

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourante, représentée par l'Association E._____, à [...],

et

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

Art. 8 et 43 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, mariée et mère de deux enfants, sans formation professionnelle, est entrée en Suisse en 1995 à la suite de la guerre [...].

Atteinte dans sa santé, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 8 avril 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'extrait de son compte individuel AVS, daté du 17 avril 2015, a mis en évidence des activités lucratives exercées durant quelques mois en 1998 et 1999, ainsi que de 2007 à 2014. Sur question de l'OAI, elle a répondu le 22 avril 2015 qu'elle travaillerait à 100 % « une fois guérie ».

L'OAI a recueilli des rapports des médecins traitants de l'assurée. Le

Dr C._____, médecin généraliste, a indiqué le 10 juillet 2015 que sa patiente souffrait de troubles psychiatriques « sans précision », de céphalées tensionnelles et de douleurs articulaires. Il a signalé ne pas avoir délivré d'arrêt de travail, l'assurée n'ayant à sa connaissance pas d'activité professionnelle. Dans un rapport du 27 octobre 2015, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Service médical de l'Association E._____, a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité (F62.0), épisode dépressif moyen sans symptôme somatique (F33.2) et anxiété généralisée (F41.1). L'assurée avait subi d'importants traumatismes (mauvais traitements, humiliations, viols collectifs) durant la guerre [...]. Elle avait fait état de ces événements dès sa prise en charge psychiatrique en 2011 et en subissait d'importantes séquelles. Aucune incapacité de travail n'était cependant attestée, l'assurée étant considérée comme une femme au foyer.

Le 6 novembre 2015, le Dr C._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport du 27 août 2015 de la Dre D._____, médecin cheffe au sein du Centre N._____. Celle-ci a observé auprès de l'assurée des déformations sous forme de nodosités des deux mains et des lésions arthrosiques des pieds, préconisant de la physiothérapie dans un but antalgique et en vue de l'amélioration de la mobilité. Une surveillance clinique et biologique demeurait nécessaire en dépit d'un tableau clinique rassurant.

Sur recommandation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié au G._____ le 15 mai 2018. Cette expertise a été réalisée entre le 19 juin 2018 et le 5 juillet 2018 par les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, J._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, spécialiste en médecine interne, lesquels ont rédigé leur rapport le 21 septembre 2018. Était notamment annexé à ce document les résultats du 19 juin 2018 des tests sanguins sollicités par les experts auprès du laboratoire I._____.

Au terme de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), probable état de stress post-traumatique (F43.1), possible modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F2.0), fibromyalgie et céphalées tensionnelles. Ils ont considéré que l'assurée ne rencontrait aucune limitation sur le plan somatique. Sans exclure une limitation de la capacité de travail dans un emploi rémunéré du point de vue psychique, ils ont estimé que l'assurée demeurait capable d'effectuer à plein temps l'ensemble des tâches courantes dans la tenue de son foyer. Elle avait fonctionné dans ce registre pendant de nombreuses années sans qu'aucun facteur déclenchant ou aggravant ne soit susceptible de justifier une péjoration de son état de santé psychique.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a rendu un projet de décision le 11 janvier 2019 et informé l'assurée de ses intentions de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

Assistée de ses enfants, l'assurée a contesté ce projet le 7 mars 2019, exposant par le détail les difficultés rencontrées au quotidien et l'assistance régulière nécessitée de la part de ses proches pour se déplacer et accomplir ses tâches ménagères.

Par décision du 20 mars 2019, l'OAI a maintenu les termes du projet de décision querellé et nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. B._____, avec le concours de l'Association E._____, a déféré la décision du 20 mars 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 18 avril 2019, complété le 1^{er} mai 2019. Elle a conclu implicitement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un rapport médical établi par la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin responsable au sein de l'association précitée. Cette praticienne a pour l'essentiel procédé à la critique du volet psychique de l'expertise du G._____, reprochant aux experts de ne pas avoir pris en compte l'assistance de l'entourage de l'assurée, ni mesurer l'ampleur de son vécu traumatique.

L'OAI a répondu au recours le 12 août 2019. Il a proposé son rejet, en se fondant notamment sur un avis du SMR du 23 juillet 2019, lequel constatait pour l'essentiel que la Dre L._____ n'avait fait état d'aucun élément nouveau inconnu des experts du G._____.

L'assurée ne s'est pas déterminée plus avant.

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). Les décisions sur opposition

et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 et satisfaisant globalement 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 a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

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 (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; 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.

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).

b) 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).

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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs

en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée en second lieu au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres

rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du G._____ du 21 septembre 2018. Sur le plan somatique, les conclusions des experts apparaissent convaincantes. Ceux-ci ont procédé à des examens complets de la recourante et ont pu exclure toute maladie inflammatoire rhumatismale. Ils ont ainsi considéré que la recourante ne rencontrait aucune limitation fonctionnelle somatique susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail, ainsi que dans l'exécution des tâches ménagères. La Dre J._____ a en effet communiqué son appréciation en ces termes :

« [...] À l'examen clinique de ce jour nous n'objectivons aucune tuméfaction articulaire, aucune restriction de mobilité des articulations périphériques et du rachis. De plus l'examen sanguin demandé à l'occasion de cette présente expertise ne montre aucune anomalie : Pas de syndrome inflammatoire, le taux d'acide urique est normal, facteur antinucléaire, facteur rhumatoïde, anticorps anti CCP et anticorps antinucléaires protéines sont tous négatifs. Le bilan radiologique des mains et des pieds révèle de discrets pincements articulaires des interlignes des interphalangiennes distales des doigts et de la 1^{ère} métatarsophalangienne des gros orteils des deux côtés. Ceci parle pour une arthrose débutante sans gravité. Il n'y a en particulier pas d'élément ni radiologique ni biologique ni clinique pour une maladie rhumatismale inflammatoire. On peut donc conclure que les crises de douleurs plus intenses entrent dans le cadre de la fibromyalgie comme cela peut se rencontrer parfois. Il n'y a donc aucune affection ostéoarticulaire à caractère invalidant chez cette patiente. [...] »

Quant au Dr K._____, il a considéré que son examen était « dans les limites de la norme, en dehors d'une palpation abdominale diffusément sensible. »

b) Ces conclusions d'ordre somatique ne sont contredites par aucun document médical subséquent au dossier de la recourante. Elles sont au demeurant corroborées par l'appréciation du Dr C._____, qui a

expressément renvoyé l'intimé à l'examen de l'état de santé psychique, qualifié de prépondérant dans le cas de sa patiente (cf. rapports des 10 juillet 2015 et 6 novembre 2015). En outre, la recourante n'a fait valoir aucun grief relatif à l'évaluation de son état de santé somatique au stade de la présente procédure. Dès lors, il convient de se rallier de ce point de vue aux conclusions des experts du G._____.

7. a) Force est en revanche de constater les lacunes de l'analyse psychiatrique du cas de la recourante. Ce registre a fait l'objet d'une évaluation spécifique par le Dr H._____ qui a fait part des constatations suivantes (cf. rapport d'examen psychiatrique du 21 septembre 2018, p. 11 ss) :

« [...] Elle n'est pas orientée dans le temps, elle n'arrive pas à dire le jour et la date exacts, mais se souvient du mois et de l'année. Il y a régulièrement des moments où elle est des difficultés mnésiques, où elle ne trouve pas une expression ou une date. Elle a l'air fatiguée et se fatigue rapidement durant l'entretien, ayant de la peine à rester à la hauteur des questions qui lui sont posées. Son discours reste factuel, peu élaboré avec des capacités de jugement et de raisonnement limitées en adéquation avec son niveau d'éducation. Elle a également de la peine à maintenir son focus d'attention. Sur le plan de l'humeur, celle-ci est labile : des épisodes de pleurs sont entrecoupés par des moments où elle se présente plus euthymique, notamment lorsqu'elle part dans des monologues plus détaillés et explicatifs concernant ces différents vécus traumatiques, ce qu'elle fait paradoxalement avec une certaine aisance. À aucun moment, on ne met en évidence de sourire ou d'humeur plus positive. L'énergie vitale paraît abaissée. L'expertisée n'a aucun accès au plaisir. Dans l'ensemble, la réactivité et les oscillations émotionnelles sont amplifiées. Il n'y a pas de culpabilité, ni de franc ralentissement psychomoteur mis en évidence. Pas de fœtor éthylique ni de signes cutanés ou autres d'une imprégnation aiguë ou chronique par de l'alcool. Pas de signe d'utilisation d'autres toxiques. Elle se montre clairement craintive et anxieuse dans la première approche, aspect qui disparaît en partie durant l'entretien. Elle se montre tendue, assez fébrile. Il n'y a pas d'émotions agressives ou colériques. Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique.[...] »

Il a par ailleurs discuté des diagnostics retenus en ces termes (cf. ibidem, p. 12 ss) :

« [...] La présentation clinique de Madame B._____ est autant particulière qu'hétérogène, elle mêle symptômes dépressifs, anxieux et d'état de stress post-traumatique, mais aussi des conduites régressives, une irritabilité voire explosivité marquée. Ce mode de

présentation peut en partie être attribué à des aspects culturels et un faible niveau d'éducation, mais il rend aussi la pose d'un diagnostic plus ardu.

Pour rappel, ses psychiatres traitants ont retenu un épisode dépressif moyen, une modification durable de la personnalité et une anxiété généralisée. La modification de la personnalité serait bien sûr liée à son vécu traumatique.

Il semble effectivement que le déclencheur de sa problématique psychique est un vécu traumatique, mêlant entre autres des violences extrêmes et des viols.

L'expertisée apparaît comme authentique dans le récit des vécus traumatiques, avec une forte réaction émotionnelle et des pleurs. En ce qui concerne la symptomatologie toujours présente sont cités des réviviscences et de réminiscences, une honte, des conduites d'évitement (comme le fait de ne pas regarder la télévision, etc.), une plus grande irritabilité, etc. On relève donc à la fois des symptômes d'intrusion, d'hyperréactivité neurovégétative et des conduites d'évitement qui font retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1). Cette pathologie serait présente depuis plus de 20 ans sur un mode continu, elle a donc largement pris une forme chronique dont l'intensité ne semble pas s'être atténuée avec les années, en tout cas selon les dires de l'expertisée.

En ce qui concerne le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, le fait que l'état de stress post traumatique puisse entraîner une modification de la personnalité sans fragilité préexistante semble prouvé par des études longitudinales et est accepté par la CIM-10, cette atteinte est liée à une intensité et chronicité du mécanisme traumatique (la CIM cite par exemple des cas de déportation, de camp de concentration, de torture, etc.)

La symptomatologie se traduit par : une rigidité avec une moindre adaptabilité, une dégradation du contexte social-affectif et professionnel, un comportement particulier avec des attitudes hostiles ou de méfiance, un retrait social, un sentiment de vide ou de perte d'espoir, un détachement émotionnel, un état de qui-vive permanent avec l'impression de menace constante.

Pour le soussigné la question ou non de la présence de cette pathologie reste ouverte, on ne peut se prononcer valablement sur ce sujet, car si certains éléments sont présents aujourd'hui en tout cas, Madame B. _____ a pu, au minimum pendant des années, vivre en couple et constituer une famille, gérer deux enfants qui sont actuellement adolescents.

Quant à l'atteinte de l'humeur elle serait présente apparemment sur un mode continu depuis des années (en tout cas 2015 selon le dossier) sans aucune amélioration malgré le traitement spécialisé selon l'expertisée (ce qui déjà en soi pose quelque peu question).

Il se pose clairement la question de l'intensité (réelle) du trouble thymique, au vu de la présence de discordance dans ce domaine. En effet le subjectif contient que des éléments de gravité ou en résumé « tout va mal » et elle ne fait plus rien du tout au domicile étant complètement suppléée dans ce domaine par les membres de sa famille, n'aurait plus aucun plaisir dans l'existence même si elle conserve quelques relations sociales.

Au status on observe plus une forme de labilité avec une augmentation de la réactivité émotionnelle plus qu'une dysphorie.

Au maximum, sur le plan de l'atteinte de l'humeur, tenant compte des discordances et d'une présentation subjective dramatisée, peut-

on retenir une dysthymie (F34.1) au vu de l'atteinte dans ce domaine qui existerait depuis 3 ans ou plus. [...] »

Enfin, s'agissant de son évaluation du cas, l'expert psychiatre a notamment indiqué ce qui suit :

« [...] Malgré le traitement il n'y a aucune amélioration symptomatique à ce jour, l'expertisée ayant adopté un statut de malade-invalide dans son cadre familial qui la supplée dans tous les domaines.

Situation actuelle et conclusions :

Il faut relever une nouvelle fois la présentation clinique particulière qu'hétérogène, qui pose des difficultés quant à l'établissement des diagnostics, qui sont largement discutés ci-dessus.

Un autre aspect questionnable est le délai de temps entre l'origine des troubles et l'apparition de perturbations dans le fonctionnement quotidien, avec un délai de 20 ans entre le vécu traumatique et le début de la prise en soin en 2011. Le soussigné ne croit pas que l'expertisée n'a pas souffert sur un mode continu de son vécu traumatique, de surcroît il n'y a aucun facteur déclencheur, ni aggravant récent qui puisse expliquer une éventuelle péjoration.

[...]

Traitement

Le traitement est en cours depuis bientôt huit ans et ne semble pas avoir eu un effet significatif à ce jour, mais probablement le fait de porter et traiter une pathologie traumatique à plus de quinze ans des événements vécus, est par trop tardive pour avoir une quelconque potentialité thérapeutique. De plus, les capacités introspectives de l'expertisée sont plus que limitées, ce qui pose un problème pour les approches psychothérapeutiques qui restent le traitement de choix dans ce type de situation.

Réadaptation

Madame B. _____ a uniquement œuvré comme femme au foyer et mère.

Par ailleurs une réadaptation ne paraît pas envisageable car elle n'a jamais été scolarisée et ne sait ni lire ni écrire.

[...]

Cohérence

La cohérence pose question en lien avec la gravité des différentes plaintes, mais aussi avec la chronologie des atteintes.

Le soussigné pense que l'expertisée a toujours été symptomatique, mais que pendant des années elle a pu fonctionner assez correctement dans un environnement limité et protégé.

Il y a aussi une tendance à majorer certains aspects, il paraît en effet quelque peu surprenant qu'elle ne connaisse certaines dates ni l'âge de son mari ou de ses enfants, comme un subjectif dans lequel « tout va mal et rien n'évolue ». Par ailleurs la composante de régression d'apparition assez récente laisse fortement suspecter une forme d'invalidation.

[...]

Ressources personnelles

En ce qui concerne l'évaluation fonctionnelle, l'expertisée dit être totalement incapable de fonctionner au quotidien : elle ne fait rien, ni son ménage ou la cuisine et serait donc totalement dépendante de son entourage. Ses capacités d'adaptation, comme celles de

jugement ou de prise de décision sont déjà impactées par son faible niveau d'éducation.

La capacité d'interagir avec autrui serait perturbée, tout comme ses facultés cognitives, etc.

Ressources externes

Elle dispose avant tout d'un réseau familial et de leur soutien actif. [...] »

Le Dr H. _____ a conclu à une capacité préservée à 100 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, quand bien même il a précisé que la problématique psychique pouvait « être réalistement à l'origine d'une atteinte de la capacité de travail dans des emplois rémunérés. » Il n'a au surplus pas répondu aux questions relatives à l'exercice d'une éventuelle activité adaptée, les considérant sans objet.

b) Sur le plan formel, le rapport du Dr H. _____ semble a priori reprendre la structure recommandée par les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, telles qu'édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Cela étant, on peut d'emblée relever le caractère incomplet de l'appréciation de l'expert psychiatre. Ce dernier ne s'est pas déterminé en lien avec l'exercice d'une éventuelle activité lucrative, partant du postulat que la recourante revêtait un statut de personne sans activité. Il a dès lors fait part de son évaluation exclusivement au regard de l'accomplissement des tâches ménagères. Or, une simple confrontation avec les données recueillies par ses confrères, les

Drs J. _____ et K. _____, aurait permis de constater que la recourante avait dégagé des revenus – certes sur des intervalles limités – et qu'elle avait précisé avoir déployé une activité dans la restauration (cf. rapport de la Dre J. _____ du 21 septembre 2018, p. 7 et 8 ; rapport du Dr K. _____ du 21 septembre 2018, p. 8).

c) S'agissant du fond du rapport d'expertise psychiatrique, l'évaluation de l'expert frappe par une importante dichotomie entre les constats rapportés et les conclusions retenues, ainsi que par l'absence de toute analyse spécialisée. Pour l'essentiel, le Dr H. _____ s'est limité à reprendre les symptômes allégués par la recourante et à les confronter aux éléments généralement caractéristiques des diagnostics évoqués,

sans les discuter plus avant. On ignore si lesdits diagnostics doivent effectivement être retenus en l'occurrence et si les critères pertinents des différentes affections ont été concrètement observés par l'expert auprès de la recourante. Le Dr H. _____ s'interroge en parallèle sur « l'intensité réelle du trouble thymique » et finit par conclure à une « dysthymie » sans aucune justification de sa propre évaluation. Il mentionne également ses doutes en lien avec les autres pathologies avancées dans le cas particulier en les qualifiant de « possible » ou de « probable », laissant la question expressément « ouverte » et estimant ne pas être en mesure de se prononcer (cf. rapport du Dr H. _____ du 21 septembre 2018, p. 12 et 13).

On remarque que l'expert fait état à répétition de reprises de possibles facteurs étrangers à l'invalidité, soit « des aspects culturels et un faible niveau d'éducation », ainsi qu'une « présentation subjective dramatisée ». Il relate également des éléments parlant en faveur d'une certaine majoration des symptômes et une forme d'invalidation, sans toutefois préciser si ces processus seraient pathologiques ou d'origine volontaire. On ne peut par conséquent déterminer si les symptômes allégués par la recourante sont avérés et en corrélation avec les diagnostics évoqués. L'expert n'expose enfin nulle part quelle serait l'incidence de ces critères d'exclusion (facteurs étrangers et majoration) et dans quelle mesure il en a effectivement tenu compte dans son évaluation (cf. *ibidem*, p. 14).

Quant aux ressources dont disposerait la recourante, les éléments rapportés par le Dr H. _____ sous rubrique « ressources personnelles » constituent une compilation des plaintes alléguées par la recourante dans son fonctionnement quotidien, sans aucun recul critique du spécialiste (cf. *ibidem*, p. 15).

On ne comprend dès lors pas comment, après avoir décrit un tableau clinique fondé sur les seules déclarations de la recourante, l'expert parvient à conclure à une capacité pleine et entière dans l'accomplissement des tâches ménagères.

On ajoutera que les dosages sanguins des médicaments requis par l'expert psychiatre ne sont pas discutés par ce dernier, alors même qu'ils mettent en évidence des valeurs inférieures aux normes thérapeutiques usuelles (33 nmol/l pour l'antidépresseur, dont les valeurs devraient être comprises entre 100 et 400 nmol/l ; 130 nmol/l pour le neuroleptique, dont les valeurs devraient être comprises entre 261 et 1'305 nmol/l ; cf. rapport du laboratoire I. _____ du 19 juin 2018).

d) Compte tenu des contradictions patentées entre le tableau clinique décrit et les conclusions retenues, ainsi que de l'absence de discussion des éléments pertinents pour l'évaluation du cas de la recourante, force est de constater que l'expert psychiatre n'a pas rempli sa mission à satisfaction. Il n'est pas davantage possible de se prononcer à l'aune de la grille d'indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale, faute de pouvoir disposer d'une image cohérente de la situation sur le plan psychiatrique.

8. Au surplus, il convient de relever que le dossier de la recourante n'a pas été instruit à satisfaction sur le plan économique. En effet, on rappelle que l'extrait de son compte individuel AVS fait état d'activités lucratives exercées en 1998 et 1999, ainsi que de 2007 à 2014. On ignore cependant en quoi consistent ces activités - a priori ponctuelles - et si la recourante a poursuivi celles-ci postérieurement à sa demande de prestations auprès de l'intimé. Aucun rapport d'employeur n'a été requis par ce dernier, lequel n'a d'ailleurs pas investigué plus avant la question du statut de la recourante.

9. 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, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 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'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, au vu de l'insuffisance de l'examen psychiatrique réalisé au sein du G._____, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique conforme aux exigences posées par la récente jurisprudence fédérale (cf. consid. 5 supra).

Préalablement à cette mesure, il incombera à l'intimé de recueillir les renseignements utiles quant aux activités professionnelles exercées par la recourante, ainsi que ceux permettant de fixer son statut.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le 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. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 800 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 135 V 473).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 la recourante une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Association E. _____, à [...] (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :