

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T._____, à P._____, recourante, représentée par Me Olga Collados Andrade, avocate à Lucens,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante kosovare, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, est mariée. Sans formation professionnelle, elle s'est essentiellement consacrée à l'éducation de ses trois enfants nés en 1994, 1997 et 2002.

Souffrant principalement d'un état anxieux avec de multiples somatisations, T._____ a déposé, en date du 5 décembre 2014, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Le 18 décembre 2014, l'assurée a indiqué au moyen du formulaire ad hoc que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% depuis 2000 en tant qu'agente de tri ou ouvrière, le 50% restant étant dévolu à la tenue du ménage.

Procédant à l'instruction de la demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée.

Le 27 février 2015, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état dépressif avec forte composante anxieuse et somatisation multiple, de céphalées chroniques d'origine tensionnelle et d'épigastralgies chroniques sur probable reflux gastro-oesophagien. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une maladie ulcéreuse du bulbe sans récurrence ainsi qu'un status après crossectomie des veines saphènes externes gauches et droites en raison de varices symptomatiques. Sous la rubrique « Anamnèse », il a indiqué que l'assurée présentait depuis 2010 des insomnies associées à un état de nervosité, d'anxiété et de crises

d'angoisse l'ayant amenée à consulter tantôt l'Hôpital N._____, tantôt l'Hôpital Z._____. Il a également relevé une intensification des troubles dépressifs au cours de l'année 2013 ayant conduit à la prescription d'un traitement anti-dépresseur que sa patiente n'avait toutefois pas supporté. Sur le plan professionnel, le Dr V._____ a mentionné que l'assurée avait tenté de travailler en tant que femme de ménage en 2013, emploi auquel elle avait dû renoncer après quelques jours d'activité en raison de périodes d'angoisse intense qui la rendaient incapable d'effectuer le moindre travail. Selon le médecin prénommé, la capacité de travail était nulle dans l'activité de femme de ménage depuis le 24 janvier 2014.

Dans un rapport médical non daté, indexé le 19 octobre 2015, la Dresse L._____, nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants d'état dépressif avec forte composante anxieuse avec de multiples somatisations, des céphalées chroniques d'origine fonctionnelle ainsi que des épigastalgies chroniques sur probable reflux gastro-oesophagien. Elle a également retenu diverses affections sans effet sur la capacité de travail (réaction d'hypersensibilité aux produits de contraste iodés [le 18 novembre 2014 lors d'un angio-CT] avec une urticaire généralisée et une oppression thoracique, hypertension artérielle traitée, maladie ulcéreuse du bulbe récidivante, status après crossectomie des veines saphènes externes gauches et droites en raison de varices symptomatiques, hypothyroïdie substituée, conjonctivite intermittente et intolérance anamnestique aux dérivés du blé). Sans se prononcer sur la capacité de travail, elle a toutefois relevé que le pronostic était mauvais et a suggéré, à l'instar du Dr V._____, que sa patiente fasse l'objet d'une expertise psychiatrique.

Le 7 décembre 2015, les Drs C._____ et R._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistante au Département de psychiatrie de l'Hôpital N._____, Secteur psychiatrique G._____, ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), de trouble panique, de somatisation, de trouble de la personnalité paranoïaque ainsi que de névralgie du nerf crânien. Ils ont également diagnostiqué un

hypothyroïdisme, sans effet sur la capacité de travail. Selon les médecins prénommés, le pronostic était défavorable au vu du caractère chronique de la pathologie présentée ainsi que de la mauvaise compliance au traitement liée aux effets secondaires ressentis. Ils ont également rapporté les déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle se disait être fortement limitée dans toutes ses tâches ménagères, ce qui nécessitait l'aide de son entourage. Tout en relevant que l'intéressée n'exerçait aucune activité professionnelle, les Drs C. _____ et R. _____ ont estimé qu'aucune activité adaptée n'était envisageable à ce jour.

En réponse aux questions posées par le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse R. _____ a écrit ce qui suit en date du 12 février 2016 :

« [1. Pouvez-vous étayer votre diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque par d'autres symptômes qu'une certaine « méfiance ». S'agit-il plutôt dans ce cas de traits paranoïaques ?]

Nous observons chez la patiente un refus de pardonner les insultes ou les préjudices et une tendance rancunière tenace, un caractère soupçonneux et une tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme méprisantes, des doutes répétés sur la fidélité du conjoint qui ne se basent pas sur des preuves concrètes mais plutôt sur des regards ou des attitudes. Son mode de comportement semble exister depuis le début de l'âge adulte et peut s'associer à une dégradation de son fonctionnement social, professionnel et familial. Il semble ainsi qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité.

[2. En ce qui concerne le trouble panique F 41.0 décrit (anxiété épisodique paroxystique), quelle est la fréquence mensuelle des attaques de panique ?]

La fréquence des attaques de panique varie entre 3 ou 4 fois par semaine et plusieurs attaques par jour.

[3. Selon l'exemplaire bleu de la CIM 10, page 125 « on ne doit pas faire le diagnostic de trouble de panique quand le sujet répond en même temps aux critères d'un trouble dépressif. » Dans ces conditions, maintenez-vous le diagnostic de trouble panique ?]

Au vu de l'importance des attaques de panique et de leur caractère invalidant, il nous semblait nécessaire de différencier ces deux pathologies.

[4. Quelle est l'évolution de ce trouble dépressif récurrent, considéré en décembre 2015 comme moyen ?]

Mme T._____ présente des critères de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

[5. Quelle est la date de début d'une IT sur le plan strictement psychiatrique ?]

Anamnesticquement, depuis 2013. »

En conclusion de son avis médical du 2 mai 2016, le Dr H._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne.

T._____ a séjourné à la Clinique D._____ du 28 novembre au 1^{er} décembre 2016. Dans leur rapport de synthèse du 19 décembre 2016, les Drs B._____ et W._____, spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, spécialiste en neurologie, ont exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), trouble somatisation (F 45.0), accentuation de certains traits de la personnalité aux traits névrotiques, dépendants, émotionnellement immatures, histrioniques (Z 73.1), lombalgies non spécifiques (M 54.5), hypertension artérielle traitée (I 10), hypothyroïdie substituée (E 03.9), status après cure de varices des membres inférieurs ainsi qu'un status après ulcère bulbaire. Le rapport se concluait en ces termes :

« Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent donc à retenir l'absence d'atteinte significative à la santé psychique ou physique.

Les diagnostics retenus, sous forme de lombalgies non spécifiques au plan somatique et de trouble anxiodépressif mixte, trouble

somatisation, accentuation de certains traits de la personnalité au plan psychique, ne sont pas jugés incapacitants.

Ce sont donc principalement des facteurs contextuels sortant du champ médical qui influencent le pronostic : assurée sans formation, ne parlant presque pas le français après plus de 20 ans passés dans notre pays, en proie à un conflit conjugal et familial, et qui n'a en outre jamais exercé d'activité rémunérée de façon prolongée.

Pour cette raison, des mesures professionnelles n'entrent pas en considération, une exigibilité entière étant reconnue dans quelque activité que ce soit. Une aide au placement pourrait être éventuellement proposée après un cours de langue française.

Aucun traitement n'est donc en mesure d'améliorer le pronostic qui est très réservé. On peut considérer la présente évaluation comme définitive. »

Le 19 janvier 2017, l'office AI a informé T._____ qu'il comptait lui refuser l'octroi de toutes prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte incapacitante au sens de la loi et que, partant, sa capacité de travail était totale en toute activité.

Agissant par l'intermédiaire de Me Olga Collados Andrade, T._____ a soulevé, en date du 8 mars 2017, des objections à l'encontre de ce projet. Sur le plan psychique, elle a reproché au Dr X._____ de s'être montré hésitant et contradictoire. Ainsi, contrairement aux psychiatres traitants, l'expert avait déclaré ne pas être en mesure de retenir le diagnostic grave d'un trouble de la personnalité malade de type paranoïaque tout en reconnaissant que les traits étaient probablement présents, sans toutefois expliquer les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de ses confrères. De l'avis de l'assurée, l'expertise du Dr X._____ ne répondait pas non plus de manière satisfaisante à la question de savoir quel rôle pouvait avoir joué sa maladie dans l'apparition de divers facteurs extérieurs au champ médical mais avec une incidence sur son état de santé. Au vu des éléments exposés, l'assurée estimait par conséquent qu'il convenait de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique en vue de déterminer son incapacité de travail.

Par décision du 4 avril 2017, l'office AI a entériné son refus d'allouer toutes prestations à l'assurée avec une motivation identique à celle de son projet du 19 janvier 2017. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. Par acte du 5 mai 2017, T. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant principalement, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% dès le 24 janvier 2014 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Reprenant les arguments développés en procédure administrative, elle a contesté l'exigibilité retenue et avancé diverses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr X. _____. Citations à l'appui, elle a qualifié son appréciation d'hésitante et contradictoire, alors que celle émanant des Drs C. _____ et R. _____ apparaissait dénuée de toute équivoque. L'assurée a ensuite souligné le caractère généralisé de ses difficultés relationnelles, lesquelles se manifestaient tant dans le cadre familial qu'à l'extérieur de celui-ci. A ses yeux, ces problèmes étaient imputables à un trouble de la personnalité maladif existant depuis son enfance. Or, l'expertise du Dr X. _____ ne se prononçait pas sur cette question. De surcroît, alors que les psychiatres traitants avaient retenu l'existence d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque à l'origine d'une incapacité de travail totale, le Dr X. _____ n'a pas expliqué les motifs l'ayant conduit à écarter ce diagnostic. En outre, selon l'expert, les difficultés linguistiques de l'assurée empêchaient une stabilisation sur le plan professionnel. Or, l'absence de maîtrise du français ne ressortait ni du dossier ni de l'anamnèse de l'expertise. L'assurée estimait que l'expert se livrait ainsi à des considérations « ethno-culturelles » pour justifier sa souffrance plutôt que de rechercher les causes médicales de cette dernière. Dès lors, se fondant sur une expertise imprécise et entachée de contradictions, la décision litigieuse apparaissait contraire au droit. Il convenait par conséquent de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique.

Par décision du 13 juin 2017, le magistrat instructeur a accordé à T._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 mai 2017. Tout en étant exonérée du versement d'avances et de frais judiciaires, elle était astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} août 2017. Me Olga Collados Andrade a été désignée en qualité de conseil d'office.

Dans sa réponse du 10 juillet 2017, l'office AI a signalé que les griefs soulevés par l'assurée avaient pour l'essentiel déjà été analysés par le SMR dans le cadre de son avis médical du 29 mars 2017, de sorte qu'il renvoyait à ce document. Quant aux passages de l'expertise cités par l'assurée « à l'appui de son grief d'appréciation hésitante, contradictoire et peu convaincante », l'office AI a relevé qu'une telle appréciation comportait inévitablement une composante subjective propre à toute expertise. D'autre part, l'exigence d'objectivité que l'expert devait observer dans le cadre de l'exécution de son mandat requérait qu'il mentionnât les incertitudes et les doutes l'ayant accompagné dans la formulation de ses conclusions. En conséquence, l'office AI a proposé le rejet du recours.

En réplique du 25 septembre 2017, l'assurée a répété que l'instruction du dossier était insuffisante, en tant que l'expertise sur laquelle l'office AI fondait son refus de prestations ne répondait pas à des « questions médicales triviales. » Elle a par ailleurs fait valoir qu'une appréciation hésitante et contradictoire ne pouvait s'expliquer par la subjectivité de l'expert et la mention de ses doutes. Dans cette mesure, l'expertise du Dr X._____ ne suffisait pas à fonder un refus de rente d'invalidité. De plus, en faisant dépendre l'état psychique de considérations « ethnoculturelles », l'expert a fait passer à l'arrière-plan les causes réelles et médicales de l'incapacité de gain, ce qui n'était pas admissible. Enfin, en s'écartant, sans en indiquer les raisons, du diagnostic de trouble de la personnalité malade de type paranoïaque tel que retenu par les psychiatres traitants, tout en reconnaissant que les « traits [étaient] probablement présents », les conclusions du Dr X._____ apparaissaient contradictoires et infondées. Dans ces conditions, il se

justifiait de mettre en œuvre une nouvelle expertise afin que soit déterminée l'incapacité de travail réelle.

Dupliquant en date du 12 octobre 2017, l'office AI a indiqué que la dernière écriture de l'assurée n'amenait pas de remarques particulières de sa part, de sorte qu'il a renvoyé à sa réponse du 10 juillet précédent.

C. Le 14 novembre 2017, le magistrat instructeur a confié au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de T._____. Effectuée avec le concours d'un interprète professionnel, l'expertise se fondait sur un entretien de 2 h 50 avec l'assurée ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition de l'expert. Déposé le 23 décembre 2017, son rapport résumait les principales pièces médicales et administratives versées au dossier, comprenait l'anamnèse psychosociale et professionnelle, relatait l'évolution psychopathologique de l'assurée avec les résultats des thérapies suivies, décrivait sa vie quotidienne et sociale, rapportait ses plaintes sur le plan psychiatrique et rendait compte du status clinique ainsi que de l'examen complémentaire pratiqué (échelle de dépression MADRS du 14 décembre 2017). Tout en écartant tout diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu sur la base de son analyse les diagnostics incapacitants suivants :

- F 22.0 Trouble délirant persistant (délire de jalousie et composante de délire de relation type Kretschmer) accompagné de somatisations (F 45.0),
- F 32.10 Episode dépressif moyen (avec des caractéristiques agitées) sans syndrome somatique, accompagné d'attaques de panique (F 41.0).

En guise de conclusion, l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Au final, Mme T._____ souffre à mon avis d'un trouble délirant persistant, pathologie psychotique dont les prémices étaient déjà présentes durant son enfance. Cette pathologie s'est accentuée

avec le temps. Elle est accompagnée de symptômes dépressifs, anxieux et de somatisations, qui restent au second plan par rapport aux limitations imposées par le trouble psychotique. A mon sens, dès la naissance de sa première fille (époque où l'assurée décrit la conjonction de symptômes dépressifs et psychotiques), elle n'a jamais disposé des ressources lui permettant d'exercer une activité professionnelle, les échecs professionnels étant le reflet de ses faibles ressources psychiques. Les troubles sont d'évolution chronique, avec peu de perspective d'amélioration. Le pronostic d'un éventuel retour dans le marché du travail est particulièrement défavorable. »

Dans ses déterminations du 30 janvier 2018, l'assurée a fait siennes les conclusions de l'expert en déclarant que les diagnostics et l'évaluation de l'incapacité de travail qui en découlaient avaient fait l'objet d'une argumentation précise et circonstanciée. Par ailleurs, tout en admettant la nécessité d'une enquête ménagère, elle a demandé que l'expert soit invité à répondre à des questions complémentaires concernant les limitations fonctionnelles psychiques en lien avec les tâches ménagères.

Par pli du 9 avril 2018, l'office AI s'est fondé sur l'avis du 8 mars 2018 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au SMR, dans lequel ce dernier expliquait comme suit les raisons pour lesquelles il ne pouvait suivre les conclusions de l'expertise judiciaire :

« D'une part sont avancés le diagnostic de F22.0, trouble délirant persistant (délire de jalousie et composante de délire de relation type Kretschmer), accompagné de somatisation, d'autre part celui d'un épisode dépressif moyen (avec des caractéristiques agitées) sans syndrome somatique accompagné d'attaques de panique, coté F41.0. Ce dernier diagnostic correspond en fait à un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) selon la CIM10. La notion « *d'épisodique* » ne saurait en faire un état durable, n'atteignant pas la régularité d'une crise par semaine.

Le diagnostic de F22.0 indique un trouble dans lequel la conviction délirante est au premier plan. Bien au contraire, nous relevons qu'il s'agit seulement d'une suspicion d'infidélité, avec en page 9 « *l'impression que les femmes le séduisent dans les grands magasins* » et ce depuis des années. Il y a donc bien une tendance interprétative, claire en pages 9 et 10 où ayant géo-localisé la position de son mari sur le lieu de travail, elle doit l'appeler pour balayer cette suspicion inquiétante, mais pas de délire constitué ou de conviction délirante, signe cardinal de la psychose paranoïaque. Le status psychiatrique décrit une certaine énergie au début de la consultation ainsi que des légers troubles de la concentration et l'absence de culpabilité qui cadrent mal avec une dépression

caractérisée. De plus elle est capable de sourire. Le tableau comme décrit ne correspond pas à une fuite des idées qui pourrait évoquer une élévation de l'humeur, mais l'assurée est confuse et nécessite un fréquent recadrage. Une schizophrénie peut être exclue étant donné l'absence de barrages de la pensée. « *En ce qui concerne les troubles des perceptions* » page 11/16, il s'agit d'illusions perceptives comme annoncé « *avec l'impression d'entendre le soir de gens crier et ses enfants qui l'appellent* ». Il ne s'agit en aucun cas d'une conviction délirante ni d'hallucinations authentiques.

Dans ces conditions, le diagnostic de trouble délirant persistant F22.0 ne peut être retenu. Ainsi nous favorisons l'expertise multidisciplinaire et ne pouvons changer les conclusions du rapport SMR du 17.1.2017. »

Pour le surplus, l'office AI a indiqué que, compte tenu d'un statut d'active à 50% tel qu'annoncé par l'assurée, le 50% restant étant dévolu aux tâches domestiques, il convenait de procéder à une enquête économique sur le ménage afin de déterminer les empêchements rencontrés par cette dernière dans le cadre de ses activités ménagères en raison de l'atteinte à la santé psychique présentée. Après quoi, un avis médical devrait se prononcer sur les renseignements recueillis.

Le 16 mai 2018, l'assurée a réitéré ses demandes tendant à un complément d'expertise et à la mise en œuvre d'une enquête ménagère.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal 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 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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

2. Dans la décision contestée, l'office AI a refusé à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Dans la mesure où la recourante ne remet pas en question le refus de mesures professionnelles, le présent litige porte uniquement sur le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité.

La recourante ne conteste pas son statut d'active à 50%.

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) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

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 titre liminaire, il convient de relever que la recourante ne soutient pas - à juste titre - qu'elle présenterait une incapacité de travail découlant d'une atteinte somatique. En effet, aucun élément au dossier ne vient contredire les constatations des médecins de la Clinique D._____ selon lesquels le diagnostic retenu de lombalgies non spécifiques est sans répercussion sur la capacité de travail. La contestation porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique.

6. a) Dans son expertise du 23 décembre 2017, le Dr F._____ a estimé que les deux pathologies psychiques diagnostiquées possédaient un caractère invalidant. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis la naissance de la première fille de la recourante, le 6 janvier 1997.

b) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. 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 130 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 les 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 consid. 7.1, 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 pouvant à lui seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 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 ; TF 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 (inévitabile) 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).

7. a) Daté du 23 décembre 2017, le rapport d'expertise établi par le Dr F. _____ possède une anamnèse riche (personnelle, professionnelle, médicale) et soignée. Il se fonde plus particulièrement sur un entretien de 2 h 50 réalisé le 14 décembre 2017 avec le concours d'un traducteur professionnel ainsi qu'une évaluation des symptômes dépressifs effectuée au moyen du questionnaire MADRS le même jour. D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de positions entre l'expert et les médecins ayant examiné la recourante font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière.

b) Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 23 décembre 2017, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

aa) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Discussion », l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

bb) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr F. _____ examine les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser le diagnostic de trouble délirant persistant (délire de jalousie et composante de délire de relation type Kretschmer) accompagné de somatisations et celui d'épisode dépressif moyen (avec des caractéristiques agitées) sans syndrome somatique, accompagné d'attaques de panique. S'agissant du trouble délirant persistant, il a retenu ce qui suit :

« La description précise du trouble délirant de l'assurée n'est pas évidente, vu que l'on retrouve différentes composantes. Il s'agit d'une part d'idées précises et systématisées, centrées sur la jalousie et le thème de l'infidélité conjugale (délire de jalousie), mais également d'idées plus étendues qui infiltrent les relations interpersonnelles de l'assurée. On retrouve des caractéristiques décrites par le psychiatre Kretschmer au début du 20^{ème} siècle, dans le sens d'un délire de relation (survenant sur la base d'une personnalité sensitive). Il s'agit de sujets prédisposés qui affichent une personnalité antérieure caractérisée par la susceptibilité (qui est reconnue par l'assurée comme une constante de son fonctionnement depuis son jeune âge) et l'hyperesthésie relationnelle (vulnérabilité au jugement d'autrui, qui compromet les contacts sociaux). Les sujets sensitifs ont tendance à interioriser les critiques et, de façon assez caractéristique, affichent moins d'inflation de l'estime de soi (l'ego disproportionné) et de quérulence que le sujet « paranoïaque pur ». Il semble donc que ces éléments, qui s'appliquent bien à l'assurée, aient échappé à l'expert X. _____, lorsqu'il indique « *elle ne milite jamais pour trouver que les autres ont tort et qu'elle a raison, de la sorte qu'on peut l'observer dans des cas de troubles de la personnalité malade paranoïaque* ». D'une part, ce raisonnement n'est pas correct, vu qu'avec son comportement acharné de vérification, l'assurée démontre au contraire qu'elle fait tout ce qu'elle peut pour trouver, dans la réalité, des indices qui viendraient confirmer ses « évidences ». D'autre part, le raisonnement du Dr X. _____ ne prend pas en compte la présentation interiorisée et souffrante, que l'on retrouve dans les délires de relation des sensitifs selon Kretschmer. Ces troubles délirants sont souvent accompagnés d'une intense souffrance psychique, avec des épisodes dépressifs qui peuvent être sévères, accompagnés d'un risque suicidaire non négligeable. »

Quant à l'épisode dépressif moyen, l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent, on devrait mettre en évidence plusieurs épisodes dépressifs bien délimités dans le temps, ayant durée plusieurs semaines (ou plusieurs mois), entrecoupés de phases de rémission symptomatique. L'anamnèse

de l'assurée (qui rappelons-le était très perturbée sur le plan émotionnel, souvent en pleurs dans la discussion) n'a pas été aisée. Cet aspect de cyclicité de la dépression ne ressort pas de façon claire de l'évolution psychopathologique. Selon le descriptif de l'assurée, après la naissance de son premier enfant, les signes psychotiques ont débuté. Cette pathologie psychotique, avec les troubles relationnels subséquents qu'ils ont générés, a fait basculer progressivement l'expertisée dans la dépression, qui semble s'être manifestée de façon significative dès la naissance de sa première fille. Depuis lors, l'assurée n'évoque pas de stabilisation des signes dépressifs, mais au contraire une progressive aggravation (dépression qui a ensuite été renforcée par le deuil pathologique). Plus qu'un trouble dépressif récurrent, je suis d'avis de retenir un épisode dépressif unique, d'intensité fluctuante (il était estimé moyen lors du rapport du Secteur psychiatrique G._____ du 7.12.2015). Je ne peux valider le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte retenu par mon confrère X._____. La CIM-10 indique au sujet de ce diagnostic « *cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé* ». Le débat est donc centré sur l'intensité de la symptomatologie. Dans son expertise, le Dr X._____ écarte la dépression moyenne ou sévère en relevant notamment « *la pensée est très rapide, fluide, bien structurée, arrive toujours au but, et témoigne d'une intelligence vive. Absence de ralentissement psychomoteur : la gestuelle est rapide, vive, énergique et expressive. La mimique est également vive, expressive, toujours correspondant au contenu des émotions. Le débit verbal est plutôt élevé, mais reste toujours informatif et non redondant. La voix est plutôt forte, bien modulée et expressive* ». Même si l'expertisée était probablement plus calme lors de l'expertise [de la] Clinique D._____, on ne doit pas oublier que certaines dépressions ne s'accompagnent pas d'un ralentissement psychomoteur ou d'un ralentissement du débit idéique. Une accélération de la pensée, qui découle de l'anxiété est observée dans les dépressions dites « agitées ». La CIM-10 confirme la possibilité de ces deux présentations cliniques en décrivant « *au cours d'un épisode dépressif sévère, le sujet présente généralement un état de détresse, associé soit à une agitation, soit à un ralentissement marqué* ». On ne doit donc pas conclure à l'absence de dépression en surinvestissant ce critère de ralentissement psychomoteur, ou conclure au fait que vu que l'assurée exprime d'intenses émotions, elle n'est pas déprimée.

Une investigation des critères centraux de dépression montre au contraire que l'assurée ressent une tristesse durant plusieurs jours de la semaine (l'humeur est encore modulable environ deux jours par semaine), même si elle s'exprime sous une forme très émotive et donc accélérée. Les autres critères clé, notamment la perte d'intérêt et de plaisir et l'augmentation de la fatigabilité sont associés [à] d'autres caractéristiques dépressives, notamment la diminution de l'attention et de la concentration (par contre, cet item doit être pondéré, en fonction des troubles de la concentration légers observés au status AMDP), la diminution de l'estime de soi (même si cet aspect, pour des raisons socioculturelles, n'est pas central dans le discours de l'assuré), les idées suicidaires (accentuées lors des conflits conjugaux) et les troubles du sommeil.

L'expertisée verbalise une baisse d'appétit, sans qu'une perte pondérale ne soit objectivée (élément qui mérite également une pondération). Une échelle psychométrique de dépression MADRS, avec un score de 42/60, situerait théoriquement la symptomatologie dans la dépression sévère. En tenant compte des facteurs de pondération, mais également du fait que l'assurée est une femme très émotive, dont le dynamisme affectif de ses idées délirantes vient contaminer l'expression des plaintes dépressives, je suis d'avis de retenir un épisode dépressif moyen. Je ne retiens pas de syndrome somatique en l'absence d'une accentuation de la tristesse le matin, de réveil matinal précoce, de ralentissement psychomoteur ou de perte pondérale significative. Il y a donc lieu de pondérer la symptomatologie dépressive, qui n'est pas sévère, mais en tout cas moyenne et dans ce sens je rejoins l'avis formulé par les thérapeutes du Secteur psychiatrique G._____. Un épisode dépressif moyen exclut un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, dont l'intensité devrait être moindre.

L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique :

« En ce qui concerne le succès du traitement ou la résistance à cet égard, les troubles délirants persistants sont des pathologies difficiles à soigner. Si le dynamisme affectif lié au délire peut être amélioré par les neuroleptiques, on observe souvent l'absence d'effet sur les mécanismes et les thèmes délirants. L'expertisée est une femme méfiante et susceptible, ce qui réduit significativement ses capacités à établir et maintenir une alliance thérapeutique. Son fonctionnement psychique est clivé et précaire, ce qui génère un risque de tourisme médical. L'assurée peut se sentir jugée ou peu considérée par ses médecins, lesquels « ne font rien pour elle ». Plusieurs ruptures thérapeutiques sont décrites dans le dossier. Lors de la présente expertise, l'assurée déclarait prendre un traitement antidépresseur (Remeron 15 mg), combiné à un neuroleptique (Quetiapine XR 50 mg 2x/j). L'assurée a clairement indiqué qu'elle n'avait pas pris son traitement un à deux jours (elle ne s'est pas montrée précise à ce sujet) avant la présente expertise, afin de pouvoir s'exprimer sans être ralentie (ce qui est plausible vu que ces deux médicaments ont des effets sédatifs). Un dosage plasmatique aurait été difficile à interpréter dans ces conditions. Il aurait été impossible d'en tirer des conclusions formelles sur l'adhésion de l'assurée à son traitement. Un tel dosage mériterait cependant d'être réalisé lors du suivi psychiatrique de l'assurée. La dose du traitement antidépresseur est par contre faible, en relation avec la symptomatologie dépressive affichée par l'assurée. Il mériterait d'être renforcé. Si cela s'avère impossible en raison d'effets secondaires, un changement d'antidépresseur serait théoriquement indiqué. On doit cependant rappeler ici les différents traitements tentés par mes confrères du Secteur psychiatrique G._____, à savoir la sertraline, l'escitalopram, la paroxétine (en sirop) et la venlafaxine. Le fait que l'expertisée ait interrompu ces médicaments après quelques jours (intolérance aux effets secondaires) n'est pas encourageant. En ce qui concerne le traitement neuroleptique, comme expliqué plus haut, les troubles délirants persistants réagissent habituellement peu au traitement. Un renforcement de ce

traitement, afin de diminuer l'angoisse et le dynamisme affectif lié aux idées délirantes, pourrait être effectué (en sachant que les effets secondaires des neuroleptiques ne sont pas négligeables). La perspective d'amélioration, même en tenant compte d'un éventuel changement de médication est faible au vu de la chronicité des troubles et de leur enracinement dans l'enfance. »

De même, le Dr F. _____ a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité de la recourante :

« En ce qui concerne la personnalité, comme décrit plus amplement dans la discussion, l'expertisée est structurée sur un mode psychotique. Sa personnalité paranoïaque (avec des caractéristiques sensibles) a basculé, avec le temps, dans la désorganisation psychotique. Cette psychose occasionne de graves troubles dans l'appréciation de soi, d'autrui et de l'environnement. Le sens de la réalité est perturbé. La psychose implique des troubles importants du jugement (interférences arbitraires, interprétations pathologiques qui génèrent des troubles relationnels). Au vu de l'anxiété paroxystique de l'assurée (attaques de panique), les capacités à contenir et gérer les émotions et les impulsions sont faibles. Les fonctions complexes du Moi sont donc peu développées et peu efficaces. »

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence ce qui suit :

« Au sujet du contexte social, les troubles psychiques de l'assurée génèrent une désinsertion majeure, avec des conflits importants avec la famille proche et élargie, le voisinage. Les expériences professionnelles de l'assurée ont été en grande partie compromises par ses troubles psychiques. Les ressources sociales sont très faibles, voire inexistantes. »

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 les éléments suivants :

« Si l'on parcourt ensuite l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles en suivant le canevas du mini CIF-APP [instrument d'évaluation des aptitudes psychiques] :

Le monde professionnel implique pour le sujet de se conformer à des règles et routines imposées. Les échecs professionnels antérieurs montrent qu'en raison des graves altérations relationnelles, l'expertisée ne peut s'intégrer correctement dans une hiérarchie et établir des relations qui tiennent compte du bon sens et des usages.

L'expertisée est la plupart du temps envahie par l'anxiété et une appréhension psychotique de la réalité. Sa dépression réduit également ses capacités d'organisation. Sa capacité à planifier et structurer les tâches s'en trouve diminuée.

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont sévèrement diminuées : l'expertisée est incapable de faire face à un nouveau cadre, elle est très rigide sur le plan mental et hyper-vigilante vis-à-vis d'autrui. Ses réactions sont inflexibles et impulsives.

Au vu de son parcours scolaire et professionnel, l'expertisée ne dispose d'aucune compétence spécifique, avec un potentiel intellectuel qui paraît cliniquement faible.

Au vu des graves distorsions cognitives qui découlent de la psychose, l'expertisée n'est pas en mesure d'effectuer des jugements et des prises de décisions adaptées (ses réactions sont avant tout dictées par ses émotions et ses ressentis, en décalage avec la réalité).

Au vu des symptômes dépressifs et de la faible capacité à gérer l'anxiété et les relations, l'endurance (émotionnelle et physique) est faible.

Les capacités d'affirmation s'expriment de façon peu ajustées : l'expertisée est souvent convaincue d'être dans son bon droit, ce qui génère des tensions et des conflits. A d'autres moments, elle souffre d'idées de dévalorisation de nature dépressive.

Le sens du contact envers des tiers est le paramètre qui, à lui seul, est le plus incompatible avec le monde du travail. L'assurée ne peut établir de liens ajustés, découlant d'une bonne intégration des normes et usages. Elle sur-interprète les réactions de son entourage. Elle s'engage dans des conflits et montre son incapacité à gérer la relation par son angoisse.

La capacité à évoluer et intégrer des groupes est très limitée (l'expertisée n'a aucune activité associative, aucun loisir partagé avec des tiers).

Les relations proches en particulier conjugales, sont une source chronique de déstabilisation psychique. Les personnes-ressources sont peu nombreuses.

Les activités spontanées sont très peu développées.

L'hygiène et les soins corporels n'ont pas paru sévèrement altérés lors de la présente expertise (l'expertisée était soignée dans sa présentation).

Les capacités de déplacement ne sont pas directement touchées par les troubles psychiques. »

c) Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr F. _____ sur la capacité

de travail de la recourante emportent la conviction. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents dans le cas d'espèce, en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

d) Cela étant, dans son avis médical du 8 mars 2018 rédigé à l'intention de l'intimé, le Dr Q. _____ remet en cause les diagnostics retenus par l'expert.

aa) En premier lieu, il conteste le caractère épisodique de la symptomatologie dépressive, au motif qu'il exclut un état durable en n'atteignant pas la régularité d'une crise par semaine. Rapportant les propos de l'assurée, le Dr F. _____ a relevé que les signes psychotiques avaient débuté après la naissance de son premier enfant. Après quoi, cette pathologie psychotique, associée aux troubles relationnels subséquents qu'ils avaient générés, avaient fait basculer progressivement l'assurée dans la dépression, laquelle semblait s'être manifestée de façon significative dès la naissance de sa première fille (le 6 janvier 1997). Depuis lors, l'assurée n'évoquait pas de stabilisation des signes dépressifs mais au contraire une progressive aggravation. Ainsi, l'expert était d'avis de retenir, plutôt qu'un trouble dépressif récurrent, un épisode dépressif d'intensité fluctuante (ou moyenne selon les auteurs du rapport du 7 décembre 2015). En second lieu, le Dr Q. _____ estime que le diagnostic de trouble délirant persistant ne peut être retenu en l'absence de la symptomatologie caractérisant cette affection. Or, l'expert s'est efforcé de dégager les principaux traits des sujets sensitifs atteints d'un trouble délirant selon la description du psychiatre allemand Kretschmer puis est parvenu à la conclusion que plusieurs des éléments mis en évidence s'appliquaient à l'assurée, ce qui avait échappé au Dr X. _____.

bb) L'avis médical du Dr Q. _____ du 8 mars 2018 ne permet pas d'admettre une capacité de travail totale en toute activité. Le fait qu'il ait exprimé son désaccord quant aux diagnostics retenus par le Dr F. _____ ne suffit pas, en soi, à remettre en cause le caractère incapacitant des pathologies retenues. Il n'a par ailleurs fait état d'aucun élément objectif qui n'ait été dûment pris en considération et examiné par

l'expert. Insuffisamment étayé quant aux motifs l'ayant conduit à s'opposer aux diagnostics retenus par l'expert, le rapport du médecin prénommé ne permet dès lors pas de s'écarter de l'appréciation du Dr F._____.

e) De son côté, la recourante déclare que les diagnostics et l'évaluation de l'incapacité de travail sont clairement démontrés et font l'objet d'une argumentation précise et circonstanciée.

f) Le rapport d'expertise du Dr F._____ du 23 décembre 2017 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant pour se voir conférer pleine valeur probante. Il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation de l'assurée, contient une discussion claire et motivée des diagnostics retenus, expose les raisons pour lesquelles l'appréciation du Dr X._____ n'emportait pas la conviction s'agissant notamment du conflit parental et de l'anamnèse familiale, et débouche enfin sur des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci peuvent donc être suivies. Il y a ainsi lieu de retenir que T._____ présente une incapacité totale de travail (soit pour la part active de 50%) depuis la naissance de sa première fille, le 6 janvier 1997.

g) S'agissant de la naissance du droit à une rente d'invalidité, il convient de relever que l'assurée a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 décembre 2014. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, 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 a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La date du début du droit à la rente doit ainsi être fixée au 1^{er} juin 2015 (cf. art. 29 al. 3 LAI).

8. a) En ce qui concerne la part ménagère, l'expert F._____ ne s'estime pas en mesure d'en fixer les limitations concrètes sur la base du dossier et de l'examen clinique, renvoyant à juste titre à ce qu'une enquête ménagère soit effectuée par l'administration, ce dont conviennent tant l'office AI que l'assurée. Celle-ci ne sera toutefois pas

suivie s'agissant d'ordonner un complément d'expertise judiciaire au sujet des empêchements ménagers, l'instruction de cette question incombant en premier lieu à l'administration (cf. art. 69 al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et ch. 1058 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] établie par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017 applicable en l'espèce [ATF 121 V 362 consid. 1b]).

b) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à une enquête ménagère puis de statuer à nouveau sur les prétentions de la recourante en pondérant la part active et la part ménagère après avoir, le cas échéant, requis un avis médical sur les empêchements constatés.

9. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

10. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g

LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de l'arrêter à 2'500 francs. Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 4 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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 T. _____ une indemnité 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 Olga Collados Andrade, avocate (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :