

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maud Fragnière, avocate
à Lausanne

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC d'employée de bureau, a travaillé pour le compte de [...] en qualité de gestionnaire de dossiers spécialisée du 1^{er} décembre 2008 au 31 juillet 2009. Depuis lors, elle n'a plus exercé d'activité lucrative, mais a effectué une formation du 24 septembre au 13 décembre 2012 et obtenu un certificat pour l'enseignement du français langue étrangère.

Le 30 avril 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle souffrait d'une dépression, de phobies et d'attaques de panique.

Dans un rapport du 21 juin 2015, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants de trouble panique (F41.0), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.0) et de trouble dépressif récurrent (F33.1). Il a en outre attesté d'une incapacité de travail totale depuis 2009. Il a décrit une patiente épuisée, avec des accès d'angoisse imprévisibles entraînant une agoraphobie secondaire grave. L'intéressée rencontrait des difficultés pour sortir de chez elle et prendre les transports publics et devait par conséquent s'assurer de pouvoir rentrer chez elle rapidement. Elle vivait dans la hantise de revivre des attaques de panique et, pour ce motif, subissait une diminution de son périmètre de déplacement et une restriction de ses relations sociales. Une activité professionnelle hors du domicile n'était pas possible.

Le 15 décembre 2015, le Dr Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 août 2017, l'expert a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail à hauteur de 30 %, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F32.01), existant depuis 2004, étant précisé que l'épisode était proche du

degré moyen. A titre d'atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un trouble panique (F41.0), ainsi qu'une agoraphobie (F40.0). Il a en revanche exclu un trouble de la personnalité, le seuil diagnostique n'étant globalement pas atteint. Seuls des traits de la personnalité émotionnellement labile, type borderline étaient constatés. Au final, l'expert a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle d'employée de bureau depuis le 11 mai 2009.

Par projet de décision du 8 août 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée de son intention de refuser sa demande de rente, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et présentait un degré d'invalidité inférieur à 40 %.

Le 6 septembre 2017, le Dr J._____ a réagi au projet de décision susmentionné qui lui avait été remis par l'assurée. En substance, il a estimé que le Dr H._____ - qui retenait les mêmes diagnostics que lui - avait sous-estimé l'évolution négative de l'état de santé de l'assurée, notamment l'apparition puis l'aggravation de l'agoraphobie et la limitation du périmètre de vie. Pour lui, la capacité de travail de l'assurée était effondrée.

Le Dr Q._____ a, dans un avis du 3 octobre 2017, invité l'OAI à suivre les conclusions du Dr H._____, qui reposaient sur une observation soigneuse et solidement argumentée, nonobstant l'appréciation contraire d'une même situation du Dr J._____.

Par décision du 5 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 août 2017, dont il a repris la motivation.

B. **a)** Par acte déposé par porteur au Tribunal cantonal des assurances sociales le 31 octobre 2017, L._____ a recouru à l'encontre de cette décision, concluant implicitement à son annulation. En substance,

elle s'est plainte de la durée de la procédure administrative et, sur le fond, s'est référée au courrier du Dr J._____ du 6 septembre 2017.

Par réponse du 4 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'avis SMR du 3 octobre 2017.

Dans l'intervalle, L._____ a déposé une demande d'assistance judiciaire le 28 novembre 2017 et a sollicité la désignation de Me Maud Fragnière en qualité d'avocate d'office. Par décision du 11 décembre 2017, le juge instructeur a donné une suite favorable à la requête de la recourante.

Désormais assistée de son conseil, la recourante a complété son acte de recours le 21 mars 2018. A cette occasion, elle a produit une expertise privée diligentée par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A teneur du rapport daté du 14 mars 2018, ce dernier médecin a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F32.01), trouble panique (F41.0), agoraphobie avec attaques de panique (F40.01) et de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). Il a ensuite critiqué l'expertise du Dr H._____, considérant que c'était à tort que ce médecin n'avait pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité, qu'il avait considéré que l'agoraphobie et le trouble panique n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail et qu'il avait nié un trouble de la concentration et de la mémoire. Selon le Dr T._____, le Dr H._____ avait énuméré tout le dysfonctionnement de l'assurée mais l'avait banalisé et ne lui avait pas accordé de caractère significatif sur le plan de la capacité de travail. Il a lui-même estimé que la recourante avait, théoriquement, une capacité de travail exploitable de 20 %, mais que, pratiquement, elle ne présentait pas d'intérêt pour un employeur, au vu de son fonctionnement.

Le 6 avril 2018, la Dresse N._____, médecin au SMR, a estimé que le Dr T._____ se limitait à apporter une appréciation différente de celle du Dr H._____ par rapport à un même état de fait. Il

n'apparaissait aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en considération par l'expert mandaté par l'OAI.

Le 24 avril 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a objecté que le Dr T._____ avait mis en exergue des inexactitudes figurant dans le rapport du Dr H._____, en particulier en lien avec la description de la vie quotidienne de l'assurée.

Les parties se sont encore déterminées par courrier des 8 et 17 mai 2018.

b) Le 28 mai 2018, le juge instructeur a estimé qu'une nouvelle évaluation médicale de l'état de santé de la recourante s'imposait. Une expertise judiciaire a dès lors été mise en œuvre auprès du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 avril 2019, cet expert a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il a relevé que la symptomatologie présente depuis plusieurs années et au moment actuel était incompatible avec une activité professionnelle, pas même pour une activité adaptée ou à temps partiel. La fatigabilité décrite et objectivée, la perte de l'élan vital, l'humeur labile marquée par la tristesse et l'irritabilité, le déclin des capacités cognitives en raison des troubles de la concentration et de la mémoire, les angoisses invalidantes motivant un périmètre de sortie restreinte, ne permettaient pas d'envisager une reprise professionnelle. L'hypersensibilité, l'intolérance à la frustration et l'irritabilité présentes étaient des problèmes majeurs pour l'intégration professionnelle et interpersonnelle. Par ailleurs, la recourante bénéficiait d'un traitement pharmacologique lourd qui avait également des répercussions sur ses capacités cognitives. Pour ces raisons, le Dr G._____ constatait une incapacité de travail totale depuis le mois le 11 mai 2009. Les mesures thérapeutiques en place - dont la recourante était preneuse - étaient adéquates et, à ce stade, ne visaient pas une guérison

mais un soutien et une amélioration de la qualité de vie, dans la mesure du possible.

Dans leurs déterminations respectives, les parties ont adhéré aux conclusions du Dr G._____ (cf. courriers des 7 et 16 mai 2019). L'OAI a en particulier produit un avis SMR du 2 mai 2019, à teneur duquel la Dresse N._____ estimait que l'expertise du Dr G._____ était convaincante, l'expert ayant argumenté sa position et tenu compte des expertises et rapports précédents, expliquant les raisons pour lesquelles il s'en écartait ou les rejoignait.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 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 rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. **a)** Dans le cas d'espèce, l'intimé a, par sa décision litigieuse, rejeté la demande de prestations de la recourante, au motif qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et que son taux d'invalidité était inférieur à 40 %, en se fondant principalement sur l'appréciation du Dr H. _____ (cf. expertise du 5 août 2017). La recourante quant à elle se prévalait de l'avis du Dr T. _____ pour asseoir une incapacité de travail totale (cf. expertise privée du 14 mars 2018).

Toutefois, à l'issue de l'expertise judiciaire mise en œuvre par la Cour de céans, les parties se sont toutes deux ralliées aux conclusions du Dr G. _____, qui a estimé que la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis le mois de mai 2009.

Dans son rapport du 5 avril 2019, le Dr G. _____ a établi une anamnèse complète, se fondant plus particulièrement sur les entretiens réalisés les 4, 11 et 21 janvier 2019 avec la recourante, ainsi que sur l'entretien téléphonique avec le Dr J. _____ en date du 15 février 2019. La motivation concernant les diagnostics retenus, de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et le Dr H. _____ au sujet du trouble de la personnalité font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Ses conclusions corroborent au demeurant l'analyse effectuée par le Dr T. _____.

En outre, le Dr G. _____ a exposé de manière convaincante pourquoi il constatait une incapacité totale de travail, compte tenu des indicateurs auxquels se réfère la jurisprudence relative à l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de troubles psychiques. Il a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il a précisé que le tableau clinique était cohérent

avec ces diagnostics et expliqué que la recourante était conforme à son traitement, qui visait uniquement une amélioration de la qualité de vie et non, en l'état, une guérison. Il a fait état des ressources particulièrement limitées de l'intéressée, tant sur le plan psychique que social, ainsi que des limitations importantes auxquelles elle était confrontée sur les plans physique, psychique et social également. Au final, les constatations du Dr G._____ relatives aux répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués sur la capacité de travail de la recourante sont dépourvues de contradictions et emportent la conviction. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. Le rapport d'expertise du Dr G._____ du 5 avril 2019 peut par conséquent se voir conférer une pleine valeur probante.

b) Partant, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail depuis le mois de mai 2009. Compte tenu du fait qu'elle a déposé sa demande de rente auprès de l'Office de l'assurance invalidité en date du 30 avril 2015, elle peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2015 (cf. art. 29 LPGA).

5. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il alloue à la recourante une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2015.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'600 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA

[tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Ce montant comprend les frais d'expertise du Dr T._____ (art. 45 al. 1 LPGA ; ATF 115 V 62 ; Anne-Sylvie Dupont/Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 13 ss ad art. 45 ; Jean Métral, Commentaire romand *op. cit.*, n° 27, 28 et 98 ad art. 61). L'expertise privée a en effet contribué à l'instruction et à mettre en évidence certaines lacunes de l'expertise diligentée par le Dr H._____, ainsi que la nécessité d'une expertise judiciaire.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à L. _____ une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} octobre 2015.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera 4'600 fr. (quatre mille six cents francs) à L. _____, à titre de dépens.

- IV. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Maud Fragnière (pour L. _____) ;
- 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).

La greffière :