

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 décembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exerçait la profession de vendeuse à temps plein auprès de la [...]. Dès le 14 novembre 2017, elle a présenté une incapacité de travail totale.

Le 22 mars 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression et indiquant être suivie par la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ainsi que par le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser au dossier un rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 avril 2018 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assurance perte de gain en cas de maladie. Ce médecin a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et a retenu que les causes exactes de ce trouble semblaient encore floues. Il a expliqué que l'assurée ne prenait plus son traitement antidépresseur depuis plusieurs semaines à l'insu de ses thérapeutes. Selon l'expert, l'assurée avait repris son activité habituelle à 20 % en janvier 2018. Les limitations fonctionnelles étaient la fatigue, les angoisses et l'hébétéude. Une augmentation du temps de travail était envisageable vers un 50 %, avec une reprise d'un traitement antidépresseur contrôlé par son thérapeute plus régulièrement et une réorientation de la psychothérapie centrée sur les causes réelles du trouble et des solutions possibles, ainsi que sur la relation de l'assurée avec son père. Dans un complément du 19 avril 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a précisé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dès le 31 mai 2018 et de 100 % dès le 30 juin 2018.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié le 31 août 2018 et l'intéressée s'est inscrite au chômage dès le 1<sup>er</sup> septembre suivant.

Selon un rapport initial établi le 8 janvier 2019 par un collaborateur de l'OAI, l'assurée a indiqué avoir arrêté son suivi psychothérapeutique en mai 2018.

Par projet de décision du 21 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité au motif qu'elle bénéficiait, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Dans un rapport du 31 janvier 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a expliqué suivre régulièrement l'assurée depuis cinq ans. L'état de santé de sa patiente justifiait une incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2018, ce de manière durable mais non définitive, sans qu'une date de reprise, même partielle, puisse être à ce jour fixée. Le 7 février 2019, ce médecin a ajouté que bien qu'il ne suivait l'intéressée que depuis quelques mois, il lui paraissait de plus en plus évident que son état de santé était durablement incompatible avec toute activité professionnelle, y compris une profession adaptée. Interpellé par l'OAI qui indiquait que la contestation devait être signée par l'assurée, le Dr B.\_\_\_\_\_ a, le 15 février 2019, ajouté qu'il était, depuis une année, le médecin de premier recours de l'assurée, laquelle cosignait cette correspondance.

Par décision du 30 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte réceptionné le 13 mai 2019, daté du 9 mai 2019, K.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par écriture adressée l'OAI, annexant à celle-ci un rapport du 9 mai 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_. Ce document faisait mention de ce qui suit :

« La lecture de cette décision me fait avoir des remarques suivantes :

- Depuis trois ans que je vous connais vous n'avez à aucun moment été en capacité d'assumer un travail y compris dans une profession adaptée,
- la décision rendue par l'AI l'a été sans que vous ayez été vu par le service médical régional de l'AI ni après réalisation d'une expertise,
- vous avez certes essayé de reprendre une activité professionnelle en juillet 2018, toutefois et pour des raisons médicales, cette reprise professionnelle a été un échec puisque le mois de juillet correspondait en fait un solde de vacances, que dès le mois de septembre vous avez été inscrite à l'ORP, et que dès le mois d'octobre 2018 j'ai été contraint d'établir à nouveau des certificats d'incapacité de travail vous concernant.

Je précise que cet avis est corroboré par mon confrère le Dr G.\_\_\_\_\_ qui assume votre prise en charge psychiatrique ».

Par correspondance du 14 mai 2019, l'OAI a transmis l'acte de recours de l'assurée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans un courrier du 7 juin 2019, co-signé par l'assurée, le Dr B.\_\_\_\_\_ a réitéré les arguments évoqués dans ses lignes du 13 mai 2019 et a ajouté ce qui suit :

« Une expertise médicale et psychiatrique n'a jamais été réalisée par l'AI alors que ses symptômes psychiatriques constituent sa principale cause d'incapacité, constituant un état anxiodépressif avec épisodes dépressifs sévères. Elle présente également des troubles neuropsychologiques avec des capacités intellectuelles limitées et ralenties, l'absence de formation initiale certifiante, des difficultés de mémorisation et d'attention. Il est à noter qu'une évaluation neuropsychologique n'a jamais été réalisée.

Les observations précédentes entravent sérieusement non seulement les capacités de travail de la patente mais également ses capacités ménagères de femme au foyer et ses capacités éducatives ».

Par réponse du 16 août 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Le 30 août 2019, l'assurée a encore produit un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, daté du même jour. Selon ce document, l'intéressée présentait des troubles du comportement et de la personnalité remontant à l'enfance ou à l'adolescence, avec un état dépressif, des bouffées d'angoisses

envahissantes, des phobies, une anhédonie, des troubles somatoformes, une lenteur de compréhension et d'exécution. Ce tableau clinique était émaillé d'épisodes anxiodépressifs sévères avec des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit et un trouble anxieux, ayant un impact considérable sur le quotidien de l'assurée.

L'OAI n'a pas procédé plus avant.

### **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, le recours a été interjeté en temps utile, le 13 mai 2019, toutefois auprès de l'intimé, qui l'a adressé le 14 mai suivant à la Cour de céans comme objet de sa compétence (art. 7 et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). On retiendra dès lors que la recourante a agi en temps utile auprès de l'intimé (art. 39 al. 2 et 60 al. 1 LPGA) et que son recours satisfait aux autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Par conséquent, le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (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)** Selon la jurisprudence, 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).

**b)** 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).

**5. a)** En l'occurrence, il est constant que pour rendre la décision litigieuse du 30 avril 2019, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2018 et son complément du 19 avril 2018, lesquels renaient une capacité de travail de 50 % dès le 31 mai 2018 et

de 100 % dès le 30 juin 2018. Toutefois, cette expertise ne répond pas aux réquisits posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques (cf. consid. 4 *supra*). Certains indicateurs sont parfois abordés, mais de manière trop succincte. Le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne comporte par ailleurs pas de conclusions concernant les ressources mobilisables de la recourante et les efforts exigibles de sa part. L'expert semble en outre subordonner un retour à une capacité de travail médico-théorique de 50 % dès le 31 mai 2018 à un traitement psychiatrique portant sur les causes réelles du trouble, ainsi qu'à la reprise de la médication. Or il ressort du dossier que la recourante aurait cessé son suivi avec le Dr O.\_\_\_\_\_ au mois de mai 2018 (cf. rapport initial d'intervention précoce du 8 janvier 2019), avant de le reprendre à une date indéterminée auprès du Dr G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport établi le 9 mai 2019 par le Dr B.\_\_\_\_\_). Par ailleurs, dans son rapport complémentaire du 19 avril 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ fait état d'une pleine capacité de travail depuis le 30 juin 2018, sans toutefois objectiver cette amélioration, laquelle apparaît au demeurant soudaine compte tenu du diagnostic de trouble anxiodépressif mixte d'intensité sévère posé. Dans cette mesure, l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas suffisamment motivée, si bien qu'elle ne saurait revêtir une valeur probante suffisante eu égard aux exigences posées par la jurisprudence.

**b)** Les autres rapports au dossier ne permettent pas davantage de déterminer les ressources mobilisables de la recourante en vue de surmonter les effets de son atteinte à la santé. En particulier, le Dr B.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre et dont l'appréciation est peu étayée, n'explique pas pourquoi selon lui sa patiente n'a jamais été en mesure d'assumer une activité professionnelle, y compris dans une profession adaptée. Ses rapports, souvent confus quant au début de son suivi, ne sauraient dès lors pallier aux lacunes de l'expertise mais corroborent la nécessité d'instruire plus avant l'état de santé de la recourante, étant précisé que l'OAI n'a requis aucun renseignements auprès des psychiatres traitants successifs, les Drs O.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, ni auprès du précédent médecin généraliste traitant, la Dre T.\_\_\_\_\_.

**6.** En définitive, il sied de constater que les éléments au dossier ne suffisent pas pour trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause, la situation médicale de la recourante n'étant pas établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il complète l'instruction. Il lui incombera en particulier d'interpeller les Drs T.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, ainsi que le Dr G.\_\_\_\_\_ qui est en charge du traitement psychiatrique actuel de la recourante. Cas échéant, il appartiendra à l'OAI de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique répondant aux réquisits posés par la jurisprudence.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 30 avril 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 mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- K. \_\_\_\_\_ ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ;
- Office fédéral des assurances sociales ;

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :