

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 15 février 2013, en sa qualité d'employeur, l'U._____ (ci-après : l'U._____) a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de demande de détection précoce concernant J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante). L'employeur faisait état d'une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} octobre au 30 novembre 2012 puis d'une incapacité moyenne de 42,86 % depuis le 1^{er} décembre 2012. Il précisait que l'assurée était liée par un contrat de durée indéterminée, que son taux d'activité était de 70 % et que son salaire était garanti pendant 730 jours.

Il ressort notamment du rapport initial de détection précoce du 28 février 2013 que l'assurée, née en [...]79, a effectué son apprentissage d'employée de commerce auprès de l'U._____ de 1997 à 2000 et que depuis elle a occupé divers postes de secrétaire pour cet employeur. Elle a déclaré présenter des problèmes de dos et un "burn out" pour lesquels elle a bénéficié de séances de psychothérapie hebdomadaires, de séances d'ostéopathie et de massage ainsi que d'un traitement médicamenteux composé notamment d'antidépresseurs. L'intéressée a précisé qu'elle avait déjà souffert de deux épisodes de "burn out", le premier en 2004, qui avait entraîné une incapacité totale de travail de deux mois, le deuxième en 2008, qui avait nécessité un arrêt de travail d'une année avant qu'elle puisse reprendre son activité. L'assurée a exposé qu'elle avait préalablement travaillé à 100 % avant de baisser son taux d'activité à 70 % pour suivre une formation en naturopathie. Pour l'instant, elle travaillait à un taux de 50 % (d'un 100 %).

Le 9 avril 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle, se référant à un entretien téléphonique du même jour avec l'assurée, a informé celle-ci que, dès lors qu'une reprise de son activité au taux contractuel devait intervenir dans les jours suivants, le dépôt d'une demande de prestations d'invalidité n'était pas indiqué pour l'instant.

Le 20 septembre 2013, l'U._____ a signalé à l'OAI que la situation de l'assurée était préoccupante, aucune amélioration n'ayant été constatée depuis le 1^{er} décembre 2012. L'employeur précisait que les problèmes de santé de l'intéressée avaient commencé en 2007 avec une amélioration entre 2009 et 2012. Indiquant que la garantie de salaire courait encore douze mois, soit jusqu'au 30 septembre 2014, il priait l'OAI de bien vouloir se saisir de ce dossier.

A la demande de l'OAI, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes le 18 octobre 2013. Elle a indiqué qu'elle travaillait toujours à un taux de 50 % depuis le 1^{er} mars 2013 et ceci pour une durée inconnue. En ce qui concerne l'atteinte à la santé, elle a mentionné des maux de dos depuis l'âge de 15 ans, aggravés depuis une année, ainsi qu'une "rechute de dépression", également aggravée depuis une année.

Le 20 novembre 2013, l'U._____ a indiqué sur le questionnaire pour l'employeur que l'assurée travaillait à son service depuis le 1^{er} septembre 2000 en qualité de secrétaire et que son taux d'occupation était de 70 % depuis le 15 septembre 2009. En 2012, son salaire annuel avait été de 59'362 fr. 80. L'employeur a joint la liste des incapacités de travail de l'assurée depuis le 1^{er} octobre 2012 en relevant qu'il y avait déjà eu une "vague" d'absences en 2008.

Sur le formulaire destiné à déterminer son statut, l'assurée a indiqué en date du 22 novembre 2013 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 100 %, soit 70 % en qualité d'employée de commerce et 30 % en tant que naturopathe, ou à 100 % en qualité d'employée de commerce.

Le 4 février 2014, l'assurée a informé l'OAI par téléphone qu'elle travaillait à 70 %, soit à son taux contractuel, depuis le 1^{er} février 2014, toujours au sein de l'U._____ mais pour un autre service. Le 19

mai 2014, l'assurée a confirmé que la reprise de son activité au taux contractuel se passait bien.

Dans un rapport du 6 février 2014, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3), ainsi qu'une anxiété généralisée (F41.1), existant depuis 1995. Elle a précisé qu'elle suivait l'assurée depuis 2005, l'intéressée ayant été préalablement prise en charge par le Dr R._____. Dans l'anamnèse, elle mentionnait ce qui suit :

"La patiente a présenté depuis l'enfance des symptômes anxieux, dont une probable phobie scolaire à 4 ans. Juste avant, elle avait vécu de façon traumatique la mort de son grand-père paternel. Ce dernier représentait une figure d'attachement importante, s'occupant quotidiennement de la patiente. La première consultation psychiatrique a eu lieu à l'âge de 16 ans. La patiente était alors en apprentissage d'assistante en pharmacie. Elle souffrait d'un conflit avec son patron et a présenté des dorsalgies puis un premier épisode dépressif. Elle a dû arrêter son apprentissage et a été suivie par un psychiatre jusqu'à l'âge de 20 ans, avec un traitement antidépresseur de citalopram. Elle a présenté des rechutes probablement dépressives en 2002 et 2003, avec suivi et traitement de paroxétine chez son médecin généraliste. En 2005, elle présente une rechute qui la mène au DUPA (réd. : Département universitaire de psychiatrie de l'adulte) à [...], puis chez un psychiatre, Dr R._____. Sous traitement de venlafaxine, la patiente présente alors un état mixte nécessitant l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur sous forme de valproate et orientant le diagnostic vers un trouble bipolaire. Les rechutes ayant lieu 4 années consécutives en automne, avec une amélioration de la symptomatologie dès le mois de février, une composante saisonnière est traitée par luminothérapie.

Depuis 2005, la patiente a présenté un épisode hypomane en 2006, puis des rechutes dépressives en 2007 (arrêt de travail de 100% en mai 2007, puis reprise à 50% en décembre 2007, 80% en avril 2008, abaissée à 60% en mai à cause d'une recrudescence des symptômes, 80% en septembre 2008 puis 100% fin 2008), puis rechute en 2012, avec présentation d'abord de dorsalgies, puis d'une rechute dépressive. L'arrêt de travail est à 100% dès octobre 2012, puis la patiente retrouve progressivement une capacité à 50% depuis novembre 2012. Le traitement antidépresseur a été modifié, et les dorsalgies très intenses traitées par antalgie et physiothérapie. L'amélioration se fait lentement."

La Dresse S._____ relevait que l'assurée présentait un trouble bipolaire difficile à stabiliser, nécessitant un traitement à long

terme. Elle estimait que cette maladie rendait sa patiente plus vulnérable au stress du travail et nécessitait des temps de récupération plus longs. Quant aux restrictions psychiques existantes en lien avec l'activité exercée, elle a indiqué ce qui suit :

"Anxiété rendant la patiente vulnérable au stress, avec difficultés de concentration. Vulnérabilité à des rechutes dépressives avec baisse de l'humeur, fatigabilité et manque d'énergie, manque d'élan, troubles de la concentration et de l'attention, vulnérabilité émotionnelle, troubles du sommeil et de l'appétit. [...] ralentissement psycho-moteur."

La Dresse S. _____ a indiqué considérer qu'un taux d'activité entre 50 et 60 % était probablement le maximum atteignable, que le rendement était réduit lors des rechutes et qu'une activité adaptée au niveau du stress et d'une absence de surcharge était faisable à un taux de 50 à 60 %. S'agissant de la reprise de l'activité professionnelle, la psychiatre a indiqué qu'une reprise à 60 % allait être testée dans les prochaines semaines. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elle a mentionné des difficultés dans la gestion des émotions, soit une anxiété et une vulnérabilité au stress, des difficultés liées aux tâches administratives (ralentissement et stress) ainsi que l'apparition périodique de phases de décompensation avec rechutes de dépression. La capacité de concentration et d'organisation/planification étaient diminuées lors des rechutes. Elle a exclu l'exercice d'activités exigeant de l'endurance, du stress, de la rapidité, une adaptation permanente et des tâches complexes. Répondant à la question de savoir quelle était l'importance prévisible en fréquence et en durée des absences provoquées par l'état de santé psychique de sa patiente, la Dresse S. _____ a indiqué que l'assurée avait présenté sur ces derniers 15 ans une rechute toutes les années et demie environ, qui avaient duré plusieurs mois à plus d'un an, et que le respect d'une capacité de travail de 50 à 60 % avait pour but de diminuer le risque de rechute.

Dans un avis du 31 mai 2014, la Dresse F. _____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), après avoir résumé le rapport de la Dresse S. _____, a considéré qu'au vu de l'évolution fluctuante sur

le plan psychologique et de la divergence des diagnostics sur le plan psychiatrique justifiant une longue incapacité de travail depuis octobre 2012, il y avait lieu, avant de se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée, de mettre en œuvre une expertise ou un examen psychiatrique.

Par communication du 8 août 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisageable pour l'instant.

Le 29 septembre 2014, l'OAI a mandaté le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'il procède à l'expertise de l'assurée.

Le 1^{er} avril 2015, la Dresse S._____, a répondu à la demande d'informations complémentaires de l'expert Dr T._____ en ces termes :

"Madame J._____ souffre d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne F31.3, d'un trouble panique F41.0 ainsi que d'un trouble déficitaire de l'attention F90.0. La patiente présente une amélioration très progressive de ses symptômes dépressifs et anxieux. Actuellement, il y a encore des fluctuations de l'humeur, une fatigabilité importante, un ralentissement et une désorganisation, des troubles de concentration et de mémoire ne permettant pas d'assumer un poste de travail. Le traitement psychopharmacologique a dû être augmenté. Au vu de l'évolution du trouble bipolaire qui s'aggrave avec une possible récupération incomplète, les mesures de détection précoces ont été réactivées auprès de l'assurance invalidité en début d'année."

L'expert T._____ a rendu son rapport d'expertise le 15 octobre 2015. Il a indiqué avoir eu un entretien avec l'assurée le 4 mai précédent et avoir fait procéder le même jour à des tests psychométriques. Il a précisé avoir fondé son appréciation médicale également sur le courrier de la Dresse S._____ du 1^{er} avril 2015 ainsi que sur sa réponse du 1^{er} juin 2015 faisant suite à la demande d'informations complémentaires qu'il lui avait adressée. Le courrier du 1^{er} juin 2015 de la Dresse S._____ a la teneur suivante :

"Diagnostic et épisodes hypomanes et mixtes objectivés :
Il s'agit d'un trouble bipolaire type 2. Le premier épisode dépressif, traité par citalopram, a eu lieu à l'âge de 16 ans, il y en a eu plusieurs depuis. Le premier épisode hypomane a été diagnostiqué en 2004, suivi de deux courts épisodes hypomanes alors que je suivais la patiente en 2006 et 2007. La patiente a également présenté un état mixte en 2004, précédent (sic) l'état hypomane. En 2004, la patiente a été suivie par le Dr R. _____ puis par moi-même.

Traitement psychopharmacologique :

Les différentes dimensions du trouble bipolaire de Madame J. _____ demandent, comme souvent dans ce genre de diagnostic, d'avoir recours à plusieurs stabilisateurs. Dans son cas, il s'agit d'une combinaison de lamotrigine et de quetiapine. Cela assemble l'effet préventif sur les rechutes hypomaniaques et dépressives de la lamotrigine, à l'effet positif sur les symptômes hypomanes de la quetiapine. L'ajout de venlafaxine a été nécessaire pour traiter le trouble anxieux et les épisodes dépressifs.

Trouble de la personnalité

Effectivement, un diagnostic de trouble de la personnalité mixte anxieuse et dépendante F61.0 peut être retenu, et joue un rôle important dans les difficultés rencontrées par la patiente sur divers lieux de travail.

Alternative thérapeutique

La patiente ayant répondu favorablement à la quetiapine, je n'ai pas envisagé l'Abilify, mais il pourrait être une alternative intéressante, si l'évolution lente mais plutôt favorable ne devait pas se poursuivre."

Il résulte du rapport d'expertise du Dr T. _____ notamment ce qui suit :

"3.3. EXAMEN CLINIQUE DU 4 MAI 2015

[...]

L'assurée paraît un tout petit peu anxieuse en début d'entretien, mais très rapidement elle paraît rassérénée et l'entretien se déroule dans un climat convivial. Madame J. _____ répond de manière franche et directe aux questions qui lui sont adressées. Elle a pris avec elle un volumineux classeur avec l'ensemble des pièces administratives, médicales la concernant et à ce titre nous remet son CV dûment détaillé, ainsi que deux trois pièces médicales de la Dresse S. _____ ne faisant pas partie intégrale du dossier que vous nous avez remis. Plutôt émotive, Madame J. _____ ne pleure néanmoins pas durant l'entretien. Elle n'est pas ralentie, mais plutôt alerte et vive.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, elle est vigile, orientée dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Jugement et raisonnement sont conservés. Elle s'exprime avec aisance en français.

Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somatoalgique légère et fluctuante. On ne peut pas parler d'une

dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Madame J._____ peut investir ses loisirs, sa relation avec son ami [...] sans grandes restrictions.

Avec sa médication actuelle, il n'y a aucun trouble du sommeil, au contraire celui-ci semble plutôt "addictif" Madame J._____ se couche vers 21-22 h, parfois ne se lève que vers midi. On retient une tendance marquée à la clinophilie. L'alimentation paraît plus chaotique, avec des variations de poids, comme si elle avait toujours des difficultés à avoir des limites pour tout (pour l'heure, 58 kg, 1.60 m. BMI : 22.65 kg/m²). Depuis 2003, Madame J._____ n'a plus de vie intime, ni de libido. Elle attribue à un traitement par laser de condylomes acuminés le fait qu'elle ne peut plus tolérer de rapport sexuel et n'a donc plus jamais eu de pénétration.

Madame J._____ est vite anxieuse, dépassée par des choses aussi banales que la modification de ses habitudes. A ce titre, elle déclare : *"je suis sensible à tout, depuis toujours, aux bruits, aux odeurs, des fois je dois mettre mes chaussettes à l'envers car la couture me dérange. Des fois je change de culottes trois fois par jour. Tout m'irrite, le parfum des autres, je dois couper les étiquettes de mes habits, ça me touche, c'est des fois difficile à supporter"*. La fatigabilité évoquée à plusieurs reprises est relativement variable avec une tendance aussi à la procrastination si elle doit réaliser certaines activités. Cette anxiété se manifeste par un sentiment de tension, des troubles attentionnels, quelques signes d'hyperactivité neurovégétative.

Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Madame J._____ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Il n'y a pas de notion de dépendance éthylique, de prise de substances illicites, ni tabagisme.

Madame J._____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie — boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, Madame J._____ annonce des tensions musculaires, notamment au niveau lombaire, dont elle a observé que celles-ci vont de pair avec son état émotionnel.

3.4. PERSONNALITE :

L'entretien se déroule de manière aisée avec une assurée qui est tout à fait conviviale, légèrement émotive, mais très présente durant l'entretien. La prise de conscience est relativement faible. Madame J._____ est très centrée sur elle-même, tend à projeter sur autrui ses difficultés, ses insuffisances, avec une tendance marquée à la dépendance et à la victimisation du soi. Souvent, l'assurée semble exprimer un sentiment d'omnipotence et une sous-estimation de son environnement professionnel. En ce sens, le contact est défectueux avec la réalité dans sa propre appréciation de la situation, sans néanmoins qu'il y ait une perte de contact avec elle.

La tolérance à l'angoisse est relativement limitée, probablement en rapport avec la faiblesse du MOI. Celle-ci est souvent déplacée par l'assurée — pour des causes qui pourraient apparaître comme apparemment anodines — portant des jugements moraux défensifs rigides sur ses différents employeurs, lesquels elle accuse de

faiblesse, d'incompétence, de manipulation. Frappe aussi dans cette situation la faible réussite professionnelle qui contraste avec un niveau professionnel à priori plus élevé. Madame J._____ tend manifestement à se surévaluer par rapport à son potentiel effectif et ses réalisations.

Les relations sont essentiellement anaclitiques², avec des partenaires souvent fragiles et faibles, indiquant ici surtout l'anaclitisme sous l'allure de domination, qui garantit ainsi le sentiment de la sécurité du lien. La relation n'est donc ici pas réciproque. Madame J._____ semble ainsi maintenir l'équilibre au prix d'une limitation des échanges interpersonnels à travers l'établissement d'un mode de relation qui paraît assez contraignant et qui ne donne pas l'accès à des échanges affectifs et sexuels satisfaisants : le déni de ses propres pulsions, de ses difficultés est masqué par une intellectualisation secondaire.

Malgré ses échecs, on note l'insatisfaction, mais pas véritablement la culpabilité, ni la douleur morale, mais plutôt une certaine sensibilité n'atteignant toutefois pas la tonalité persécutive, si ce n'est que Madame J._____ a un sentiment global de préjudice face à son environnement professionnel. La faible image de soi se manifeste chez l'assurée aussi par des tendances hypocondriaques. Toute remise en question de l'idéal de soi qu'elle s'est fixé, ou rupture, séparation, entraînent la mise en oeuvre d'angoisse d'abandon, du registre anaclitique, avec une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et rarement élaborée. On relève un mauvais contrôle pulsionnel, par exemple au niveau des conduites alimentaires.

[...]

4. DIAGNOSTICS

4.1.0 DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR

Axe I Eventuel trouble bipolaire de type 2, épisode dépressif léger (dd [réf. : diagnostic différentiel] : épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère)

Axe II Personnalité état limite de type abandonnique, avec un faux-self

[...]

Axe IV Difficultés professionnelles (sinon pas de facteur de stress aigu)

[...]

5. DISCUSSION

5.1 INTRODUCTION

[...]

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

5.2 APPRECIATION DIAGNOSTIQUE

D'un point de vue **psychopathologique**, l'une des caractéristiques de ce type de structure du **registre état limite abandonnique** que nous retrouvons chez Madame J._____ est la tendance à la décompensation dépressive et anxieuse lors de perte d'objets ou de l'atteinte à l'estime de soi.

La Dresse S._____ parle d'une personnalité dépendante ou anxieuse, personnalités qui dans la règle n'ont pas une histoire aussi perturbée, aux conséquences sociales, professionnelles et affectives importantes, comme dans le cas qui nous occupe. Cela remet déjà en question cette hypothèse.

La notion de trouble de la personnalité occupe une place prépondérante dans la nosographie psychiatrique et signale un répertoire comportemental restreint chez un sujet qui aura donc tendance à recourir systématiquement aux mêmes stratégies d'adaptation, qui pourront parfois s'avérer appropriées, mais aussi souvent conduire dans certaines situations à des conflits ou à des échecs répétitifs. Ici, à titre d'illustration, la mise en conflit et la victimisation.

Les catégories de la CIM-10 ou du DSM-IV TR ont été élaborées de manière descriptives pour rendre compte de mécanismes privilégiés par certaines personnes. Comme toute catégorie diagnostique, la notion de trouble de la personnalité peut recouvrir des situations de gravité variable. Alors que les maladies mentales désignent des modalités du fonctionnement psychique fondamentalement différent de la norme, d'éventuels traits pathologiques de la personnalité s'inscrivent sans solution de continuité dans un continuum où il est parfois difficile et toujours quelque peu arbitraire de tracer une limite.

Dans ce que l'on appelle les troubles de la personnalité, les mécanismes adaptatifs, ou les traits de caractère du sujet ont eux-mêmes un caractère pathologique, mais c'est le fait qu'ils soient mis en oeuvre de façon rigide, excessive, ou inadéquate, et qui conduisent à un déséquilibre marqué des attitudes et du comportement dans divers domaines, qui prend alors la dimension malade.

Comme chez Madame J._____, ce type de pathologie a donc des dimensions historiques, autrement dit "une histoire pleine d'histoires", ce qui paraît comme un bon critère diagnostique, comme en témoigne son fonctionnement dans la plupart des domaines et son parcours personnel. En effet, il est souvent plus facile de repérer les traces que celui-ci laisse dans la biographie du sujet que d'en percevoir toujours des symptômes à l'observation clinique. Cela dit, le discours spontané de l'assurée, la manière de se relationner avec l'expert, peut donner des indications quant à son type de fonctionnement mental et à sa manière de se relationner avec des objets internes et externes, le tableau clinique pouvant ainsi acquérir une certaine cohérence. A ce titre, Madame J._____ fait partie classiquement de ce type de sujets qui donnent une image en faux-self, autrement dit qui sont soucieux de vouloir démontrer leur normalité et qui se présentent parfois de manière assez lisse, surtout lorsque cela va de pair — comme c'est le cas dans la situation qui nous occupe — avec un très faible niveau d'introspection et un déni de sa propre réalité.

Pour notre part, il s'agit ici d'un trouble de la personnalité du registre état limite abandonnique, qui représente ici un facteur de vulnérabilité mais qui ne doit pas être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Madame J._____ a néanmoins pu tenir un emploi, actuellement à 70 %, réalisé en parallèle une formation de naturopathe dont elle est sortie diplômée en novembre 2014. Enfin, dans sa vie de couple, il est assez aisé de comprendre que compte tenu de la situation et des troubles psychiques incapacitants de son compagnon, c'est l'assurée qui doit régler et assumer la plupart du quotidien et de l'administration. Il s'agit d'un facteur de surcharge, mais témoigne aussi de ses ressources.

Certes, ce type de personnalité ne maintient l'équilibre qu'au prix d'une limitation des échanges interpersonnels, à travers l'établissement d'un mode de relations circonscrit, par définition

contraignant, qui n'assure ni durabilité, ni liberté intérieure, ni accès à des échanges affectifs et sexuels satisfaisants.

S'agissant du trouble de l'humeur, le dossier relève des épisodes apparemment hypomaniaques et état mixte, sous prescription d'antidépresseurs, avec la notion de saisonnalité, ce qui ouvre bien entendu — comme le relève à juste titre la Dresse S. _____ dans son rapport à notre attention du 01.06.2015 l'hypothèse d'un trouble bipolaire de type 2.

[...]

Néanmoins, lorsque nous l'examinons, il existe une symptomatologie dépressive somme toute très légère, surtout à composante régressive, avec une tendance marquée à la clinophilie (sommeil addictif) et qui ne se situe plus dans le cadre d'une symptomatologie dépressive moyenne à sévère. On relèvera néanmoins que classiquement la dysphorie et l'instabilité émotionnelle font partie intégrante de ce type de personnalité, tout comme les défenses "maniaques" sont toujours présentes. Plutôt que des "défenses" contre la dépression, celles-ci représentent la face complémentaire de ces dernières. Le test d'auto-évaluation de Angst pour les épisodes hypomanes est normal, ce qui est un argument supplémentaire pour renouveler cette hypothèse diagnostique.

L'hypothèse d'un trouble bipolaire doit être confirmée en fonction de l'évolution. Sous traitement bien conduit, celle-ci paraît objectivement plutôt favorable, sans nouvel épisode hypomaniaque.

5.3 PROPOSITIONS PHARMACOLOGIQUES

La prescription d'un stabilisateur de l'humeur, comme la Lamotrigine, ou d'un neuroleptique atypique, que ce soit l'Abilify 5 mg, Seroquel (100-300 mg) ou autre, est efficace non seulement dans les troubles bipolaires type 2, mais a un effet souvent stabilisateur et anxiolytique chez les structures état limite.

5.4 APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SELON LA MEDECINE DES ASSURANCES

Sur le plan mental, le trouble bipolaire type 2 épisode dépressif léger (dd : dysthymie et/ou épisode dépressif majeur récurrent, actuellement léger), il n'existe pas de limitations en relation avec les troubles constatés. Cette symptomatologie, par essence, n'a aucune répercussion véritable. S'il est usuel de considérer qu'un épisode dépressif sévère justifie une incapacité de travail, la situation est souvent à discuter de manière plus spécifique pour les épisodes dépressifs moyens. Dans la règle les épisodes dépressifs légers, ou les dysthymies, n'impliquent pas de limitations objectives.

D'autre part, une éventuelle réadaptation de son traitement est encore susceptible de la stabiliser et d'évoluer à l'avenir avec moins de poussées dépressives.

Sur le plan socio-professionnel et relationnel plus exactement, c'est le trouble de personnalité, à savoir une personnalité pathologique, qui constitue certainement le facteur essentiel de limitations, partant de l'incapacité de travail. L'incomplétude narcissique, avec une assurée qui tend à surestimer ses compétences, une mise en conflit systématique de la relation avec toute personne qui pourrait un tant soit peu se montrer critique ou exigeante face à son travail, risque d'entraîner une chute à travers les somatisations. On ne peut néanmoins pas estimer que Madame J. _____ est incapable d'exercer une activité professionnelle. Il faut surtout viser un travail moins exigeant, probablement dans un secrétariat où elle aurait moins de responsabilités qu'à l'U. _____. Actuellement, l'assurée

semble s'orienter vers une profession de naturopathe indépendante, puisqu'elle a terminé sa formation en 2014. Il s'agit aussi d'un élément qui suggère les compétences et le dynamisme que l'on peut retenir chez Madame J._____. L'assurée dispose d'ailleurs de toutes les compétences pour retrouver une activité adaptée. En ce sens, l'intervention de l'assurance invalidité, dans le sens d'un reclassement ou d'une aide au placement ne paraît pas justifiée.

Les tests psychométriques soulignent la tendance majeure à l'amplification et la dramatisation. Cela explique par avance la différence d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant qui fait par définition le postulat de sincérité de sa patiente, ce que l'on ne saurait lui reprocher.

La poursuite de la bonne prise en charge psychothérapeutique, investie, peut certainement diminuer dans une bonne proportion les conséquences handicapantes de sa personnalité pathologique. On sait qu'il a été attesté une incapacité de travail complète de mai à novembre 2007, à 50 % de décembre 2001 (sic) à août 2008, à 80 % de septembre 2008 à décembre 2008 et à 100 % d'octobre 2012 à novembre 2012, puis à 50 % dès novembre 2012. La Dresse S._____ - sur des éléments qui probablement relèvent aussi du mandat de traitement car cette assurée est très suggestible, autocentrée — pense que l'activité entre 50 et 60 % au maximum est atteignable. Le mandat de traitement dit de "sollicitude médicale" se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves : le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce régime, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la "sollicitude médicale", c'est Madame J._____ qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de sa patiente, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à Madame J._____, en tenant a priori pour valide tout ce qu'elle dit d'elle-même.

Etant entendu que Madame J._____ a pu réaliser en 2014 conjointement un diplôme de naturopathe et assumer toutes ses tâches domestiques — puisque son compagnon, schizophrène, présente certainement un apragmatisme et l'incapacité de s'assumer qui va de pair — on peut probablement estimer que dès le 1^{er} janvier 2014 sa capacité de travail médico-théorique est entière. En tous les cas, l'ayant vue le 04.05.2015, rien n'indique que sa capacité de travail ait été diminuée en 2015."

Dans un avis SMR du 30 novembre 2015, la Dresse F._____ a résumé les conclusions principales de l'expertise. Elle en conclut ce qui suit :

"Au final, l'expert, qui nous met à disposition une évaluation complète, probante et convaincante, en retenant le début de l'IT (réf. : incapacité de travail) d'au moins 20% dès 2007, une évolution favorable dès janvier 2014, avec les recommandations de la poursuite de la psychothérapie; éventuellement la prescription d'un stabilisateur de l'humeur, comme un neuroleptique atypique (Abilify 5 mg, Seroquel 100 à 300 mg); l'expertisée possède toutes les

compétences pour retrouver un emploi de son propre chef, et sa capacité de travail médico-théorique, dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, est estimée à 100% dès janvier 2014.

En conclusion, nous n'avons pas de raison de nous écarter des appréciations de l'expert psychiatre et nous nous alignons sur ses conclusions, estimant la capacité de travail médico-théorique de l'assurée, dans toute activité adaptée à ses motivations et à ses compétences, à 100%, dès janvier 2014."

Il ressort de l'avis juriste du 9 août 2016 notamment ce qui suit

:

"Par courrier du 4 février 2016, à notre demande, l'assurée nous apprend que sa formation à demander (sic) 1900 heures et que la formation à durer (sic) 3 ans et demi de septembre 2009 à décembre 2013. Comme il ressort de l'avis jur précité, une formation de naturopathe MCO suppose environ 2090 heures, l'assurée en a annoncé 1900 et la formation dure environ 4 ans, l'assurée l'a terminée en 3 ans et demi. Nous pouvons en déduire que l'atteinte à la santé n'a manifestement pas entravé sa formation et par conséquent, je propose de considérer que pour cette partie il n'y aucun empêchement due (sic) à l'atteinte donc pas d'invalidité.

De septembre 2009 à décembre 2013, le statut de l'assurée est active à 70% et étudiante à 30 % et dès janvier 2014, il faut la considérer comme active à 100 %.

Dans ce cas de figure, il faut appliquer la méthode mixte, chiffre 3096 nouveau (mars 2016). Pour la période d'octobre 2012 à décembre 2013.

Le début des IT remonte au 1^{er} octobre 2012 avec un mois IT à 100% et par la suite 50% d'un 100%. Selon l'expertise, dès 1^{er} janvier 2014 pleine capacité de travail.

Au terme du délai de carence en octobre 2013, la perte économique est de 20% dans la part active et 0 % dans ses études. A partir de janvier 2014, pleine capacité de travail.

Conclusion

Refus de rente."

Par projet de décision du 17 août 2016, l'OAI a nié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité en considérant notamment ce qui suit :

"Vous exercez l'activité de secrétaire à 70%.

Toutefois, il ressort de votre dossier que suite à la réussite de votre diplôme de naturopathe fin 2013 vous auriez également travaillé à 30% dans cette activité.

Votre taux d'activité global est de 100% et il y a donc lieu de vous considérer comme 100% active dès janvier 2014.

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

Dans votre situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} avril 2014, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI. A cette date, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre capacité de travail est entière dans vos activités de secrétaire et de naturopathe. Vous ne présentez dès lors pas de préjudice et le droit aux prestations de notre assurance doit vous être dénié."

Par courrier du 5 septembre 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI en ces termes :

"Je tiens premièrement à corriger les constatations concernant mon diplôme de naturopathe. En effet, je n'ai jamais travaillé comme naturopathe. J'ai obtenu le diplôme mais mon état de santé ne m'a malheureusement, à mon grand regret, pas permis d'exercer. Ceci autant de par mon état psychique que physique. Deuxièmement, mes indemnités APG étant arrivées au terme des 730 jours à la fin du mois d'août dernier, je me trouve, faute de décision, dans une situation financière difficile. En effet, dans l'attente d'une réponse de l'A.I. la conseillère de l'ORP a dû envoyer mon dossier au Service juridique du service. Le but étant de savoir si je suis apte au placement ou pas. Je ne sais combien de temps cela va prendre et donc combien de temps je vais rester sans revenu aucun. Dans le cas où je ne serais pas apte au placement, je serai redirigée aux sociaux. Cette situation me fait beaucoup souffrir, me plonge dans un état de stress intense, ce qui a un impact certain sur ma santé psychologique et physique qui s'est d'ailleurs péjorée.

[...]

Considérant que depuis le 27 août 2014 j'ai jusqu'à ce jour et sur une durée de 23 mois une incapacité de travail de 100% je pense que selon l'art. 28 al. 1b de la loi sur l'assurance-invalidité le droit à une rente est ouvert.

Troisièmement, vous mentionnez avoir consulté mon dossier du Service Médical Régional qui stipule que mes capacités sont entières dans mes activités professionnelles (secrétaire et naturopathe). Au vue (sic) des erreurs des autres documents et surtout du fait que je n'exerce pas comme naturopathe, mes capacités ne sont pas entières. Pour preuve, je suis bien en arrêt maladie avec certificats médicaux sans interruption depuis le 27 août 2014. [...]"

Le 6 septembre 2016, la Dresse S. _____ a écrit à l'OAI ce qui suit :

" Par la présente, je souhaite **soutenir le recours de Madame J. _____, née le [...]**, contre votre projet de décision. En lisant votre courrier, les constatations que vous mentionnez présentent plusieurs erreurs. En effet, la dernière reprise de travail tentée avec Madame J. _____ date de janvier 2014. Elle avait alors demandé un changement de

poste, espérant ainsi pouvoir concilier son état de santé et le stress lié à une activité professionnelle. Malheureusement, suite à cette reprise et malgré des conditions de travail différentes, la patiente a présenté une rechute sévère nécessitant un arrêt de travail dès le 27 août 2014. La récupération a à nouveau nécessité une année. L'état de santé s'étant amélioré, j'envisageais une reprise à 50% ces prochains jours, mais le stress du projet de refus de l'AI et un premier entretien difficile à l'ORP (réd. : office régional de placement) ont suffi à provoquer une rechute sévère des attaques de panique et de l'état anxieux, ne permettant toujours pas de capacité de travail. Lorsque vous écrivez «**il y a lieu de vous considérer comme 100% active dès janvier 2014**» **cela ne correspond pas à la réalité.** Madame J._____ est en incapacité de travail à 100% de façon continue depuis le 27 août 2014.

Concernant l'activité de naturopathie, je confirme que Madame J._____ a suivi cette formation, mais **n'a jamais pu exercer cette activité en raison de son état de santé.**

Vous faites apparemment remonter **l'historique des arrêts de travail** à octobre 2012. En réalité, l'historique est bien plus lourd que cela. Le premier épisode dépressif et anxieux **remonte à l'âge de 16 ans**, a nécessité l'interruption de son apprentissage, et un suivi psychiatrique régulier jusqu'à l'âge de 20 ans. Puis les rechutes ont eu lieu en **2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2012 et 2014**. Le temps de récupération varie de plusieurs mois à un an et demi. Lors des reprises progressives de travail, on s'aperçoit avec l'expérience que le seul taux d'activité qui semble avoir une chance de tenir sur le long terme serait de 50%.

Madame J._____ souffre donc d'une **incapacité de gain à 50% en tout cas**, à long terme, résultant d'une atteinte à sa santé psychique, qui persiste malgré le suivi consciencieux de ses traitements et plusieurs tentatives de modifier son environnement de travail. La maladie psychique dont elle souffre est connue pour avoir ce genre de conséquences à long terme, avec un pronostic à la stabilisation ou à l'aggravation.

Des mesures **de réadaptation** pourraient peut-être permettre de récupérer une capacité de travail à 50%, raison pour laquelle je les demande. Elles ne pourront en tout cas pas permettre une récupération plus importante que cela.

En cela, les articles 7 et 28 de la LAI sont respectés, et j'attends une décision positive de votre part, ainsi qu'un engagement pour pouvoir mettre en place des mesures de réadaptation pour atteindre si possible une capacité de travail entre 30 et 50%. Si ces mesures ne le permettent pas, une rente à 100% devra alors être décidée.
[...]"

Dans un avis SMR du 20 septembre 2016, la Dresse F._____ a pris position sur la contestation de l'assurée et le courrier de son psychiatre traitant en ces termes :

"L'assurée conteste le projet de décision du 17.08.2016 avec à l'appui, un rapport de la part de la Dre S._____, psychiatre traitante, qui atteste que l'assurée était en incapacité de travail **(IT)**

dès le 27.08.14 suite à nouvelle rechute sévère, dont la récupération a nécessité une année; une reprise à 50% était prévue ces prochains jours, mais une nouvelle aggravation («*stress du projet de refus AI et un premier entretien difficile à l'ORP*») justifient actuellement, selon la Dre S. _____, cette nouvelle incapacité de travail.

Dans ce contexte, vu cette nouvelle incapacité de travail attestée depuis août 2014, sans éléments cliniques objectifs, vu l'estimation faite par la psychiatre traitante, d'un maximum exigible entre 30% et 50%, si des mesures de réadaptation pourraient, un jour, permettre une récupération de la capacité de travail, vu que l'expertise psychiatrique a eu lieu il y a presque une année, afin de cerner les diagnostics et les limitations fonctionnelles psychiatriques actuelles, nous suggérons **un complément d'expertise psychiatrique.**"

Par courrier du 19 octobre 2016, l'U. _____ a informé l'OAI que le contrat de travail de l'assurée avait été résilié avec effet au 31 août 2016.

Il ressort de l'avis juriste du 31 mai 2017 notamment ce qui suit :

"Référence est faite en particulier à l'avis du 20.09.2016 par lequel le SMR a pris position quant au rapport du 06.09.2016 de la Dresse S. _____, en ce sens que les éléments exposés par cette dernière rendraient nécessaire la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Pour les motifs exposés ci-après, nous ne pensons pas que ce soit le cas.

- La Dresse S. _____ estime qu'il serait inexacte d'affirmer qu'il y a «lieu de de vous [ndr : l'assuré] considérer comme 100% active dès janvier 2014», car à son sens sa patiente est en incapacité de travail totale depuis le 27.08.2014. Il y a ici quiproquo à mesure que le fait de considérer l'assurée comme «100% active dès janvier 2014» se réfère à son statut - notion juridique - et non à sa capacité de travail (cf. proposition juriste du 09.08.2016).

La Dresse S. _____ fait état d'épisodes dépressifs et anxieux survenus avant 10.2012 - mois cité dans le projet de décision du 17.08.2016 - et suggère que nous les aurions occultés. D'une part, on relève que 10.2012 correspond, dans le projet en question, au point de départ du délai d'attente prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ce qui en soi ne signifie pas que des épisodes dépressifs et anxieux antérieurs soient exclus. D'autre part, ces derniers n'ont pas échappé à l'examen puisqu'ils sont évoqués par le Dr T. _____ dans son rapport d'expertise du 15.10.2015 (cf., en outre, le rapport adressé par la Dresse S. _____ à l'expert en date du 01.06.2015).

- S'agissant de la capacité de travail de sa patiente, si la Dresse S. _____ a une appréciation différente de celle du Dr T. _____, elle ne donne pas d'éléments tangibles donnant à penser que l'analyse de ce dernier ne serait pas probante, telle qu'elle a été qualifiée par le SMR (cf. rapport d'examen SMR du 30.11.2015). Dans une telle configuration, il ne peut nous être fait grief d'avoir

fait prévaloir les conclusions de l'expert dans le projet de décision du 17.08.2016.

- On souligne en particulier que l'aggravation décrite par la Dresse S. _____ dès le 27.08.2014 est antérieure à l'expertise du Dr T. _____, et que ce dernier n'a pas fait sienne cette hypothèse.

- En ce qui concerne la rechute qui aurait été provoquée par «le stress du projet de refus de l'AI», stress ne «permettant toujours pas de capacité de travail», on relève deux choses. Tout d'abord que cela n'a pas eu d'impact concret sur l'appréciation concrète de la capacité de travail par la Dresse S. _____ - celle-ci étant selon elle nulle depuis le 27.08.2014 -, puisque la jurisprudence n'admet pas qu'une incapacité de travail puisse être durablement induite du seul fait d'une décision négative de l'AI, sous peine que la notion juridique de l'invalidité n'ait plus de sens (TF 9C_79912012 du 16.05.2013).

De ce qui précède, nous arrivons à la conclusion que la contestation du projet de décision du 17.08.2016 peut être rejetée en l'état, autrement dit qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas indispensable."

Par décision du 6 juin 2017, l'OAI a confirmé dans les mêmes termes son projet de décision niant à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, il a précisé à l'assurée qu'il ressortait des conclusions du SMR concernant sa contestation que les éléments avancés ne sauraient modifier son point de vue. L'OAI a relevé en particulier qu'il était "raisonnablement exigible" que l'assurée exerce ses deux professions pour un taux d'activité global de 100 % et ce même si elle n'avait jamais mis en valeur son diplôme de naturopathe.

B. Par acte du 3 juillet 2017, J. _____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 6 juin 2017 devant la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal en concluant à la réforme en ce sens où une rente entière d'invalidité lui est allouée. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise et a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire en ce qui concerne les frais judiciaires. La recourante fait valoir en substance que s'il y a une concordance s'agissant du diagnostic de trouble bipolaire retenu tant par l'expert que par sa psychiatre traitante, leurs conclusions divergent s'agissant de l'intensité de la symptomatologie dépressive (très légère pour l'expert et moyenne pour la Dresse S. _____). La recourante conteste l'appréciation de l'expert sur ce point en relevant que l'atteinte psychiatrique qu'elle présente a occasionné depuis une quinzaine d'années une multitude d'arrêts de travail dont le taux dépassait 50 % (rechutes en 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008,

2012 et 2014 qui ont nécessité des temps de récupération de plusieurs mois à un an et demi). Selon la recourante, ces rechutes à répétition démontrent par elles-mêmes que les conclusions du Dr T._____ quant à sa capacité de travail sont erronées. Soutenant que le rapport d'expertise fait abstraction de la réalité des faits, elle est d'avis que sa situation médicale n'a pas été évaluée de manière circonstanciée et que ledit rapport ne saurait dès lors revêtir pleine valeur probante.

Dans sa réponse du 28 août 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève notamment ce qui suit :

"Dans son mémoire, la recourante met en cause le rapport d'expertise psychiatrique du Dr T._____ du 15 octobre 2015 sur la base duquel nous avons fondé notre décision. Elle estime que le Dr T._____ fait abstraction de la réalité des faits (à savoir ses multiples rechutes occasionnant des arrêts de travail). Elle en déduit que l'expertise n'est pas probante et doit être refaite.

On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contradictoire. Il ne peut en aller autrement que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts (cf. ATF 9C_920/2013 du 20 mai 2014).

En l'occurrence, la recourante ne démontre pas que l'expertise comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. En outre, elle n'explique pas en quoi le point de vue de son médecin traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait la mise en œuvre d'un complément d'instruction."

Par réplique du 15 septembre 2017, la recourante a confirmé les conclusions de son recours en reprenant les motifs développés par la Dresse S._____ dans son certificat médical du 29 août 2017, qui a la teneur suivante :

"Par la présente, je confirme soutenir le recours déposé par Madame J._____ concernant sa demande d'intervention de l'Assurance Invalidité.

L'évolution depuis le moment de l'expertise démontre une aggravation du trouble de personnalité décrit dans l'expertise. Malgré des modifications de traitement et une bonne collaboration de la patiente, dans une approche pluridisciplinaire, l'état de santé n'a pas pu être suffisamment amélioré pour permettre une reprise de travail. Les actes de la vie quotidienne sont même devenus

difficiles pour la patiente, qui a nécessité l'intervention d'un infirmier à domicile.

Les perturbations que présente actuellement la patiente sont plus intenses que lors de l'expertise, et provoquent des difficultés personnelles et sociales empêchant l'intégration dans une activité professionnelle.

Le décalage entre auto-évaluation et hétéro-évaluation, observé lors de l'expertise, doit maintenant être interprété différemment. Ce décalage était observé dans les tests psychométriques. Il avait compliqué l'évaluation de la patiente, et mené à l'hypothèse d'une dramatisation de ses symptômes par la patiente. Comme ce décalage a eu une grande importance dans les hypothèses de l'expertise, il serait important de pouvoir réévaluer la situation maintenant, au vu de l'évolution. En effet l'évolution diffère de ce qui a été décrit dans l'expertise, selon les informations disponibles à ce moment-là. Cette évolution démontre un impact réel des troubles psychiques de la patiente sur sa capacité de travail."

Dans sa duplique du 6 octobre 2017, l'intimé a relevé que la psychiatre traitante de la recourante constatait une aggravation du trouble de la personnalité décrit dans l'expertise et demandait une réévaluation. L'OAI fait valoir qu'il s'agit d'un fait nouveau et que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215). Considérant que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 24 octobre 2017, la recourante a contesté que l'aggravation du trouble de la personnalité qu'elle présente doive être considérée comme un fait nouveau. Elle relève que bien que le rapport de la Dresse S. _____ ait été établi le 29 août 2017, l'aggravation en question n'est pas intervenue postérieurement à la date du 6 juin 2017. Rappelant la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les appréciations médicales établies postérieurement à la décision litigieuse mais portant sur la situation médicale de l'assuré jusqu'à la date de celle-ci (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014), elle a maintenu ses conclusions.

Le 13 novembre 2017, l'intimé a indiqué que les déterminations du 24 octobre 2017 n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision et qu'il maintenait ses conclusions.

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – comme c'est le cas en manière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 40 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) prévoit que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

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) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA et 40 al. 3 RAI en corrélation avec l'art. 58 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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

9C_1023/2008

du

30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

5. Il y a lieu d'écarter d'emblée l'argumentation de l'intimé selon laquelle l'aggravation du trouble de la personnalité attestée par la Dresse S._____ constituerait un fait nouveau que le juge n'aurait pas à prendre en considération dans la mesure où il s'agirait d'une modification de l'état de fait postérieure à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215). En effet, selon la jurisprudence, l'OAI ne pouvait écarter l'offre de preuve de l'assurée au seul motif qu'elle était postérieure à la décision du 6 juin 2017, des appréciations médicales ultérieures pouvant être

prises en compte dans la mesure où elles portent sur la situation médicale de la recourante prévalant jusqu'à la date de la décision litigieuse (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). Le juge peut toutefois mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148; 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

Dans son expertise du 15 octobre 2015, le Dr T. _____ estime que la capacité de travail médico-théorique de la recourante est entière à compter du 1^{er} janvier 2014, au motif qu'elle a pu en 2014 tenir un emploi, réaliser en parallèle une formation de naturopathe et assumer toutes ses tâches domestiques. Dans le rapport de la Dresse S. _____ du 6 septembre 2016, donc antérieure à la décision litigieuse, on apprend toutefois que l'assurée avait effectivement tenté une reprise de son activité le 1^{er} janvier 2014, alors que l'intéressée avait obtenu un changement de poste, en espérant ainsi pouvoir concilier son état de santé et le stress lié à une activité professionnelle. Malheureusement, malgré des conditions de travail différentes, la recourante avait présenté une rechute sévère entraînant un nouvel arrêt de travail dès le 27 août 2014. La Dresse S. _____ précisait que la récupération avait de nouveau nécessité une année avant que l'état de santé s'améliore pour envisager une reprise à 50 %. Ainsi et contrT. _____, l'assurée n'a pas travaillé durant toute l'année 2014 à son taux d'activité habituel. Courant 2016, la psychiatre traitante a envisagé une reprise d'activité à 50 %, mais le stress provoqué par le refus de l'assurance-invalidité et un premier entretien difficile à l'ORP ont provoqué une rechute sévère des attaques de panique et de l'état anxieux excluant toute reprise d'activité. Ainsi, tant l'aggravation de 2014 que celle de 2016 sont antérieures à la décision litigieuse. Le 29 août 2017, la Dresse S. _____ ajoute que l'évolution depuis le moment de l'expertise du Dr T. _____ démontre une aggravation du trouble de la personnalité décrit dans l'expertise. Malgré des modifications de traitement et une bonne collaboration de la patiente, dans une approche pluridisciplinaire, l'état de santé n'a pas pu être

suffisamment amélioré pour permettre une reprise de travail. Les actes de la vie quotidienne sont même devenus difficiles pour l'assurée et ont nécessité l'intervention d'un infirmier à domicile. Les perturbations que présente actuellement la recourante provoquent selon la Dresse S. _____ des difficultés personnelles et sociales empêchant l'intégration dans une activité professionnelle. Il ne s'agit dès lors pas d'un fait nouveau postérieur à la décision litigieuse.

Il sied par ailleurs de relever qu'à la suite du rapport de la Dresse S. _____ du 6 mai 2016, la Dresse F. _____ du SMR (avis du 20 septembre 2016) avait proposé un complément d'expertise, eu égard au fait que l'expertise datait déjà d'une année et au vu de l'estimation faite par la psychiatre traitante suite à une rechute sévère (capacité de travail exigible de 50 % au maximum pour autant que des mesures de réadaptation permettent de récupérer une telle capacité de travail).

Selon le médecin du SMR, il y avait lieu de cerner les diagnostics et les limitations fonctionnelles psychiatriques actuelles. Le service juridique de l'intimé s'est toutefois opposé à la mise en œuvre du complément d'expertise proposé pour le motif que la rechute ayant entraîné une incapacité de travail ne pouvait être durablement induite du seul fait d'une décision négative de l'AI, sous peine que la notion juridique d'invalidité n'ait plus de sens (avis juriste du 31 mai 2017). Or, la problématique de l'assurée est tout autre. Il ressort en effet des rapports de la Dresse S. _____ des 6 septembre 2016 et 29 août 2017 que la sévère péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente, avec un état anxieux important et des attaques de panique, tient à une aggravation du trouble de la personnalité décrit dans l'expertise du Dr T. _____. Après une première rechute en août 2014, qui avait commencé à suffisamment s'amender pour que la psychiatre traitante puisse envisager une reprise d'activité à un taux de 50 % (rapport du 6 septembre 2016), une nouvelle aggravation s'était déclarée dans le contexte stressant d'un projet de refus de rente de l'OAI et d'un entretien difficile avec les instances du chômage. Or, si on se réfère au rapport de l'expert Dr T. _____, on y lit notamment que l'assurée est vite anxieuse, dépassée par des choses

aussi banales que la modification de ses habitudes, peu tolérante à l'angoisse, que l'état limite abandonnique qu'elle présente entraîne une tendance à la décompensation dépressive et anxieuse lors de la perte d'objets ou de l'atteinte à l'estime de soi, que son alimentation est chaotique, son sommeil addictif (clinophilie), qu'elle présente une absence de libido depuis plusieurs années ainsi qu'un faux-self. Pour autant, au jour de l'expertise, le Dr T._____ estimait que le trouble de la personnalité état limite de type abandonnique avec un faux-self dont souffrait l'assurée n'avait pas une dimension malade. En ce qui concerne la capacité de travail de l'intéressée, il estimait qu'en 2014, elle était probablement entière et qu'au jour de l'expertise, rien n'indiquait qu'elle ait été diminuée en 2015. Pour autant, le Dr T._____ expliquait de façon claire que les troubles de la personnalité connaissent des degrés de gravité différents. Dans ces conditions, l'aggravation du trouble de la personnalité attestée par la psychiatre traitante paraît vraisemblable et sa durée, à tout le moins depuis l'expertise du Dr T._____, va dans le sens d'une incapacité de travail de longue durée. Une réévaluation complète de l'état de santé psychique de la recourante est ainsi nécessaire, comprenant la reprise des tests psychométriques et des discordances entre l'autoévaluation et l'hétéroévaluation.

Au demeurant, on relèvera que si l'expert a pris la peine de demander des compléments d'information à la Dresse S._____ à deux reprises, soit avant d'avoir rencontré l'expertisée et après, on ne connaît pas la teneur de ses demandes. Il ressort toutefois des réponses de la psychiatre traitante qu'elles concernaient principalement la médication administrée à l'assurée et la question du diagnostic différentiel concernant un éventuel trouble de la personnalité. Il n'était pas fait mention de la capacité de travail de la recourante, même s'il ressort clairement des lignes de la psychiatre traitante que celle-ci estimait que le trouble bipolaire peinait à s'améliorer.

Vu ces éléments, il est en l'état impossible de se prononcer définitivement sur le caractère incapacitant de l'état de santé psychique de la recourante.

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante en procédant à une nouvelle expertise psychiatrique, confiée à un expert n'étant pas encore intervenu dans la présente cause, afin de déterminer s'il y a eu une aggravation de l'atteinte psychiatrique que présente la recourante, notamment du trouble de la personnalité, à partir de quand dite aggravation s'est manifestée et quelles incidences elle a eues le cas échéant sur la capacité de travail de l'intéressée.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69

al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un conseil professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 6 juin 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :