

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise, D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est séparée et mère de deux enfants nés en [...] et [...]. Elle a travaillé dans la vente jusqu'en 2013. Le 19 mars 2015, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant souffrir d'épilepsie depuis 2002.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des intervenants consultés par l'assurée (rapport du 25 mars 2015 du Dr G._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 3 juin 2015 de la psychologue P._____ ; rapport du 4 août 2015 des Dres M._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____ ; rapport du 15 septembre 2015 de la section d'addictologie du département de psychiatrie du CHUV).

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité sur les renseignements récoltés (avis du 18 mai 2016) puis recueilli des renseignements médicaux complémentaires (rapport du 23 mai 2016 du Dr G._____) qu'il a ensuite soumis au SMR (avis du 7 juin 2016), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise neurologique au Dr W._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 13 janvier 2017, cet expert a retenu les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - d'anamnèse d'épilepsie myoclonique juvénile (inactive actuellement) et de troubles attentionnels-mnésiques isolés, dans un contexte dépressivo-anxieux et traitement à la méthadone après sevrage de Tramal®. En guise de conclusions, cet expert n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan neurologique organique, mais les troubles cognitifs fonctionnels avec absence dissociative, en tenant compte également de la prise chronique de méthadone, justifiaient un bilan psychiatrique.

Suivant l'avis de son médecin-conseil de juin 2016, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ce médecin a retenu les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - de troubles dissociatifs (de conversion ; [F44]) et de traits de la personnalité histrionique (F60.4). Il a notamment estimé que l'importante fatigue, l'amnésie et les troubles cognitifs légers observés étaient vraisemblablement la conséquence de la prise de méthadone et d'autres médicaments. En guise de conclusions, il n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise du 12 janvier 2018).

Après avoir soumis les expertises précitées au SMR (avis du 6 février 2018), l'OAI a, par projet du 14 février 2018, informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, motif pris qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante susceptible d'entraver l'exercice d'une activité professionnelle.

A l'appui de ses objections du 27 février 2018, complétées les 14 juin et 31 août 2018, l'assurée, par son représentant, a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 27 août 2018 établi par la Dre F._____, dans lequel ce médecin a répondu comme suit aux questions de l'avocat :

Question n° 1

Diagnostics :

- Trouble de stress post-traumatique (F43.10) à expression retardée avec des symptômes dissociatifs
- Trouble dépressif récurrent
- Anxiété généralisée
- Troubles attentionnels, de mémoire du travail et de mémoire antérograde, symptomatologie dysexécutive et ralentissement psychomoteur
- Syndrome de dépendance aux opiacés (chlorydrate et tramadol) abstinente sous traitement de substitution à la Méthadone
- Suspicion d'une épilepsie généralisée versus syndrome fonctionnel
- Myoclonies d'endormissement
- Migraine sans aura

- Lombosciatalgies chroniques sur discopathie L5-S1 et sténose foraminale gauche modérée sans troubles neurologiques.

Question n° 2 et n° 3

Mme D. _____ est suivi[e] à ma consultation depuis le 28.11.2006 et au service d'addictologie au CHUV depuis 2007.

Depuis mon dernier rapport AI daté du 4.8.2015 les interprétations concernant les troubles neurologiques ont changé selon l'avis de la consultation spécialisée d'Epileptologie (service de neurologie, CHUV), puis l'avis du Dr J. _____ (neurologue à [...]).

Les deux avis convergent dans le même sens avec des hypothèses qui réfutent des crises d'épilepsie et parlent en faveur d'un syndrome fonctionnel qui renforce le diagnostic psychiatrique des troubles dissociatifs. Ces différentes conclusions sont possibles grâce à plusieurs années de suivi et aussi par des discussions en réseau avec les spécialistes du service de psychiatrie qui suivent Mme D. _____ depuis longtemps.

J'ai pu constater des difficultés psychiques que peut présenter la patiente lors de la prise des rendez-vous spécialisés. Mme D. _____ présente des problèmes attentionnels et mnésiques lorsqu'elle doit prendre un rendez-vous et trouver un chemin. Dans ce contexte les consultations sont souvent organisées avec la famille vu l'absentéisme par l'oubli et/ou peur, l'incapacité de pouvoir aller seule (ne trouve pas le chemin dans les moments stressants) et d'être rassurée par quelqu'un de connu vu l'état d'angoisse ressenti, manque de concentration, réponses floues et/ou sur adaptées lors des entretiens.

Parallèlement, j'ai eu également des difficultés pour continuer les investigations neurologiques proposé[e]s par les spécialistes à cause des angoisses et de l'attitude évitante de la patiente.

Question n° 4

Mme D. _____ n'est pas capable de reprendre une activité professionnelle quelconque à cause des troubles sévères psychiques liés surtout à son état de stress post traumatique avec des symptômes dissociatifs, anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent. Vu les symptômes liés à son diagnostic (déréalisation, dépersonnalisation, des difficultés de mémoire et attentionnelles, des crises d'angoisse fréquentes, hypersensibilité au stress, évitement persistant, agressivité verbale dans le contexte d'autorité, pensées envahissantes et cauchemars avec des scènes vécues), la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance est très limitée. Parallèlement une activité physique n'est pas possible non plus vu les nombreuses restrictions liées à des lombosciatalgies chroniques qui l'ont amené à la dépendance du Tramadol dans le passé.

Question n° 5

Mme D. _____ présente une incapacité de travail à 100 % dans la dernière activité exercée et aucune activité est possible à long terme.

Question n° 6

Vu la sévérité des troubles neuropsychiques et l'évolution défavorable depuis des années la reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable. Une réinsertion n'est également pas possible vu toute la symptomatologie décrite auparavant. A souligner que cette incapacité a été aussi observé[e] lors de la mesure de réinsertion réalisée par le chômage (troubles de mémoire et attentionnelles, désorganisation, se perd sur le chemin, oublis fréquents accompagnés d'absences).

Malheureusement, je ne peux que constater la sévérité de symptômes qu[e] présente Mme D. _____ ainsi que l'évolution défavorable jusqu'à présent. Vu la gravité de son diagnostic, actuellement on peu[t] certifier qu'aucune amélioration à long terme n'est envisageable.

Nous préconisons pour le maintien d'une certaine stabilité psychique la poursuite de son suivi psychique à long terme et un suivi somatique intégré ;

- un rapport du 27 août 2018, dans lequel les intervenants de la Polyclinique d'addictologie du CHUV ont retenu les diagnostics de stress post-traumatique (enfance et adolescence), de trouble dépressif récurrent (2001), d'attaque de panique (2015) et de troubles attentionnels de mémoire de travail et de mémoire antérograde, symptomatologie dysexécutive et ralentissement psychomoteur (2015). Se distançant de l'évaluation du Dr C. _____, ce rapport se termine comme suit :

A ce jour, nous constatons que l'état psychique de Mme D. _____ ne lui permet pas de tendre vers une vie professionnelle stable suite aux dernières tentatives de réinsertion et aux dysfonctionnements dont elle doit tenir compte au quotidien.

Madame D. _____ ressent le besoin de se construire un avenir le plus sécurisé possible. Les bénéfices secondaires dont aurait pu bénéficier Mme D. _____ sur le plan financier et d'ordre affectif semblent bien minimes à l'égard de l'impact que la manifestation de ces troubles a eu sur son développement et sur le développement de sa propre famille ces 20 dernières années.

En effet, nous relevons une sévérité des symptômes qui, bien que mal expliquée jusqu'ici d'un point de vue diagnostic, laisse peu de place à une amélioration. De plus, nous notons que Mme D. _____ est suivie depuis 2008 de façon régulière par des psychothérapeutes sensibles aux question[s] de traumatologie et que les objectifs visés sont d'ordre de la stabilisation des symptômes. A ce sujet, le Dr C. _____ mentionne dans son expertise : « il n'y a pas d'option thérapeutique à proposer ». Nous dirons plutôt que la poursuite du suivi est recommandée avec un objectif à long terme de stabilisation de la problématique post-traumatique, mais qu'il n'y a pas, à ce stade, de retour à l'emploi possible.

Après avoir recueilli les déterminations du SMR (avis du 29 septembre 2018), l'OAI a, par décision du 6 décembre 2018, rejeté la demande de prestations.

B. **a)** Par acte déposé le 28 janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, D._____, représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre la décision du 6 décembre 2018, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015. En substance, l'assurée reprochait à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr C._____. Elle estimait que le rapport de la Polyclinique d'addictologie du CHUV versé au dossier justifiait de poursuivre l'instruction médicale.

b) Dans sa réponse du 29 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du Dr C._____, estimant que les critiques de l'assurée n'étaient pas de nature à modifier sa position.

c) Dans sa réplique du 25 juin 2019, D._____ a confirmé ses précédentes conclusions.

d) Le 24 février 2020, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

e) Le Dr V._____ a rendu son rapport le 23 juin 2020. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, épisode isolé, de gravité légère (F32.0), de trouble panique (F41.0), d'agoraphobie (F40.0), d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble de conversion (F44.5 / F44.4), de trouble de l'usage des opiacés (F11.99), de trouble de l'usage des benzodiazépines, léger (F13.10), de trouble de l'utilisation du tabac, léger (Z72.0) et de traits de personnalité limite, décompensés (F60.3). Il a fait état du caractère incapacitant des six premiers diagnostics posés et précisé que les traits de personnalité limite décompensés avaient « un

impact majeur sur l'ensemble des troubles ». En guise de conclusions, il a retenu que la capacité de travail était nulle depuis la perte du dernier emploi exercé en 2013. Les limitations fonctionnelles principales étaient les suivantes : faible capacité adaptative, degré d'autonomie insuffisant, bas seuil de tolérance au stress, perte significative de la confiance en soi, incapacité à porter des charges de plus de cinq kilos, diminution de l'endurance, fluctuations de l'humeur avec impact sur la motivation, atteinte cognitive attentionnelle et mnésique, ainsi que baisse de rendement avec besoin de fractionner les activités. L'expertise était complétée par un rapport d'examen du 17 février 2020 du neuropsychologue A. _____, lequel avait mis en évidence une baisse de rendement de 50 % en raison des seuls troubles cognitifs et attentionnels.

f) Dans ses déterminations du 17 août 2020, D. _____ a informé ne pas avoir de commentaires particuliers sur les conclusions de l'expertise judiciaire et conclu, une nouvelle fois, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015.

g) Dans ses déterminations du 19 août 2020, l'OAI a admis l'incapacité de travail totale dans toute activité retenue par l'expert judiciaire.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation.

3. a) 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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. Aux termes de l'art. 29 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 (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

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. 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).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 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) Sur le plan somatique (neurologique), l'expertise confiée au Dr W._____ a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'anamnèse d'épilepsie myoclonique juvénile (inactive actuellement) et de troubles attentionnels-mnésiques isolés, dans un contexte dépressivo-anxieux et traitement à la méthadone après sevrage de Tramal®. En l'absence de trouble neurologique organique, cet expert a estimé que la capacité de travail était entière. Il a précisé toutefois que les troubles cognitifs fonctionnels avec absence dissociative, en tenant compte également de la prise chronique de méthadone et des malaises décrits, nécessitaient de réaliser un bilan psychiatrique.

Sur le vu de cet avis expertal concluant (voir également le rapport de la Dre F._____ du 27 août 2018), selon lequel les anomalies cognitives relevées dans le bilan neuropsychologique et les malaises décrits étaient à mettre en relation avec l'état psychologique de la recourante, il y a lieu de constater que la recourante dispose, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail.

b) Sur le plan psychiatrique, il n'était pas possible, au vu des différentes pièces versées au dossier, de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, justifiant ainsi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Si, dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2018, le Dr C._____ estimait que la problématique psychique ne provoquait pas de

limitations fonctionnelles qui empêchaient la recourante de travailler, la Polyclinique d'addictologie du CHUV et la Dre F. _____ considéraient pour leur part que l'état psychique de la recourante ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle.

c) Il convient de constater qu'il n'est pas possible d'attribuer une quelconque valeur probante au rapport d'expertise établi le 12 janvier 2018 par le Dr C. _____, tant les lacunes de ce document sont importantes.

aa) A titre liminaire, il convient de relever que l'expert s'est limité à répondre au « catalogue de questions » qui lui avait été transmis le 11 septembre 2017 par l'intimé. Or ce document ne peut constituer tout au plus qu'un questionnaire complémentaire et ne saurait se substituer à un rapport d'expertise structuré et rédigé conformément aux lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Il ressort en effet de la lecture de ce « catalogue » que celui-ci est très étroitement calqué sur les indicateurs développés par la jurisprudence pour examiner le caractère invalidant de troubles psychiques (ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418). Cela étant, ledit « catalogue » a essentiellement pour but de recueillir des informations destinées à mettre en évidence l'existence de ressources et de capacités résiduelles et présente un caractère unilatéral très marqué. Il consiste principalement en un processus descriptif et ne contient que peu de véritables questions. Ainsi peut-on douter que ce questionnaire garantisse à lui seul une approche neutre et objective de la situation de la personne expertisée. A cela s'ajoute que certaines « questions » sont formulées de façon peu intelligible (« Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré »), voire parfois tendancieuse (« Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur »).

bb) Comme cela a été évoqué au considérant précédant, l'expertise ne respecte pas, d'un point de vue structurel, les lignes

directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Ainsi peut-on s'étonner que l'expert mélange sous un même chapitre des éléments anamnestiques et la synthèse des principales pièces du dossier. En ce qui concerne plus particulièrement l'anamnèse, il y a lieu de constater la pauvreté des renseignements recueillis au regard des faits de maltraitance décrits par la recourante. Il n'y a par ailleurs aucun exposé des plaintes de la recourante, élément pourtant essentiel à l'orientation de l'analyse diagnostique du cas.

cc) Sur le fond, on peut relever l'absence de discussion structurée des diagnostics. En l'absence de renvoi aux éléments anamnestiques ou aux observations cliniques effectuées, on ignore sur quels éléments précis l'expert a retenu ou écarté tel ou tel diagnostic. Il se contente de poser les diagnostics de troubles dissociatifs (de conversion) et de traits de la personnalité histrionique sans fournir d'explications précises sur le processus psychopathologique à l'origine des symptomatologies. S'agissant des troubles dissociatifs en particulier, l'argumentation de l'expert se limite à citer des généralités issues de la littérature médicale, sans procéder à une contextualisation. Il convient par ailleurs de s'étonner de l'absence de discussion des autres pièces médicales versées au dossier. Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée – soit l'évocation d'un syndrome dissociatif par les psychiatres traitants, puis sa confirmation au moment de l'expertise neurologique en janvier 2017 –, il était indispensable que le Dr C._____ discute le contenu des évaluations psychiatriques et neuropsychologiques au dossier et prenne position de manière circonstanciée sur les problématiques évoquées. On peut au surplus regretter que l'expert, qui n'a vu la recourante qu'à une seule reprise, n'ait pas pris le temps pour échanger avec les médecins traitants au sujet de ses conclusions pourtant nettement divergentes.

dd) De fait, il y a lieu de retenir que les conclusions auxquelles parvient le Dr C._____, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire, ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été

intégrées, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique.

d) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée par le Dr V._____, lequel a estimé que la recourante, en raison de la polymorbidité psychique, ne disposait plus d'aucune capacité de travail depuis la perte du dernier emploi qu'elle avait exercé en 2013.

aa) En l'occurrence, l'expert judiciaire a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète aussi bien sur le plan personnel et familial que professionnel, social et médical. Il a rendu compte des plaintes de la recourante et les a confrontées à ses constatations objectives. Les diagnostics ont été posés à l'issue d'examens cliniques complets, ceux-ci ayant été au demeurant complétés par un bilan neuropsychologique. S'en tenant à son rôle d'expert, il a distingué les éléments subjectifs de ses propres observations cliniques pour évaluer la capacité de travail. Il a également pris le soin particulier d'exposer les motifs pour lesquels il s'écartait des diagnostics du Dr C._____. Son appréciation médicale est précise, détaillée, cohérente avec les éléments du dossier et dûment motivée. Il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Dans son avis du 4 août 2020, le SMR a d'ailleurs estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire.

e) A l'échéance du délai de carence de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1^{er} septembre 2015, la recourante peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

5. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015.

6. a) 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. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

b) aa) Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux

rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

bb) En l'occurrence, les lacunes du rapport d'expertise établi le 12 janvier 2018 par le Dr C. _____ ont été détaillées dans le cadre du présent arrêt (notamment consid. 4c supra). Elles ont été explicitées par le rapport d'expertise établi le 23 juin 2020 par le Dr V. _____, lequel a mis en évidence le caractère profondément lacunaire de l'analyse opérée par le Dr C. _____ :

D. Remarques éventuelles

Le litige quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée d'un point de vue psychiatrique est surtout une affaire de divergence d'opinion catégorique entre les psychiatres et psychologues traitants et le Dr C. _____, psychiatre mandaté par l'assurance[-]invalidité en janvier 2018. Tandis que les soignants, qui connaissent leur patiente depuis des années, l'estiment très atteinte, incapable de toute activité que ce soit, l'expert mandaté par l'AI, après un seul et bref examen, a l'opinion opposée : il ne retient aucun diagnostic invalidant, la capacité de travail est totale. Il paraît utile de se pencher sur l'expertise du Dr C. _____ pour expliquer ces divergences d'opinion.

1. Anamnèse : L'expert fournit une anamnèse très lacunaire, parfois erronée. Par exemple, le Dr C. _____ ne mentionne pas l'absence totale d'affection de la part de la mère aussi, alors que les sœurs cadettes ont été choyées par les 2 parents. Il ne mentionne pas la présence de crises comitiales ou pseudo-comitiales chez la sœur cadette durant l'enfance, 2^{ème} de la fratrie d'origine, et ne situe pas le début des manifestations pseudo-comitiales dans la période précédant la naissance de la 2^{ème} fille de Mme D. _____. Au sujet de la réhabilitation, il écrit qu'« Il n'y a pas eu de mesure d'entraînement au travail », alors qu'un stage s'est déroulé sous l'égide de l'assurance-chômage en 2014. L'absence de certains éléments ou les erreurs de l'anamnèse ne permettent pas de faire des liens entre la vie prémorbide, les facteurs de stress émotionnels et la décompensation, ni de comprendre les éléments en jeu dans le maintien des troubles.
2. Personnalité : Il porte peut d'intérêt à la personnalité de Mme D. _____, à ses lignes de fracture, ne se demande pas pourquoi elle s'est transformée avec la maladie psychique. Il lui attribue des traits qui ne sont pas les siens, se trompe de diagnostic de

personnalité et ne cerne pas correctement la vraie fragilité de l'assurée face à l'abandon.

3. Diagnostics : on est frappé de constater l'absence de tout diagnostic axe I chez une assurée pour laquelle la présente expertise en a retenu 7.

Comment peut-on ne pas retenir une atteinte thymique chez une expertisée sous traitement antidépresseur depuis des années, comme au moment de l'examen ? Même si son état était celui d'une rémission presque complète des troubles thymiques, bien que ceci était loin d'être le cas, un diagnostic faisant référence à l'état dépressif précédent s'imposait.

De même, l'investiguée parle à l'expert de ses fréquentes crises de panique. Il ne cherche pas à les diagnostiquer, bien au contraire. Cette atteinte qui figure à maintes reprises dans le dossier est tout simplement esquivée. Il omet avec le même mécanisme les diagnostics d'agoraphobie et de claustrophobie qui induisent toutefois des limitations fonctionnelles évidentes.

Une année avant l'expertise du Dr C._____, une expertise neurologique de qualité attribuée une origine psychogène à la comitialité. Comment cette pathologie majeure et invalidante peut-elle ne pas figurer parmi les diagnostics ? Sur quelle base l'expert psychiatre peut-il prétendre qu'elle n'est pas du ressort de l'AI ?

Inutile de mentionner les troubles de dépendance aux anxiolytiques et aux opiacés qui échappent à tout commentaire de l'expert.

4. L'expert conclut à une gestion convenable du ménage. Tout indique pourtant une situation de forte dépendance envers l'entourage, information qui semble gêner l'orientation de l'expertise. Il semble en tout cas que l'expert n'a pas cerné la nature suradaptée des réponses fournies pour l'explorée. Celle-ci, culpabilisée par son état d'handicap, d'habitude active et dynamique, peine à relater spontanément son degré d'atteinte quotidienne, préférant la masquer. Un expert psychiatre doit pouvoir aller au-delà des apparences et insister dans la recherche des dysfonctionnements.
5. Le Dr C._____ est forcé d'admettre que l'assurée n'est pas démonstrative ni revendicatrice, qu'elle n'exagère pas ses troubles, alors il tente d'attribuer à l'expertisée une recherche de « bénéfices secondaires importants ». En quoi consistent-ils ? Dans la recherche d'une indemnisation pécuniaire ? Non, il s'agit du besoin d'être entourée par ses proches. Ceci n'est pas un bénéfice secondaire. Pour une personne présentant des traits abandonniques décompensés, dans un contexte de séparation conjugale, il s'agit d'une réaction normale de recherche d'appui et de soutien affectif qui ne peut pas lui être reprochée.
6. Lorsque l'on s'écarte à 180 degrés de l'appréciation des médecins traitants, en particulier de la même spécialité, il paraît nécessaire pour un expert ayant vu une assurée une seule fois

(semble-t-il pour une petite heure...) d'échanger avec le psychiatre traitant sur ses conclusions.

7. En écartant tout diagnostic psychiatrique, toute limitation fonctionnelle, toute décompensation de la personnalité ou de ses traits, l'expert conclut pratiquement à l'absence de tout problème du ressort de l'Al. Mme D. _____ est apte à travailler de suite dans n'importe quel emploi ! En effet, elle n'a même pas besoin d'une phase réhabilitative. Elle peut, après 5 ans de vie hors du monde du travail et après avoir vécu un échec lors d'un stage de réhabilitation, accéder d'emblée et par ses propres moyens à tout emploi. Quel optimisme !

Ce ne sont que quelques exemples parmi plusieurs lacunes, incohérences et contradictions dans l'expertise du Dr C. _____ qui lui enlèvent, de mon point de vue, toute valeur probante.

cc) Au vu des remarques formulées par la Dre F. _____ (rapport du 27 août 2018) et par la Policlinique d'addictologie du CHUV (rapport du 27 août 2018), lesquelles faisaient notamment état du caractère particulièrement peu motivé des diagnostics retenus par le Dr C. _____ et des contradictions importantes avec leurs propres observations, le SMR aurait dû porter un regard beaucoup plus critique sur l'exhaustivité de l'évaluation du Dr C. _____, et ne pas se limiter à proférer des remarques totalement déplacées à l'encontre desdits rapports (cf. avis du SMR du 29 septembre 2018).

dd) Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient être que manifestes au regard de la complexité de la situation médicale de la recourante mise en évidence par ses médecins traitants. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre la totalité des frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr V. _____, soit 12'027 fr. 80, à la charge de l'intimé.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante 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 2'500 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.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 6 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que D. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015.
- 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. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr V. _____ par 12'027 fr. 80 (douze mille vingt-sept francs et huitante centimes) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :