'évitement qui touchent essentiellement des situations d'agoraphobie (foule, confinement, s'éloigner seule de son domicile) et de sang, injection, accident.

Pour l'expert, ce tableau clinique est suffisamment marqué pour qu'il soit justifié de poser les diagnostics séparés de trouble panique avec agoraphobie et de trouble phobie spécifique (sang, injection, accident).

Le fait de poser ces deux diagnostics ne valide pas une aggravation par rapport aux autres évaluations qu'on peut lire au dossier. Ces troubles phobiques sont présents depuis des années et ont justifié un traitement spécifique d'hypnose, de relaxation et l'apprentissage de techniques respiratoires.

Trouble état de stress post-traumatique

[...] Dans le cas présent, le facteur de stress est essentiellement constitué par la perte d'un enfant à quelques mois de grossesse, alors que cette femme avait un très grand désir de maternité.

[L'assurée] a été brutalement confrontée au fait qu'elle est depuis lors stérile. Elle estime avoir été l'objet d'une erreur médicale. Les événements en cause se sont déroulés en deux temps et sont vécus par elle comme doublement traumatiques. La dernière intervention a enfin été effectuée « en urgence ».

Même si ces traumatismes ne sont pas « extraordinaires » et ne devraient pas être à même de générer des troubles psychiatriques graves sur la durée, pour l'ordinaire des sujets qui y seraient exposés, ils ont pris une tout autre dimension chez une personne qui ne s'est jamais bien insérée en Suisse, dont la vie sentimentale débouche sur un constat d'échec et qui, en fait, manque singulièrement de capacités adaptatives.

Le tableau clinique est par ailleurs typique. L'intéressée ne majore pas sa symptomatologie. Elle n'est pas inductible de ce qui lui est proposé. Elle s'est montrée étonnée que le soussigné lui pose la question des « sursauts » et soulagée que quelqu'un « connaisse » ce symptôme qu'elle trouve gênant.

Les intrusions consistent en des cauchemars de scènes qui rappellent le séjour au [...] et la période qui a précédé la perte de son enfant. Pour le soussigné, la voix qui appelle [l'assurée] est davantage une forme de flashback, sachant ce que mentionne le DSM-IV-TR à ce sujet, qu'une manifestation psychotique chez une assurée pour laquelle le soussigné n'a pas retrouvé d'autres indices de psychose.

Les conduites d'évitement sont marquées. Elles touchent les indices de ce qui rappelle l'événement traumatique en cause. L'intéressée évite les consultations médicales, les examens médicaux. Le simple fait de lui prendre la pression a provoqué une montée d'angoisse. La prise de sang pour les examens de laboratoire s'est avérée très difficile à obtenir.

L'activation neurovégétative est validée par les troubles attentionnels, les troubles du sommeil, l'irritabilité et des sursauts que l'intéressée ne présentait pas avant l'événement traumatique en cause.

Au vu de ces éléments, le soussigné est convaincu qu'on est bien ici en présence d'un trouble état de stress post-traumatique aujourd'hui chronique.

[...]

Autres pathologies psychiatriques

L'expert a recherché d'autres troubles anxieux (anxiété généralisée, obsessions et compulsions). Il n'en a pas trouvés.

[...]

Personnalité

A l'instar de ce qu'a relevé la consœur G. _____, le soussigné admet les traits de dépendance marqués de cette personne qui tend exagérément à s'appuyer sur autrui. Cette caractéristique peut contribuer à la durée et à la gravité des troubles psychiques post-traumatiques de [l'assurée].

L'intéressée manque par ailleurs de capacités adaptatives. Elle n'a jamais été stable sur la durée dans le premier marché du travail. Sa vie sentimentale débouche sur un constat d'échec.

Sans qu'on doive poser un diagnostic de trouble de personnalité, l'expert considère qu'on doit retenir une fragilité et des dysfonctionnements qui préexistaient aux événements traumatiques de 2004 et qui fondent l'évolution délétère actuelle.

[...]

Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

[...]

Episode dépressif

[...] Dans le cas présent, l'épisode dépressif est aujourd'hui moyen. Il a pu passer par des hauts et des bas. Il n'y a toutefois pas d'arguments pour des périodes de rémission durables ces dernières années.

La fatigue, la fatigabilité et les légers troubles attentionnels peuvent diminuer l'efficacité de l'assurée au travail. Elle pourrait ne pas être toujours fiable dans son activité professionnelle. La présentation dépressive pourrait poser problème dans les relations interpersonnelles au travail. Les cognitions négatives liées à tout état dépressif altèrent la capacité d'élaborer des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils.

Au vu de ce qui précède, il est justifié de retenir des limitations et une incapacité de travail en raison de l'épisode dépressif de l'intéressée.

Troubles anxieux phobiques

[...] Dans le cas présent, l'assurée souffre de troubles phobiques modérés. Ceux-ci altèrent ses capacités attentionnelles. Ils peuvent consommer beaucoup d'énergie psychique. Ils contribuent à la mauvaise estime de soi et à la thymie dépressive. Ils sont surtout gênants en termes de fragilité face aux facteurs de stress.

En l'état, le soussigné considère qu'on doit tenir compte des troubles phobiques de l'intéressée en termes de limitations et d'incapacités de travail, même s'ils ne dominent en rien le tableau clinique.

Trouble état de stress post-traumatique

[...] Dans le cas présent, le trouble état de stress post-traumatique est le *primum movens* des limitations de [l'assurée]. Les conduites d'évitement exposent l'intéressée à des périodes de détresse

importante où elle tend à perdre ses moyens. L'assurée se montre extrêmement fragile et ce même face aux sollicitations ordinaires de la vie de tous les jours. Un certain détachement affectif et l'impression d'avenir bouché entrave ses possibilités de se projeter dans une reprise de travail.

Ressources et limitations

[...] L'assurée est en principe capable de respecter les règles et les routines d'une activité professionnelle, même si cette ressource est quelque peu altérée par ses troubles attentionnels et ses oublis en conséquence.

Lorsqu'elle est sollicitée voire sur-sollicitée, [l'assurée] perd rapidement ses moyens. Elle est très pauvre en capacités adaptatives, d'autant plus que ce manque de ressources sur ce plan s'est déjà manifesté dans ses antécédents avec un parcours personnel et socioprofessionnel tout de même tourmenté.

Au vu de sa fragilité actuelle, l'assurée a du mal à planifier et à structurer ses tâches, à s'organiser adéquatement et à faire usage de ses compétences spécifiques.

En raison des éléments anxieux et dépressifs, [l'assurée] n'a que peu d'endurance. Elle est fatigable. Elle dit spontanément qu'elle prend beaucoup plus de temps pour effectuer une tâche que dans le passé.

L'assurée peut s'affirmer correctement. Elle l'a montré en séance. Elle garde d'assez bonnes capacités relationnelles malgré le détachement affectif dont il a été question plus haut dans le texte de ce rapport médical. Elle a davantage de difficultés dans les groupes et dans les relations sociales informelles en général.

L'expertisée n'a que peu ou pas d'activités de loisirs. Elle reste par ailleurs autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. [...] »

Compte tenu de ces constats, le Dr H. _____ a conclu qu'une incapacité de travail de 70% (d'un 100%) devait être reconnue in casu pour toutes activités, en raison des limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes à la santé diagnostiquées. Dite incapacité remontait « vraisemblablement à la fin des années 2000 », était restée constante depuis lors et pouvait être fixée pour une longue durée. Une activité lucrative à un taux de 30% paraissait possible dans un emploi du type de ceux précédemment exercés au vu des « quelques ressources » que conservait l'assurée. Des mesures professionnelles n'avaient cependant pas de sens en l'état vu la gravité des troubles psychiques. Quant au pronostic, il demeurait réservé.

Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr H. _____.

L'OAI a transmis sa détermination le 18 août 2016. Il s'est rapporté à un avis du Dr D. _____ du SMR du 29 juillet 2016, lequel reprenait en définitive l'appréciation du Dr H. _____ en retenant une capacité de travail restreinte à 30% dans toutes activités dès 2004. L'intimé a au surplus rappelé que la recourante avait déposé sa demande de prestations AI en date du 25 février 2013.

Par écriture du 24 août 2016, l'assurée a constaté que l'expert avait pour l'essentiel rejoint les observations et conclusions de son psychiatre traitant, précisant qu'à son sens la capacité de travail théorique de _____ 30% _____ reconnue _____ par _____ le Dr H. _____ n'était pas exploitable sur le marché de l'emploi ordinaire.

A la requête du juge instructeur du 29 août 2016, Me Kramer a produit, par courrier du 31 août 2016, la liste des activités déployées pour le compte de la recourante dans la présente affaire.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 3 août 2015, respectivement le 14 septembre 2015, contre la décision de l'OAI du 14 juillet 2015 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours peut en conséquence être qualifié de recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si les troubles psychiques l'affectant sont de nature à influencer sa capacité de travail et de gain dans une mesure susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dans un premier temps, la recourante a contesté tout particulièrement la force probante conférée par l'intimé au rapport d'expertise de la Dresse G. _____ du 11 février 2015 et à son complément du 23 juin 2015. Elle a fait valoir des griefs d'ordre formel destinés à mettre en doute l'impartialité de l'experte, étant donné la relation éventuellement amicale entre cette dernière et son ancien gynécologue. Par ailleurs sur le plan matériel, elle a estimé que l'experte n'avait pas motivé à satisfaction les éléments lui ayant permis d'écarter

les diagnostics et conclusions de son psychiatre traitant, tandis que celui-ci avait en revanche étayé ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise. Elle a considéré enfin ne pas être en mesure de mettre à profit une quelconque capacité sur le marché du travail ordinaire, vu les effets secondaires de sa lourde médication et compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce. L'OAI a estimé pour sa part que la prise de position complémentaire, émise par la Dresse G. _____ le 23 juin 2015, suffisait à justifier les conclusions de son rapport d'expertise. Il s'est limité à y renvoyer, maintenant que l'assurée ne présentait pas d'atteintes à la santé ayant valeur d'invalidité.

Dans un second temps, suite à la production du rapport d'expertise judiciaire sollicité par la Cour de céans, les parties s'accordent désormais pour reconnaître pleine valeur probante à ce document. L'OAI a implicitement modifié ses conclusions, sur avis du Dr D. _____ du SMR, pour se rallier à l'appréciation de la capacité de travail fixée par le Dr H. _____. L'assurée a pour sa part ajouté que la capacité de travail résiduelle de 30% mise en évidence par l'expert ne pouvait être mise à profit sur le marché du travail du fait de ses importantes limitations fonctionnelles.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie _____ ou _____ d'un _____ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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 relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

c) L'art. 28 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008) prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes (al. 1) : 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

(let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins à une rente entière (al. 2).

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit notamment que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations.

4. a) Pour se prononcer sur l'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. a) En l'espèce, l'assurée se prévaut exclusivement d'atteintes à sa santé psychique pour revendiquer une rente de l'assurance-invalidité. Elle a fait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Dr B._____ depuis novembre 2011 et été expertisée par la Dresse G._____ à la demande de l'administration. Etant donné les conclusions diamétralement opposées de ces spécialistes, il s'est imposé de procéder à une expertise judiciaire en vue de clarifier le cas de la recourante.

Dans ce contexte, le Dr H._____, mandaté par la Cour de céans, a expliqué sur le plan diagnostique que la recourante souffrait des conséquences d'un « épisode dépressif moyen », de « troubles panique et phobique » et d'un « état de stress post-traumatique », consécutif au traumatisme subi en 2004 à l'occasion d'une interruption de grossesse. Il a ainsi écarté les diagnostics évoqués par la Dresse G._____, rejoignant pour l'essentiel les éléments rapportés par le Dr B._____. Ce faisant, l'expert judiciaire a exposé minutieusement quels étaient les critères déterminants pour poser les diagnostics précités et dans quelle mesure ceux-ci s'avéraient réalisés in casu. Il a également détaillé les limitations fonctionnelles en découlant et quels en étaient les impacts en termes de capacité de travail. A cet égard, évoquant les ressources encore à disposition de l'assurée, l'expert judiciaire a restreint l'incapacité de travail à 70%, une capacité résiduelle de 30% s'avérant théoriquement envisageable dans les activités précédemment exercées contrairement à l'opinion du psychiatre traitant. Le Dr H._____ s'est enfin efforcé, en dépit de la difficulté d'une appréciation rétrospective de l'état de santé psychique, de fixer la date à laquelle dite incapacité de travail était effectivement survenue et son éventuelle évolution, pour retenir « la fin des années 2000 » au titre de période déterminante. Il a également précisé les motifs l'ayant conduit à exclure des périodes de rémission durable des troubles psychiques affectant l'assurée. Il a enfin observé que la mise en œuvre de mesures professionnelles était « dénuée de sens », motifs pris de la gravité des affections en cause.

Les conclusions du Dr H._____, exemptes de contradictions, procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances

pertinentes ressortant de l'anamnèse et du status clinique observé au cours des examens de la recourante. L'expert a relaté minutieusement les plaintes alléguées par celle-ci et s'est prononcé en pleine connaissance de l'intégralité du dossier médical, non sans s'être entretenu avec le psychiatre traitant et avoir fait procéder à différents tests et examens complémentaires. Les réponses apportées par l'expert judiciaire aux questions posées dans le cadre de son mandat sont particulièrement exhaustives et de nature à emporter la conviction. A l'instar des parties, il s'agit donc de constater que le rapport du Dr H._____ du 11 juillet 2016 remplit l'ensemble des conditions requises par la jurisprudence fédérale pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. considérant 4a supra).

b) Il est en conséquence superflu de se prononcer sur les griefs formulés initialement par la recourante à l'encontre du rapport d'expertise _____ de _____ la Dresse G._____. On observera néanmoins que le Dr H._____ s'est dûment exprimé sur les motifs pouvant expliquer les conclusions divergentes de cette spécialiste, précisant que celle-ci n'avait pas eu « les moyens d'effectuer une évaluation qui prenait en compte la gravité et l'étendue de la symptomatologie ». En effet, le dialogue entre la recourante et l'experte mandatée par l'OAI avait été sérieusement entravé, dès le moment où la première avait eu l'impression que la seconde avait pris la défense de son ancien gynécologue. La recourante n'avait dès lors « plus communiqué correctement ».

c) En définitive, il s'agit de considérer que la recourante présente effectivement une incapacité de travail 70% au plus tard dès « la fin des années 2000 ». Cette conclusion valant pour toutes activités, il s'ensuit que l'incapacité de travail et de gain se confondent, de sorte qu'un taux d'invalidité de 70% doit être reconnu à l'assurée. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Le versement de cette prestation ne peut toutefois intervenir qu'à compter du 1^{er} août 2013, vu la tardiveté de la demande formelle de prestations déposée le 25 février 2013, conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI.

On constatera au surplus que le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert en l'état, vu les observations du Dr H. _____ à cet égard, quand bien même cette question, sur laquelle les parties n'ont pris aucune conclusion, sort de l'objet du litige.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une rente entière est reconnu à l'assurée, sur la base d'un degré d'invalidité de 70%, à partir du 1^{er} août 2013.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr.
(art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Romain Kramer du 14 septembre 2015 au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocat précité ayant fait état d'un peu plus de seize heures consacrées à la défense de l'assurée dans la présente procédure. Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Kramer doit en définitive être arrêtée à 16 h 04 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 des débours par 80 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un

montant total de 3'209 fr. 75 pour l'ensemble de l'activité assumée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 1'209 fr. 75 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). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 1'209 fr. 75 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
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 14 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit au versement d'une rente entière est reconnu en faveur de l'assurée à compter du 1^{er} août 2013.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Romain Kramer, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'209 fr. 75 (trois mille deux cent neuf francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le montant de 1'209 fr. 75 (mille deux cent neuf francs et septante-cinq 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.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Romain Kramer, à Renens (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :