

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2018

Composition : M. NEU, président
M. Küng et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

E._____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, à
Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé,

Art. 28 et 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après ; l'assurée ou la recourante), née en 1976, a suivi une formation d'employée de commerce. Depuis le 24 juillet 1995, l'assurée a occupé, à 100%, le poste de conseillère au sein de la J._____.

Dès le mois de février 2010, l'assurée a souffert de différents épisodes dépressifs. Une péjoration de son état de santé est intervenue à partir du mois d'avril 2012, entraînant une baisse de son taux d'activité de 40% dès le 29 mai 2012 jusqu'à présent, hormis un épisode d'incapacité totale de travail entre le 6 février et le 10 mars 2013.

Le 5 février 2014, E._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après ; l'OAI ou l'intimé). Elle y a invoqué un trouble dépressif récurrent.

Dans un rapport médical daté du 4 mai 2014, le médecin traitant de l'assurée, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2). Il a constaté que les premiers épisodes dépressifs étaient intervenus dès 1990. Le praticien a estimé que cette pathologie avait un effet sur la fatigabilité, la concentration et entraînait une difficulté à gérer le stress rendant l'exécution des tâches professionnelles difficiles. L'activité exercée était encore exigible à un taux d'activité de 60% pendant encore au moins six mois, sans diminution de rendement. Le médecin traitant de l'assurée a également considéré qu'il était indispensable de privilégier la réinsertion dans l'emploi actuel plutôt que d'imaginer un changement d'activité professionnelle.

Dès le 18 juin 2014, l'employeur de l'assurée l'a rémunérée à hauteur de son taux de présence, soit 60%.

Dans un avis médical du 23 juin 2014, le Dr R._____, médecin auprès du Service médical régional (SMR), a émis des réserves quant au rapport médical établi par le Dr M._____, notamment sur l'incapacité de travail de l'assurée. Il a recommandé l'établissement d'une expertise psychiatrique.

A la demande de l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a établi une expertise médicale concernant l'assurée, datée au 8 juillet 2015. Le médecin n'y a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans répercussion sur dite capacité, le Dr G._____ a relevé une dysthymie (F34.1), existant depuis l'âge adulte, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1) présente depuis l'adolescence. Il a également constaté ce qui suit :

« Comme c'est typiquement le cas, cette dysthymie débute à l'âge de jeune adulte et persiste d'une manière fluctuante. Dans ce contexte, les symptômes de Mme E._____ peuvent répondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, par exemple en réaction à une surcharge de travail en 2005 et les infidélités de son compagnon début 2010, entraînant des crises ponctuelles. Face à ces crises ponctuelles, Mme E._____ fait régulièrement preuve de ressources personnelles lui permettant de surmonter ses symptômes dépressifs afin de continuer ses activités professionnelles et privées, sans hospitalisation en milieu psychiatrique. En l'absence de signe objectivable d'un épisode dépressif sévère, les périodes d'aggravation des symptômes dépressifs, à l'origine de deux arrêts maladie à 100% en 2005 et 2013, font partie de la dysthymie de Mme E._____ et ne justifient pas de diagnostic autonome.

Cette dysthymie s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle ainsi qu'une tendance aux blessures narcissiques et à l'hyper-expressivité émotionnelle avec une peur de l'abandon. Comme jeune adulte, Mme E._____ rencontre ainsi des difficultés lors d'un séjour linguistique, avant de maintenir un lien proche avec sa mère, pourtant décrite comme envahissante par son thérapeute. Puis elle se sent profondément blessée par les infidélités de son ex-compagnon et hésite à s'engager dans une nouvelle relation depuis. Ayant tendance à utiliser des moyens de défense immatures, comme la projection et l'idéalisation, elle trouve une stabilité dans l'identification avec son rôle professionnel tout en étant blessée par des situations vécues comme des rejets et déceptions. Malgré cette structure de personnalité, elle fait preuve de capacités d'adaptation lui permettant de surmonter des ruptures et déceptions relationnelles, sans décompensation nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique. En parallèle, elle continue à mener une vie active dans

un cadre psychosocial stable et s'engage dans des relations proches autant au plan familial qu'amical. En conséquence, l'anamnèse de Mme [...] ne montre pas des perturbations sévères sur plusieurs niveaux du fonctionnement persistant depuis l'adolescence, comme demandé pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, ses difficultés relationnelles témoignent d'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, n'ayant pas de valeur de maladie.

Cette accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile explique le décalage entre le vécu subjectif de l'expertisée exprimant une souffrance dramatique et les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen. En l'absence de signe objectivable d'un épisode dépressif sévère ou de la persistance de symptômes dépressifs dépassant le degré léger d'une dysthymie, les symptômes affectifs de Mme E. _____ ne justifient pas d'incapacité de travail durable. Par conséquent, l'effort à surmonter ses symptômes anxieux et dépressifs, notamment sa fatigue subjective, afin de poursuivre son activité habituelle d'employée de banque à plein temps, reste raisonnablement exigible au plan psychique ».

Le Dr G. _____ a conclu qu'en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y avait pas d'influence d'un trouble psychique sur l'activité professionnelle de l'assurée. La capacité résiduelle de travail de l'intéressée était pleine au plan psychique, sans aucune diminution de rendement.

Dans un rapport SMR du 21 juillet 2015, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, a constaté que l'expertise précitée était un travail fouillé, précis, avec le souci du détail, prenant en compte les pièces médicales au dossier, les plaintes de l'assurée et assortie d'une anamnèse détaillée complétée par un examen clinique selon les recommandations topiques. Se basant sur les conclusions du Dr G. _____, il a estimé qu'il n'existait aucune atteinte principale à la santé, soit une capacité de travail entière.

Par projet de décision du 24 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. L'office a estimé que, compte tenu des investigations médicales entreprises dont une expertise psychiatrique, l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante à la santé au sens de l'assurance-invalidité, justifiant un droit à des prestations financières. Le droit à un reclassement a également été refusé.

Par courrier du 18 août 2015, E. _____ a contesté le projet de décision précité. Elle a indiqué qu'un rapport complémentaire du Dr M. _____ serait prochainement transmis à l'OAI.

Dans son rapport complémentaire du 16 septembre 2015, le Dr M. _____ a contesté les conclusions prises par le Dr G. _____. Il a retenu ce qui suit :

« La question de la répercussion des diagnostics sur la capacité de travail est largement minimisée. En effet, le status psychique effectué montre une atteinte en apparence mineure, mais on omet de relever que ce tableau clinique résiduel est le fruit d'un long travail thérapeutique, d'une médication importante et d'une activité très réduite laissant pourtant encore une fatigue importante, sans oublier l'attitude générale de Mme E. _____ qui veut toujours se montrer sous le meilleur jour possible et ceci à n'importe quel prix et quelque en soient les conséquences sur son équilibre précaire. De plus les migraines invalidantes n'ont pas été mentionnées...

Durant les courtes périodes de travail à plein temps, les limitations fonctionnelles sont apparues très clairement sous forme de difficultés de concentration et d'attention, induisant une augmentation du stress avec des phénomènes d'anxiété faisant courir le risque d'erreurs, qui entraînaient d'importants sentiments de culpabilité avec perte de l'estime et de la confiance en soi aboutissant à des ruminations régulièrement à nouveau suicidaires. Les semaines de récupération évoquées ne concernaient pas que la fatigue, mais également un épuisement psychique lié à la lutte contre la dépression.

Dans la discussion, les éléments pertinents sont encore davantage télescopés que dans l'anamnèse. Ainsi par exemple la référence à la conduite automobile et les voyages, alors qu'une escapade au Tessin n'a pu avoir lieu qu'une seule fois au prix, à nouveau, d'encouragements et de soutien important du point de vue thérapeutique.

Pour terminer, et en résumé, l'expertise effectuée sur Mme E. _____ souffre à mes yeux d'un grave problème de cohérence et ne répond pas de manière satisfaisante aux recommandations mentionnées dans la lettre circulaire AI n° 339. Je veux bien admettre qu'elles soient valables à partir du 9 septembre 2015, mais en tant qu'expert SIM, M. G. _____ en a eu la teneur bien avant l'édition.

En conclusion et pour toutes les raisons évoquées, je vous prie donc de bien vouloir reconsidérer votre projet de décision concernant l'octroi d'une rente partielle dans cette situation complexe ».

Par courrier du 10 décembre 2015, le Dr G._____ s'est prononcé sur le rapport complémentaire du Dr M._____. Il en a contesté la teneur et a relevé la tonalité émotionnelle, laissant planer des doutes quant à l'objectivité et la distance professionnelle de l'auteur. Par ailleurs, il a estimé que le rapport complémentaire n'apportait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation de la capacité de travail de l'assurée au plan psychique.

Par décision du 28 janvier 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. Par acte du 2 mars 2016, par l'intermédiaire de son mandataire, E._____ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision de l'OAI du 28 janvier 2016, soit à l'octroi dès le 1^{er} août 2014 d'un quart de rente compte tenu d'un taux d'invalidité de 40%. Subsidiairement, l'assurée a conclu à l'établissement d'une expertise psychiatrique ainsi que, au besoin, au renvoi de la présente cause à l'OAI afin d'ordonner la mesure d'instruction complémentaire en question. Elle a allégué que le rapport d'expertise du Dr G._____ contenait plusieurs imprécisions au sujet de l'anamnèse, de sa situation personnelle ainsi que sur son état de santé. Elle a mis en exergue la pertinence du rapport établi par le Dr M._____. Elle a ensuite fait valoir le parti pris évident du Dr G._____ en faveur du milieu des assurances sociales et privées, jetant ainsi le discrédit sur son approche dans le cadre de la réalisation de son expertise. Il en résultait qu'une telle situation ne pouvait qu'entraîner l'annulation de la décision entreprise du 28 janvier 2016 et l'allocation d'un quart de rente d'invalidité, sur la base des différents rapports médicaux du Dr M._____.

Par réponse du 7 avril 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours en retenant que les conclusions du rapport du Dr G._____ étaient claires, dûment motivées et exemptes de contradiction. L'expertise remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la

valeur probante d'un rapport médical. L'office a également relevé qu'un rapport SMR du 21 juillet 2015 retenait également une capacité de travail entière. Il a finalement renvoyé à la lettre du Dr G. _____ du 10 décembre 2015.

Répliquant en date du 25 mai 2016, la recourante a confirmé la teneur de ses conclusions retenues dans son acte de recours du 2 mars 2016. Elle a produit un rapport médical complémentaire établi le 26 avril 2016 par le Dr M. _____. Le médecin y a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il a par ailleurs souligné le caractère durable de la pathologie, constatant le repli social de l'assurée. Le médecin s'est également montré inquiet quant à la possibilité de voir l'assurée être privée de son activité professionnelle à 60% et a conclu son rapport de la manière suivante :

« En plus donc des critères diagnostics indéniablement présents chez cette patiente, la longue et torpide évolution faite de luttes incessantes et d'épuisements successifs vient encore renforcer la justification de l'incapacité de travail d'au moins 40% et ceci malheureusement pour une probable longue durée encore ».

Pour l'intéressée, le rapport médical complémentaire était particulièrement complet et exhaustif quant à l'examen des critères en vue d'admettre le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ainsi que sur les motifs qui ont mené le médecin à retenir une incapacité de travail. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr G. _____ et son complément ne sauraient se voir reconnaître la moindre valeur probante au vu du parti pris insoutenable de son auteur.

Dupliquant en date du 27 juin 2016, l'OAI a confirmé ses conclusions et a préavisé le rejet du recours. L'office a produit un avis médical SMR établi par le Dr F. _____, daté du 21 juin 2016, constatant que le dernier rapport du Dr M. _____ ne faisait pas état d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, ni d'éléments nouveaux. Le SMR a maintenu sa position.

Le 23 août 2016, l'assurée a fait part de ses ultimes déterminations en concluant à la confirmation de ses conclusions prises dans son acte de recours, notamment sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise sur un plan psychiatrique. Elle a mis en évidence le fait que le Dr F._____ ne possédait pas de spécialisation en psychiatrie mais en médecine interne générale ainsi qu'en gériatrie, de sorte que l'on pouvait douter de la pertinence de ses conclusions. Elle a également allégué que le rapport SMR du 21 juin 2016 ne répondait pas à la question de savoir si c'était à juste titre que l'intimée avait refusé la demande de prestations de l'assurée. Se fondant sur le rapport médical du 26 avril 2016 du Dr M._____, l'assurée a fait valoir que le Dr G._____ avait sous-estimé la gravité de son atteinte.

C. Le 26 août 2016, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique.

Le rapport d'expertise psychiatrique, établi le 20 août 2017 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence le diagnostic et le diagnostic différentiel suivant :

- trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité dépendante et immature (F61.0),
- trouble de l'humeur persistant (F34.9),
- céphalées,
- hypertension artérielle.

Concernant la capacité de travail, l'expert a conclu son expertise de la manière suivante :

« J'estime donc que l'incapacité de travail de 40% depuis 2012 se justifie en raison des troubles psychiques que présente Mme E._____. Face à l'aggravation progressive des troubles psychiques j'estime que depuis le mois de mai 2017 une incapacité de travail de 50% devrait lui être reconnue ».

Par acte du 12 septembre 2017, l'assurée a pris position sur l'expertise judiciaire précitée et a confirmé la teneur des conclusions

retenues dans son acte de recours du 2 mars 2016. Elle a notamment allégué que l'expertise respectait les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité, établies par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPA). L'expertise en question résultait d'une analyse fouillée de sa situation personnelle et médicale, de sorte qu'elle ne pouvait que se rallier intégralement aux explications et aux conclusions du rapport. Au vu des conclusions du Dr S._____, l'assurée a également fait valoir que l'on pouvait se demander si une diminution de son activité à 50% ne devait pas être entreprise progressivement.

Par acte du 4 octobre 2017, l'OAI a pris position sur le rapport d'expertise précité. A l'appui de ses déterminations, l'office a produit un avis médical SMR du 3 octobre 2017, établi par le Dr F._____. L'OAI a peine à comprendre, tout comme le SMR, comment le trouble de la personnalité tel que diagnostiqué justifiant une incapacité de travail de 40%, avait pu échapper au Dr M._____. Il a également relevé que, dans l'avis annexé, le SMR regrettait que l'hypothèse d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil n'ait pas été étudiée, respectivement évoquée chez l'assurée, sédentaire, tabagique et en surpoids. L'office a estimé qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire sur ce point.

Par acte du 24 octobre 2017, l'assurée a fait part à la Cour de céans de ses déterminations complémentaires en concluant à la confirmation des conclusions développées dans son acte de recours du 2 mars 2016 ainsi que dans ses écritures complémentaires. Elle a notamment produit trois rapports médicaux, le premier, établi le 30 mai 2016 par le Dr K._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, faisait état de l'absence de trouble respiratoire du sommeil tout en relevant une importante problématique d'insomnie avec un trouble de la continuité du sommeil, possiblement entretenu par de mauvaises habitudes (allumer la TV pendant la nuit). Concernant les deux autres rapports, soit un rapport médical établi le 29 juin 2017 par le Dr T._____, spécialiste en neurologie ainsi qu'un rapport du 18 juillet 2017, établi par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en

néphrologie, l'intéressée a soutenu qu'ils ne changeaient rien à l'appréciation de l'expert. Elle a fait valoir que la mission du Dr S. _____ était d'examiner exclusivement les atteintes à la santé psychique de la recourante, et que, partant, l'hypothèse d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil ne pouvait pas mener à un diagnostic différent, respectivement à une autre appréciation de la capacité de travail. Elle a tenu pour douteux que le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, ait disposé des compétences spéciales suffisantes afin de remettre en cause les conclusions du Dr S. _____.

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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à sa santé psychique, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il est rappelé que la date butoir déterminante est celle de la décision attaquée.

c) Au vu du rapport médical du Dr M. _____ et de ses compléments ainsi que de l'expertise commandée par l'OAI telle que réalisée par le Dr G. _____, respectivement de leur divergence tant sur le diagnostic que sur la capacité de travail de l'assurée, un expert judiciaire a été désigné.

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 art. 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

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.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas,

une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

d) 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). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. a) Dans son expertise du 20 août 2017, le Dr S._____ a estimé que les deux pathologies psychiques diagnostiquées avaient un caractère invalidant. Il a retenu une incapacité de travail à hauteur de 40%, respectivement de 50% dès le mois de mai 2017.

b) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 409 et 143 V 418), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychologiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281. Il a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une

incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et références citées). En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établie le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), faisant expressément référence à l'arrêt 141 V 281, gardent toute leur pertinence. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418. 7.1 ; ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

Il en résulte que le confinement de la démarche développée dans l'arrêt 141 V 281 aux troubles somatoformes et aux affections psychosomatiques assimilées ne se justifie pas. Une administration des preuves structurées similaire à celle de l'arrêt précité doit dès lors s'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.2), dont les troubles affectifs et les troubles dépressifs de gravité légère ou moyenne ; le critère de la résistance à la thérapie ne peut à lui seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2).

c) Compte tenu de ce qui précède, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés à l'ATF 141 V 281. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que

le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

bb) La grille d'évaluation développée dans l'arrêt ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (*funktioneller Schweregrad*), avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

cc) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence (*Konsistenz*) entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la

santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; 9C_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

d) Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence intervenu à l'arrêt 141 V 281 ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281, consid. 8, TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.). N'étant pas remise en cause par les arrêts TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, il y a lieu de se tenir à cette jurisprudence.

6. a) L'expertise du 20 août 2017 établie par le Dr S. _____ fait état d'une anamnèse riche et soignée. Elle se fonde en outre sur deux examens cliniques complets et consciencieux. D'excellente facture, elle expose une motivation claire concernant les diagnostics retenus, et les explications utiles à comprendre la divergence de position entre l'expert

et le Dr G. _____ ; enfin, les considérations et les conclusions concernant la capacité de travail de l'assurée sont denses et détaillées.

b) Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à cette expertise judiciaire du 20 août 2017, antérieure à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral développée au considérant 5, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de l'assurée au regard des indicateurs devenus depuis lors déterminants.

aa) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, se rapportant à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Dans le chapitre consacré au diagnostic, l'expert explique par ailleurs de manière détaillée en quoi son appréciation diffère de celle de ses deux confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies envisageables.

bb) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr S. _____ examine les éléments pertinents qui ont mené au diagnostic, mentionnant notamment que :

« L'expression de ce trouble de la personnalité se manifeste par une discordance entre ce qui est exprimé aux autres et ce qui est ressenti. Mme E. _____ exprime toujours en premier lieu un bien être comme si elle voulait plaire à son interlocuteur. Elle n'ose jamais vraiment exprimer sa tristesse et son mal être. Ainsi on peut être conduit à banaliser ses propos sur son mal être, sur sa fatigue et sur son attente de la mort. J'estime que Mme E. _____ présente un trouble dépressif chronique depuis de longues années. Je pose donc un trouble de l'humeur persistant en raison d'une fatigue chronique, de troubles du sommeil, d'un retrait social, d'une perte d'espoir et de sentiments de culpabilité latents »

L'expert a également passé en revue les différents traitements auxquels s'est soumise l'assurée. Il a notamment constaté que le traitement psychiatrique initié en 2012 n'avait apporté aucun soulagement, indiquant ensuite ce qui suit :

« Le traitement psychiatrique actuel est adéquat. La médication psychotrope ne joue pas un rôle majeur et l'on ne saurait attendre de cette médication une amélioration notable de l'état de santé psychique de Mme E._____. En effet toutes les modifications apportées à ce jour n'ont pas permis d'enrayer une aggravation progressive. Les troubles de la personnalité sont particulièrement difficiles à traiter et aucune thérapie à ce jour n'a montré une supériorité indéniable. Le traitement psychothérapeutique devrait vraisemblablement être un peu plus soutenu qu'il ne l'était jusqu'à présent. Il permettra vraisemblablement un soutien mais n'aura pas d'effet notable sur une amélioration notable de la capacité de travail ».

L'expert a également dressé un tableau de la structure de personnalité de l'assurée et de ses ressources. L'expert y a décrit notamment une assurée qui ne présentait pas de troubles de l'attention ni de la concentration, ni de ralentissement psychomoteur ou cognitif, la mémoire étant également préservée. Cependant, il est fait mention de la proportion de l'assurée à facilement angoisser, se décrivant comme perfectionniste. Le Dr S._____ a également retenu ce qui suit :

« Mme E._____ présente une fatigue comme symptôme cardinal du trouble de l'humeur. Elle présente d'autre part une perte d'estime d'elle-même, une perte d'espoir et un désir latent de mort. La fatigue peut s'expliquer par un besoin constant de lutter contre l'envahissement des affects dépressifs qui mobilise toutes les ressources physiques ».

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence les éléments suivants :

« J'estime que Mme E._____ a une vie sociale très rétrécie. Elle n'a quasiment aucune amie ou aucun ami. Elle n'a aucune activité sociale. J'estime donc que l'on peut considérer qu'elle présente un retrait social marqué ».

cc) Concernant finalement le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné, outre l'abandon de toute pratique sportive, les éléments suivants :

« Si l'on se réfère au Mini-ECF la majorité des capacités fonctionnelles n'est que légèrement diminuée. Seules les activités spontanées sont sévèrement limitées. Néanmoins de manière

globale Mme E. _____ présente une limitation importante des activités dans tous les domaines de la vie : professionnellement elle n'est plus à même de travailler à plein temps, dans sa vie privée sa mère doit l'aider dans la tenue de son ménage et dans la préparation des repas, dans sa vie sociale elle n'a quasiment plus aucune activité ».

c) Au vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles sur la capacité de travail des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr S. _____ sont établies de manière concluante et exemptes de contradictions. Elles sont définies à l'aide d'une grille d'indicateurs pertinents dans le cas d'espèce, en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

7. a) Concernant les déterminations de l'OAI du 4 octobre 2017, aucun élément objectivement vérifiable ne permet de remettre en cause la pertinence de l'expertise réalisée par le Dr S. _____. La seule divergence entre le diagnostic de l'expert et celui du Dr M. _____ ne saurait constituer un tel élément.

b) L'intimé a également soulevé la question des apnées obstructives du sommeil en alléguant la nécessité d'une expertise complémentaire sur ce point. En premier lieu, il est rappelé que l'expert est un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la problématique précitée ne faisant dès lors pas partie de son domaine de compétence. En outre, si l'intimé tenait à ce que cette question soit étudiée, il lui aurait été possible d'en faire mention durant la procédure de désignation de l'expert, respectivement lors des questions transmises à ce dernier. Par ailleurs, l'assurée a produit un avis médical établi le 30 mai 2016 par le Dr K. _____, assorti d'un examen du sommeil de la recourante. Au vu des résultats de la polygraphie nocturne, le médecin a retenu que l'on pouvait raisonnablement exclure un trouble respiratoire du sommeil (apnées du sommeil). Rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions de ce spécialiste, dit rapport étant par ailleurs suffisamment détaillé pour se voir conférer force probante. Il ne se justifie donc pas de mettre en œuvre une expertise complémentaire sur ce point.

8. **a)** Compte tenu de ce qui précède, l'expertise du 20 août 2017 établie par le Dr S. _____ remplit les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte que l'on en retiendra les conclusions. Ainsi, l'incapacité de travail d'E. _____ est de 40% dès 2012. En présence d'une activité habituelle poursuivie et réputée adaptée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente.

La demande étant tardive (art. 29 al. 1 et 3 LAI), le droit n'est ouvert que 6 mois après le dépôt de la demande, effectué le 13 février 2014, soit à compter du 1^{er} août 2014.

b) La péjoration de l'état de santé de l'assurée à compter du mois de mai 2017 retenue par l'expert S. _____ est postérieure à la décision attaquée. Elle pourra donc faire l'objet d'une nouvelle demande, respectivement d'une procédure de révision.

9. Le recours est dès lors admis et la décision attaquée réformée dans le sens de l'octroi d'un quart de rente à compter du 1^{er} août 2014.

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, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, fixés à 2'500 fr. afin de tenir compte de la complexité et de la durée de la procédure, et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée dans le sens de l'octroi d'un quart de rente en faveur d'E. _____ à compter du 1^{er} août 2014.
- 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 la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :