

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2019

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral, juge et Küng, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représenté par Me Sophie Leuenberger, à Lausanne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI et l'art. 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, a suivi une formation d'infirmière. Engagée en cette qualité au sein de la clinique [...], elle s'est trouvée en incapacité de travail dès le 12 octobre 2011. Le 5 mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant des lombalgies, des cervico-brachialgies ainsi qu'un état dépressif.

Après avoir procédé à l'instruction du dossier et alloué des mesures d'ordre professionnel, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par projet de décision du 8 juin 2015, indiqué à l'assurée son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, retenant une perspective de gain dans une activité adaptée (soit pas de posture en porte-à-faux du tronc et en flexion et torsions répétées du rachis ; port de charges limité à 5 kilos ; éviter les positions statiques immobiles ; alterner les positions ; pas de travail à la chaîne) au moins équivalente à celle qui était la sienne en bonne santé. L'office AI a ainsi conclu en l'absence de préjudice économique.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en produisant notamment des rapports médicaux établis par le professeur F._____ (rapport du 15 juin 2015), le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie (rapports des 20 mars 2014 et 5 août 2015) et le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapports des 29 juillet 2015, 31 décembre 2015 et 31 décembre 2015 et 4 février 2017).

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assurée, l'OAI a ordonné l'établissement d'un examen médical approfondi (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) qu'il a confié au [...] ([...]). Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 septembre 2017, les Drs C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de

travail des cervicalgies sur discopathies C4-C5 et C5-C6. Concernant les diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, ces médecins ont évoqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, des dorsalgies communes sur spondylose dorsale symptomatique depuis 2011, des lombalgies communes sur syndrome algodysfonctionnel L2-L3, une épicondylite du coude gauche depuis 2015, une périarthrite de la hanche gauche depuis 2011, un syndrome du compartiment antérieur du genou gauche depuis 2016 ainsi qu'une hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune de Hashimoto découverte en 2004. Les médecins du [...] ont retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique, l'assurée n'étant par ailleurs aucunement entravée sur le plan psychique. Les Drs C._____ et G._____ ont notamment mentionné les éléments suivants :

Sur le plan psychique, spontanément l'expertisée mentionne des douleurs cervicales depuis 2011 irradiant aux épaules et jusque dans les mains. Des douleurs des hanches bilatérales irradiant dans les membres inférieurs, des céphalées. Sur le plan purement psychique, l'expertisée mentionne être tendue et soucieuse en lien avec sa situation socio-économique et professionnelle.

L'anamnèse retrouve une symptomatologie anxieuse (intensité faible) et dépressive (faible) fluctuante réactionnelle, en lien avec la symptomatologie douloureuse.

L'examen psychiatrique retient que l'humeur est anxieuse (intensité faible) et dépressive (Intensité faible). Il n'y a pas de troubles cognitifs.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expertisée se décrit comme douloureuse triste et anxieuse. Il existe un certain sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique dans un contexte de conflit émotionnel. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. L'expert rhumatologue ne retrouve pas les triggers points habituels de fibromyalgie. Il note qu'elle souffre de rachialgies sur modifications dégénératives modérées des segments vertébraux selon l'imagerie. En surcharge, ces modifications sont capables de provoquer des douleurs susceptibles de justifier une incapacité temporaire de travail. C'est surtout le cas pour la colonne cervicale dont les lésions s'avèrent plus importantes que celles des autres segments. Par contre, elles ont toutes l'avantage de bénéficier d'un traitement et de voir leurs douleurs, si ce n'est disparaître totalement, en tout cas diminuer de façon significative. Elles n'expliquent, à elles seules, ni l'importance ni la persistance de l'intensité douloureuse.

La jurisprudence du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C_492/2014) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques nous amène à prendre en considération les éléments suivants. On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il n'y a pas de notion de carence affective, il n'y a pas de notion de maltraitance, il n'y a pas de notion d'agressions. L'expertisée dispose d'un réseau social et familial efficient. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

Par décision du 5 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 juin 2015 et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. a) Par acte du 9 novembre 2017, K._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Sophie Leuenberger, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 12 octobre 2012, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité fixée en fonction des conclusions de l'expertise psychiatrique, plus subsidiairement encore à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle contestait en substance les conclusions prises par le Dr G._____ dans le cadre de l'expertise diligentée par l'OAI ainsi que le revenu d'invalidité retenu dans le cadre de la comparaison de ses revenus.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical du 3 novembre 2017 établi par le Dr T._____, dont la teneur est la suivante :

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant que j'ai posé en 2015 a été retenu par les experts. Par contre, il est considéré par les experts comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Cette appréciation subjective des experts est basée sur le fait que la patiente ne se lève qu'une seule fois pendant la consultation ou qu'elle ne prend pas d'antalgiques. Il n'est par exemple pas tenu compte que la patiente a interrompu son activité professionnelle en octobre 2011 après seulement 4 mois d'activité en raison de ses douleurs (p14). Enfin, l'évaluation de la capacité fonctionnelle sur la base d'un examen rhumatologique standard n'a aucun sens dans un syndrome douloureux somatoforme persistant, puisque par

définition l'examen peut être parfaitement normal. Ce sont des scores de qualité de vie ou de détresse psychologique comme le SF-36 ou le SCL-90-R qui devraient être utilisés. Ces examens n'ont pas été réalisés à ce jour. Mon appréciation montre que la patiente est gênée pour toute une série d'activités en relation avec ses douleurs, que ce soit non seulement le port de charges ou certaines positions, mais en plus des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, de la mémoire et de la fatigue liés aux douleurs. Il existe donc toute une série d'éléments qui montrent que la capacité fonctionnelle est diminuée chez cette patiente avec une répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan thérapeutique, l'expert est d'avis qu'aucun traitement susceptible de juguler la symptomatologie douloureuse n'a été prescrit. Cette affirmation est discutable. En effet, la patiente a essayé des antalgiques dans le passé, sans effet. Comme il n'existe en plus aucune preuve scientifique de l'efficacité des antalgiques dans un syndrome douloureux somatoforme persistant, il est normal que la patiente les ait interrompus. Dès lors, l'étonnement de l'expert (p31) concernant l'absence inhabituelle de prise d'antalgiques chez cette patiente est discutable. Cette patiente a recours à toute une série de traitements dont l'efficacité est nettement supérieure aux antalgiques, telles que la méditation (Goyal M. et al. JAMA Intern Med. 2014 ; 174(3) : 357-368) ou l'activité physique. Un traitement antidépresseur serait par contre indiqué : la sertraline introduite en août 2015 n'a pas été supportée par la patiente. Le traitement qui a fait les preuves de son efficacité dans le trouble somatoforme est la psychothérapie, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (p. ex Koelen JA et al. Br J Psychiatry 2014 ; 204 : 12), d'où mes multiples démarches pour mettre en place un suivi psychiatrique chez cette patiente. Je suis d'avis que les échecs de suivi psychiatrique chez cette patiente sont liés à une structure psychique extrêmement fragile.

Sur le plan psychique, l'anxiété et la dépression sont considérées comme d'une intensité faible, alors que l'expert relève que la patiente se décrit comme triste, déprimée de manière constante, ayant des troubles de la concentration et de la mémoire, un avis pessimiste sur son avenir et perte de confiance (p16). A noter une dépression en 2012 (p8). L'évaluation du Dr [...] (p9) suite à un stage relève le besoin d'un soutien important, un manque d'indépendance, un problème de compréhension de consignes simples malgré des explications répétées, des erreurs répétées nécessitant une supervision constante et une absence d'initiative. L'examen neuropsychologique du 17.12.2013 (p9-10) décrit un fonctionnement psychique particulier, relevant que les aspects relationnels et psychiques doivent probablement également être pris en considération. Le rapport de la psychologue (p10) du 24 janvier 2014 montre des résultats faibles et une lenteur de réflexion avec des résultats dans la moyenne inférieure de personnes issues de VSO. Dans son anamnèse (p21), le médecin constate des réponses digressives. Ces éléments ne sont pas compatibles avec une activité d'infirmière, signe d'une détérioration psychique chez cette patiente. Enfin, les experts ne semblent avoir contacté aucun des médecins et psychologues qui ont suivi la patiente, notamment pour étayer leur évaluation

psychiatrique. L'ensemble de ces éléments n'a pas été pris en compte par les experts dans leur conclusion.

Il est largement démontré scientifiquement qu'il existe un lien entre trouble somatoforme et anxiété ou dépression (par exemple : De Waal et al. British Journal of Psychiatry Jun 2004, 184 (6) 470-476). Dès lors, une évaluation psychiatrique plus poussée aurait dû être faite avant de conclure à l'absence de pathologie psychiatrique chez cette patiente.

Plusieurs éléments pourtant relevés par les experts dans leur expertise ne sont pas repris dans les conclusions, notamment sur le plan psychiatrique. Je me permets de souligner que contrairement à l'évaluation physique, aucun rapport concernant l'évaluation psychiatrique de la patiente n'était à la disposition des experts. D'ailleurs, à ma connaissance aucun médecin psychiatre n'en a fait à ce jour, ce qui est une lacune importante à l'ensemble de l'évaluation de cette patiente. Le seul diagnostic évalué par les experts comme ayant une répercussion sur la capacité de travail concerne les cervicalgies. Les experts n'ont pas tenu compte des nombreux troubles psychiques, pourtant mentionnés à plusieurs reprises dans ce rapport, et que j'ai moi-même constaté.

Pour ma part, je maintiens ma position d'une incapacité de travail à 100% et la nécessité d'un suivi psychiatrique, qui pourrait, d'ici quelques années, permettre à la patiente de reprendre une activité à 50%. J'avais initialement estimé que Mme K._____ était inapte au travail à 50%, mais ceci était lié au manque d'évaluation psychique de la patiente en l'absence de suivi psychiatrique. Je pensais que certains éléments étaient liés à la langue maternelle étrangère de cette patiente, alors que ce n'est pas le cas. Mon évaluation récente est qu'il existe chez cette patiente un trouble psychiatrique entraînant une incapacité de travail de 100%. Dans ce contexte, je considère qu'une expertise psychiatrique, avec une batterie de tests psychologiques, est absolument nécessaire, par exemple dans un centre universitaire. Ceci permettra d'évaluer de manière claire la symptomatologie psychique de cette patiente et ses répercussions sur sa capacité de travail.

b) Par réponse du 8 février 2018, l'OAI a, au vu des éléments amenés par le Dr T._____, conclu à la mise en œuvre d'un complément d'expertise, à effectuer par le [...].

c) Répliquant en date du 9 avril 2018, K._____ a persisté dans ses conclusions, soutenant que l'appréciation du Dr T._____ était pleinement probante, si bien qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. Si une telle valeur probante devait ne pas être reconnue par la Cour de céans, l'assurée soutenait l'établissement d'une expertise

judiciaire avec spécialité de psychiatrie, un complément effectué par le [...] étant à ce titre insuffisant.

d) Dupliquant en date du 1^{er} mai 2018, l'OAI a retenu qu'en l'état du dossier, il n'était pas justifié de mettre en place une expertise psychiatrique auprès d'un autre expert. L'office AI relevait également que les conclusions du Dr T._____ ne pouvaient pas être suivies avant d'être confirmées par le résultat d'investigations supplémentaires.

e) En date du 17 juillet 2018, le magistrat instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont l'établissement a été attribué à la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

f) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 février 2019, la Dresse H._____ a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de fonctionnement psychique disharmonieux, évocateur d'un trouble envahissant du développement de type séquelles de psychose infantile, ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de notions anamnestiques de burn-out et de mobbing, survenus dans le cadre de l'activité professionnelle, actuellement en rémission complète. Au titre d'appréciation du cas, l'experte a mentionné les éléments suivants :

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme orientée et collaborante ; élégamment vêtue, elle semble presque en tenue du soir. Après une certaine méfiance au premier contact, elle laisse l'impression d'une personne heureuse, bien dans sa peau, sportive et entretenant des contacts sociaux aisés.

Toutefois, bien que Madame K._____ acquiesce et qu'elle réponde aux questions qui lui sont posées, l'observation attentive révèle un tableau moins avantageux : sur un discours circonstancié dont la logique n'est pas toujours aisée à suivre, l'intéressée prétend avoir compris les propos qui lui sont tenus, alors que son attitude par la suite révèle une absence d'intégration de ceux-ci. Elle en devient démunie, régressée et demandeuse de répétition. Bien que la recherche d'une psychose ne montre aucun signe floride de ce type d'atteinte, un discours plaqué (semble avoir appris par cœur certaines phrases qu'elle aurait pu entendre), une confabulation de récits idéalisés (dépeint sa vie comme un conte de fées), la présence d'angoisses déstructurantes, une structure identitaire fragmentée, des

instants de perplexité et un apragmatisme sont fortement évocateurs d'un fonctionnement psychotique sous-jacent. Les lacunes laissées dans l'anamnèse et dans la description du réseau social pourraient dissimuler bien plus d'échecs qu'annoncé, laissant en réalité l'expertisée dans une solitude affective. Ainsi, en l'absence d'éléments hallucinatoires ou délirants, ce tableau clinique est évocateur d'un trouble envahissant du développement, de type séquelles de psychose infantile. Cette observation peut aussi être suggérée par l'ampleur de l'hétérogénéité des résultats QI observés dans les tests (WAIS-IV), consignés Madame P. Bodmer dans son rapport du 17 décembre 2013.

Au vu de ce fonctionnement psychique particulier, des *tests spécifiques* ont été demandés à Madame M. [...], lic. & dipl. psych., psychologue spéc. FSP en psychologie clinique et en psychothérapie. Après avoir examiné l'intéressée le 9 janvier 2019 (Rorschach et TAT), ses observations (rapport du 11.02.2019 joint en annexe) ont mis en évidence deux niveaux de fonctionnement : l'un reluisant en surface, l'autre très peu structuré, renvoyant à un soubassement fragile sur un mode psychotique. L'examinée montre une image d'elle à forte composante narcissique dans son contact superficiel, donnant une impression de réussite sociale et de performance, alors qu'aucune intégration ne se met en place avec les organisations psychiques profondes. Ces caractéristiques rendent cette femme démunie dans les échanges relationnels, alors que l'importance du décalage entre ce qu'elle peut souhaiter et ses capacités réelles la rend désemparée ; elle en recherche une présence rassurante auprès d'elle. Inévitablement, le caractère irréaliste de l'ampleur de ses attentes est systématiquement suivi d'échecs et de déceptions.

L'interprétation pratique de ces résultats, qui concorde avec le status observé à l'examen clinique, révèle que Madame K. _____ est atteinte d'une anomalie constitutionnelle de son fonctionnement psychique, qui ne lui donne pas les moyens de relier correctement ce qu'elle entend avec les connaissances qui lui sont acquises. Ce défaut la prive des moyens de comprendre les consignes dans l'exercice d'une profession, de traiter adéquatement les informations reçues et de prendre des décisions pertinentes.

En ce qui concerne *l'exigibilité professionnelle*, il y a d'abord lieu de relever que rien ne prouve que l'explorée, dans son parcours, ait pu être fonctionnelle durant plus de quelques mois dans le même poste (l'anamnèse précise a été impossible à obtenir). Confrontée, l'intimée s'est limitée à reconnaître qu'elle n'a pas toujours apporté satisfaction à ses employeurs et elle a admis avoir fait l'objet de mutations à l'interne dans les services hospitaliers où elle a officié. L'examinée n'a donc pas forcément pu, dans son parcours, durablement assumer son cahier des charges dans aucun des postes qu'elle a exercés.

Avec cette optique, l'échec des tentatives de réinsertion à l'USST peut être expliqué par des motifs d'ordre psychiatrique. Les tensions relationnelles survenues avec le supérieur puis avec le coach n'ont

en conséquence qu'ajouté un facteur de stress, qui a pu réduire encore les capacités de répondre aux demandes.

L'échec des deux autres tentatives de réinsertion (comme assistante médicale et comme codeuse) qui a suivi est congruent avec l'atteinte à la santé observée.

Quant aux *plaintes douloureuses*, mentionnées par les divers médecins examinateurs comme attribuables un trouble somatoforme ou à une fibromyalgie, le recul actuel permet de les inclure dans l'atteinte psychiatrique à la santé. Il ne s'agit donc pas de douleurs sans substrat morphologique.

En conséquence, il y a lieu de reconnaître que l'atteinte à la santé psychiatrique de l'expertisée justifie médicalement la reconnaissance d'une incapacité de travail totale et durable, dans toute activité.

La décision de suspension du versement des prestations AI au 31 mai 2015 peut donc être reconsidérée sous le motif d'un fait nouveau.

Quant aux *propositions thérapeutiques*, comme ce type d'atteinte à la santé ne répond que très mal à une prise en charge spécialisée comme à la prescription d'un traitement psychopharmacologique, seule l'organisation d'une existence paisible, sans stress et sans contrainte professionnelle, permet une bonne stabilisation des symptômes. Le pronostic n'allant en général pas vers l'amélioration, les révisions ultérieures pourront être fixées à des délais lâches.

g) Dans ses déterminations du 14 mars 2019, l'OAI a constaté que l'on pouvait admettre l'incapacité de travail totale de l'assurée dans toute activité depuis le 12 octobre 2011.

h) Dans ses déterminations du 3 avril 2019, l'assurée a conclu à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 12 octobre 2011. Les conclusions de l'expertise judiciaire ne laissent aucune place au doute quant à l'atteinte psychiatrique dont elle souffrait, respectivement à ses répercussions sur sa capacité de travail.

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) 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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 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).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) 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).

b) 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).

5. a) En l'occurrence, les conclusions du rapport d'expertise du 28 septembre 2017 établi par les médecins du [...] entrent en contradiction avec les éléments relevés par le Dr T. _____ dans ses rapports des 8 septembre 2017 et 3 novembre 2017, tant sous l'angle des diagnostics retenus que sous l'angle de la capacité de travail de la recourante. A la lecture du rapport du [...], force est de constater que dit rapport contient plusieurs éléments contradictoires, spécialement concernant son volet psychiatrique. On relèvera notamment que les médecins du [...] rapportent une symptomatologie anxieuse et dépressive, constatations relayées par le Dr T. _____, sans pour autant retenir un diagnostic. La motivation permettant de conclure, sur le plan psychique, en une pleine capacité de travail apparaît en outre comme particulièrement succincte, ne contenant aucune analyse circonstanciée du status psychiatrique et ne décrivant pas les ressources qui permettraient à la recourante d'assumer une activité professionnelle à 100%. Une telle analyse, lacunaire, et contredisant d'autres éléments médicaux présents au dossier, ne pouvait emporter la conviction. L'établissement d'une expertise judiciaire psychiatrique était ainsi justifié.

b) Concernant le rapport d'expertise psychiatrique du 12 février 2019 établi par la Dre H. _____, il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu de cette expertise. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues résultent d'une analyse complète de la situation médicale, tant objective que subjective. Elles reposent sur une anamnèse complète, contenant notamment une description précise et exhaustive du status psychiatrique de la recourante et de son quotidien. L'appréciation

du cas est développée à satisfaction et se révèle convaincante. L'experte a en outre demandé l'établissement de tests spécifiques à Mme [...], psychologue spécialisée en psychologie clinique et en psychothérapie, lesquels ont été intégrés à la motivation présentée. Elle expose de manière convaincante les répercussions de la pathologie retenue sur la capacité de travail de la recourante. Au surplus, rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions prises par la Dre H._____, l'office intimé se ralliant d'ailleurs à la position de l'experte. Aussi convient-il de retenir que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité par des motifs psychiques depuis le mois d'octobre 2011.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à la recourante à partir du 1^{er} octobre 2012 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 3'000 fr.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

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 réformée en ce sens que K._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2012.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Leuenberger, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :