

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juin 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Pasche, juge, et Feusi, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss et 43 al. 1 LPGA ; 28 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], employée administrative à la X.\_\_\_\_\_, s'est trouvée en incapacité totale de travail à compter du 15 mai 2014. Elle a démissionné pour le 31 août 2014 en raison d'un harcèlement psychologique exercé par son supérieur.

Le 22 octobre 2014, P.\_\_\_\_\_, assurance-maladie perte de gain de l'assurée, l'a annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une détection précoce.

A l'issue d'un entretien avec l'assurée le 24 novembre 2014, la psychologue de l'OAI en charge du dossier a suggéré le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a expliqué avoir pensé en début d'entretien à une dépression réactionnelle, mais s'être rapidement rendue compte que son interlocutrice était déjà très fragile depuis de nombreuses années. La fille de l'assurée était devenue polyhandicapée il y a quelques années et le père de son second enfant l'avait mise à la porte en [...] (cf. rapport initial de détection précoce du 24 novembre 2014).

Le 6 janvier 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle ne souhaitait pas donner suite aux démarches entreprises.

**B.** Le 1<sup>er</sup> juin 2018, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une dépression.

Dans un rapport du 23 juillet 2018 à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de « symptômes dépressifs », et d'un « trouble de la personnalité borderline ». Il a fait état de consultations à un rythme mensuel, tout en précisant qu'il avait vu la patiente pour la dernière fois le 31 mai 2018, et d'un traitement médicamenteux par Surmontil, Temesta

et Atarax. L'incapacité de travail était totale. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a notamment joint des lettres de sortie établies par des psychiatres de la G.\_\_\_\_\_ à la suite de deux hospitalisations. Lors du séjour du 29 avril au 20 mai 2010, les médecins ont retenu les diagnostics d'anxiété généralisée et d'insomnies non organiques. Au cours d'une seconde hospitalisation, du 13 novembre au 21 décembre 2012, les psychiatres ont posé les diagnostics de trouble de personnalité, émotionnellement labile, type borderline, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 6 août 2019, qu'après une amélioration passagère au printemps 2019, l'assurée allait à nouveau « au plus mal après des soucis chez son fils de [...] ans (inquiétude des instituteurs...) ». Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif moyen à sévère, d'angoisses massives et de troubles du sommeil. Interrogé sur le déroulement d'une journée-type et sur les répercussions des atteintes à la santé dans la vie courante, le psychiatre a répondu que sa patiente restait très souvent seule à la maison, que le ménage était difficile et qu'elle n'avait ni loisirs, ni activités sociales. Questionné sur les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée, ainsi que sur l'éventuel soutien par son réseau social, il a fait état d'un réseau social très pauvre. Selon lui, l'incapacité de travail était actuellement totale. Enfin, s'agissant du traitement actuel et de la fréquence du suivi psychiatrique, il a mentionné la prescription de Temesta.

Dans un rapport du 20 août 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive réactionnelle à une situation psychosociale difficile (conjugale, familiale, relation au travail) qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. De plus, elle ne suivait pas de traitement antidépresseur et prenait uniquement du Temesta à la demande. Il n'y avait ainsi pas d'atteinte durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par décision du 15 octobre 2019, confirmant un projet du 21 août 2019, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité. Il a expliqué que l'assurée ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

**C.** Par acte du 15 novembre 2019, Y.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a critiqué l'instruction menée par l'OAI et l'évaluation effectuée par le SMR dans son rapport du 20 août 2019.

Dans sa réponse du 22 janvier 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé à un avis du 7 janvier 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, joint en annexe. Le médecin reprenait ses constatations précédentes, en ajoutant que les diagnostics évoqués par le psychiatre traitant ne correspondaient pas à la CIM-10, et qu'il n'y avait pas de descriptif, ni de limitations fonctionnelles détaillées, malgré les questions précises posées par l'OAI.

Par décision du 29 janvier 2020, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 novembre 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Par réplique du 20 mars 2020, la recourante a relevé que son médecin avait attesté une problématique psychiatrique d'importance, laquelle justifiait une instruction complémentaire.

**E n d r o i t :**

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

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

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

**3.** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** 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).

**6.** En l'espèce, les documents médicaux figurant au dossier ne permettent pas de se prononcer en connaissance de cause sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. D'un côté, les rapports de son psychiatre traitant sont trop laconiques pour établir une incapacité de travail notable et durable. En particulier, le Dr M.\_\_\_\_\_ retient des diagnostics imprécis, fournit peu de renseignements sur le traitement mis en place et expose trop brièvement la description clinique. D'un autre côté, on ne saurait d'emblée constater, sans autre mesure d'investigation, comme le fait le médecin du SMR, que la recourante ne présente qu'une dépression réactionnelle sans influence durable sur sa capacité de travail. En effet, par le passé, l'assurée a été hospitalisée à deux reprises à la G.\_\_\_\_\_. Les psychiatres avaient alors posé les diagnostics d'anxiété généralisée, d'insomnies non organiques, puis de trouble de personnalité,

émotionnellement labile, type borderline, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé. Curieusement, le médecin du SMR ne mentionne pas ces hospitalisations, ni les diagnostics retenus à l'époque. En outre, les renseignements communiqués par le Dr M.\_\_\_\_\_ et les allégations - plausibles - dans le recours font état de répercussions non négligeables de l'atteinte à la santé dans la vie quotidienne. Enfin, la psychologue chargée de la procédure de détection précoce à l'OAI avait elle-même suggéré le dépôt d'une demande de prestations en 2014. Dans ces conditions, on ne peut considérer qu'une instruction complémentaire serait inutile et ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, d'établir des faits pouvant ouvrir le droit aux prestations. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique selon l'art. 44 LPGA puis, sur cette base, de rendre une nouvelle décision.

**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 au 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. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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 1'800 fr., débours forfaitaires 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 porter à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 15 octobre 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y.\_\_\_\_\_ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour Y.\_\_\_\_\_)
- 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 :