

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Yann Oppliger, avocat à Renens,

et

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

Art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un premier enfant né en 2008, a travaillé en qualité de gestionnaire de dossiers spécialisés pour le compte du Service L._____ (ci-après : l'employeur ou le Service L._____) de I._____ dès le 1^{er} mars 2015 à un taux de 100 %.

Le 7 septembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être atteinte d'une dépression et d'une hernie discale cervicale.

Par rapport du 31 octobre 2016, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une discectomie cervicale par voie antérieure en C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique (réalisée le 3 mars 2016 par le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie).

Par rapport du 23 novembre 2016, la Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans syndrome somatique (existant dès 2009), tout en précisant suivre l'assurée depuis le 24 avril 2010. Cette médecin a attesté d'une incapacité de travail de 50 %, accompagnée d'une diminution de rendement causée par des symptômes anxiodépressifs, à compter du 12 septembre 2015. Elle a toutefois ajouté que l'assurée était enceinte et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % après la fin du congé maternité.

Le 14 mars 2017, l'assurée a accouché de son second enfant.

Par rapport du 13 juin 2017, la Dre U._____ a indiqué que le status psychiatrique était superposable à celui décrit dans son rapport du 23 novembre 2016, l'évolution favorable à la suite de l'accouchement prédite dans ledit rapport ne s'étant pas confirmée. Elle a estimé que la

capacité de travail resterait de 50 % dans toute activité, à tout le moins, pour l'année suivant la fin du congé maternité. Elle a par ailleurs précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée, lesquelles consistaient en des troubles de la concentration, une fatigabilité, une hypersensibilité au stress, une humeur triste, une anxiété modérée, des reviviscences des abus et traumatismes vécus, des sentiments de dévalorisation et d'infériorité, une faible estime de soi, une diminution du sentiment de plaisir et de désir, une perte d'espoir et des difficultés à se projeter dans l'avenir, ainsi que plusieurs manifestations physiques (douleurs abdominales et diarrhées).

Dans l'intervalle, l'assurée a, d'un commun accord avec son employeur, réduit son taux d'activité à 80 %.

Dans un rapport du 3 décembre 2017, confirmé le 13 février 2018, la Dre U. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. Elle a exposé que l'assurée avait recommencé à travailler à 50 % au mois de septembre 2017 auprès du Centre F. _____ (ci-après : le Centre F. _____), lequel était rattaché à l'employeur. Sa patiente avait néanmoins été confrontée à une importante hostilité de la part de ses collègues, si bien que son état de santé s'était péjoré et son équilibre psychique s'était rompu. La Dre U. _____ a indiqué qu'à compter du 3 novembre 2017, la capacité de travail était nulle dans l'activité auprès du Centre F. _____ et de 50 % dans un autre service de l'employeur.

Dans l'intervalle, une convention de départ a été signée par l'employeur et l'assurée, mettant fin au rapport de travail avec effet au 31 décembre 2017.

Par avis du 19 mars 2018, la Dre J. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, dont la rédaction a été confiée au Centre V. _____.

Dans leur rapport d'expertise du 7 janvier 2019, les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z._____, spécialiste en médecine interne générale, et X._____, spécialiste en rhumatologie, ont principalement diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, et des douleurs cervicales séquellaires avec paresthésies du membre supérieur gauche secondairement à une discectomie cervicale par voie antérieure C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique pour myélopathie cervicale débutante réalisée en mars 2016. De surcroît, ils ont également posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de privation des relations affectives pendant l'enfance, de difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat et d'accentuation de certains traits de personnalité (abandonnique). Les experts ont estimé que, du point de vue psychiatrique, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % du 12 septembre 2015 jusqu'au mois de mars 2017, précisant se fonder sur les attestations de la psychiatre traitante, et de 100 % dès le mois de septembre 2017, soit après la fin du congé maternité. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 100 % dans un travail sédentaire, soit une activité ne nécessitant pas d'effort de soulèvement à partir du sol et le port de charge permanent, autorisant le port de charge ponctuel proche du corps limité à 20 kg et évitant les bras tendus en avant en position debout ou assise et les positions en porte-à-faux avant ou latéral, tel que l'occupait actuellement l'assurée (celle-ci ayant retrouvé, dès le 1^{er} juillet 2018, un travail à 50 % auprès du S._____ dans la planification des soins à domicile).

Par avis SMR du 7 février 2019, la Dre J._____ a adhéré aux conclusions du rapport d'expertise du 7 janvier 2019.

Par projet de décision du 11 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars au 31 août 2017.

Par acte du 24 juin 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Yann Oppliger, avocat à Renens, a contesté le projet de décision de l'OAI.

Dans un rapport du 2 juillet 2019, la Dre U._____ a indiqué que le diagnostic retenu par l'expert psychiatrique ne correspondait pas au tableau clinique de l'assurée, celle-ci souffrant d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. A son avis, la capacité de travail était de 50 % dès 2015 et n'avait pas subi de modification depuis lors.

A teneur d'un avis SMR du 16 août 2019, la Dre J._____ a considéré que les éléments communiqués le 2 juillet 2019 par la Dre U._____ ne permettaient pas de remettre en question les observations faites par l'expert psychiatre. Il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 9 décembre 2019, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée du 1^{er} mars au 31 août 2017.

B. **a)** Par acte du 24 janvier 2020, T._____, par l'intermédiaire de son représentant, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 9 décembre 2019, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le droit à la rente devait être admis pour une durée indéterminée et le rester tant que les troubles psychiques et somatiques seraient présents, et subsidiairement à son annulation, avec renvoi à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle s'est prévaluée de la violation par l'OAI de son obligation d'instruire, a critiqué le rapport d'expertise du 7 janvier 2019 du Centre V._____ et a fait valoir que son incapacité de travail était toujours actuellement de 50 %.

b) Dans sa réponse du 25 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c) Répliquant le 26 mai 2020, T._____ a maintenu ses conclusions du 24 janvier 2020 et a requis qu'une expertise judiciaire soit ordonnée afin de lever le doute sur les contradictions existant entre les appréciations du Dr M._____ et de la Dre U._____.

d) Dans sa duplique du 15 juin 2020, l'OAI a indiqué qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas, se prévalant de la valeur probante du rapport d'expertise du 7 janvier 2019.

e) Le 13 août 2020, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Dans son rapport d'expertise judiciaire du 26 février 2021, le Dr R._____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyenne intensité, avec syndrome somatique, des autres troubles anxieux mixtes et des autres modifications durables de la personnalité. Il a estimé que la capacité de travail était de 50 % depuis le 12 août 2015 dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux troubles fonctionnels de la recourante (des fluctuations dépressives malgré le traitement appliqué ; une anxiété de fond ; une anxiété dans différentes situations comme confrontation à la réalité ou un stress majeur ; des ressources adaptatives limitées ; une modification de la personnalité avec une fragilité sous-jacente). Au surplus, il a recommandé que les données somatiques soient réactualisées au vu de leur évolution actuelle.

g) Se déterminant le 24 mars 2021, l'OAI, sur la base d'un avis du 16 mars 2021 de la Dre J._____, s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise du 26 février 2021 et a admis que la capacité de travail sur le plan psychiatrique de T._____ était restée de 50 % au-delà du mois d'août 2017. Néanmoins, il a proposé le renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur la question du statut de T._____ et sur

l'aggravation de son état de santé somatique pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2017.

h) Dans ses déterminations du 7 juin 2021, T. _____ a renoncé à formuler des remarques supplémentaires.

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 judiciaires (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. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) 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).

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 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)

6. Se fondant sur l'expertise réalisée le 7 janvier 2019 par le Centre V._____, l'office intimé a retenu que la recourante était capable de travailler dans son activité habituelle à 50 % du 12 août 2015 jusqu'au 31 août 2017 et à 100 % après la fin de son congé maternité, soit dès le mois de septembre 2017. L'incapacité de travail passagère était uniquement causée par l'atteinte psychiatrique.

a) Sur le plan somatique, il est constant que la recourante ne présentait, à la date de la décision litigieuse, aucune atteinte susceptible d'influer sur sa capacité de travail.

En effet, dans le rapport d'expertise du 7 janvier 2019, le Dr X. _____ a retenu que la recourante souffrait de douleurs cervicales séquellaires avec paresthésies du membre supérieur gauche et que la capacité de travail était entière dans un travail sédentaire. A cet égard, la critique de la recourante, selon laquelle son activité habituelle serait incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues (lesquelles sont, au demeurant, admises par l'intéressée) et que l'expert n'aurait pas procédé à un examen concret de l'adéquation entre l'activité exercée et les limitations fonctionnelles, tombe à faux. En effet, dans un premier temps, l'expert rhumatologue a pris en compte que la recourante travaillait dans la planification de soins à domicile au sein du S. _____ et en a conclu que l'activité habituelle de la recourante était sédentaire, ce qui n'est pas contesté. Dans un second temps, il a noté que, dans le cadre de son emploi, la recourante pouvait changer de position régulièrement et faire ses exercices d'étirement et qu'elle se levait en général toutes les 30 à 40 minutes pour s'étirer, marcher et arrondir son dos. L'expert a considéré que le travail sédentaire exercé par la recourante correspondait à ses limitations fonctionnelles, soit une activité ne nécessitant pas d'effort de soulèvement à partir du sol et le port de charge permanent, autorisant le port de charge ponctuel proche du corps limité à 20 kg et évitant les bras tendus en avant en position debout ou assise et les positions en porte-à-faux avant ou latéral. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique s'agissant d'un poste d'employée de commerce.

b) Sur le plan psychiatrique, il n'est en revanche pas possible d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions retenues par le Dr M. _____.

aa) Sur le plan formel, 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, la synthèse des principales pièces du dossier – dont il ne fait d'ailleurs que reproduire le contenu, sans prendre position –, la description d'une journée-type de la recourante et des considérations sur la cohérence et la plausibilité.

bb) Sur le fond, l'appréciation de cet expert est incomplète, insuffisamment motivée et contient de nombreuses contradictions.

Ainsi, il y a lieu de constater le caractère superficiel des renseignements recueillis dans le cadre de l'anamnèse malgré la bonne collaboration attestée de la recourante. Ce manquement est d'autant plus frappant à lecture des rapports des 23 novembre 2016, 13 juin 2017, 3 décembre 2017, 13 février 2018 et 2 juillet 2019 de la Dre U._____, laquelle relève des éléments totalement absents de l'expertise du Dr M._____, tels que, notamment, l'étendue de la maltraitance subie par la recourante dans son enfance, les facteurs de stress que représentent les rapports avec les pères de ses enfants, les épisodes de dépressions post-partum après la naissance des enfants en 2008 et 2017, ainsi que les difficultés rencontrées par la recourante sur son lieu de travail dès les mois de septembre 2017.

S'agissant des constatations objectives, l'expert psychiatre fait notamment état de l'absence de trouble de l'attention et de la concentration, et constate que la recourante présente une tristesse plutôt légère, que l'humeur n'est pas dépressive, qu'il n'y a pas de signe clinique en faveur d'un ralentissement psychomoteur et que l'élan vital n'est pas perturbé. Il ne retient aucun souvenir envahissant (flashback) ou cauchemar, alors même que l'expert rhumatologue relève que les cauchemars réveillent la recourante la nuit. A titre de ressources, l'expert psychiatre mentionne encore que la recourante a la capacité de donner un sens à sa vie, dispose de mécanismes d'auto-contrôle et protecteurs face à des situations de stress – lesquels ne sont toutefois pas décrits – et est bien entourée, ayant un nouveau compagnon depuis quatre mois, alors même que l'expert a relevé que la recourante n'avait plus aucun lien,

depuis une dizaine d'années, avec sa mère, son père, ses deux frères, sa sœur jumelle, et, depuis la séparation avec le père de son second enfant, avec une partie de ses amis. Or les constatations de l'expert sont en complète contradiction avec les observations de la Dre U._____, laquelle suit la recourante depuis le 24 avril 2010. Dans son rapport du 2 juillet 2019, lequel concorde d'ailleurs avec les rapports précédents des 23 novembre 2016, 13 juin 2017, 3 décembre 2017 et 13 février 2018, cette médecin fait état de ce que la recourante présente trois symptômes cardinaux du trouble dépressif, à savoir une humeur dépressive pratiquement toute la journée et presque tous les jours pendant au moins deux semaines, une diminution du sentiment de plaisir et de désir pour des activités habituellement agréables (avec diminution marquée des contacts sociaux) et une réduction de l'énergie / augmentation de la fatigabilité, ainsi que quatre symptômes secondaires, à savoir une diminution de l'élan vital, des sentiments de culpabilité, des troubles de la concentration et une perturbation du sommeil. En outre, elle note la présence d'importantes idées de dévalorisation et d'infériorité, d'importantes difficultés à se projeter dans l'avenir - notamment dans le rôle de mère -, des reviviscences et des cauchemars des abus et traumatismes vécus, une symptomatologie anxieuse et une hypersensibilité au stress.

Il convient également de relever l'absence de discussion structurée des diagnostics. Le Dr M._____ justifie notamment avoir retenu le même diagnostic de trouble dépressif que la psychiatre traitante, mais le qualifier d'intensité « plutôt » légère, dans la mesure où « au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, en tout cas depuis la naissance de son enfant en 2017 », les critères de la Classification internationale des maladies (ci-après : la CIM-10) pour reconnaître un degré de gravité sévère n'étaient pas remplis. En l'absence de renvoi aux éléments anamnestiques, aux observations cliniques effectuées ou aux critères de la CIM-10 évoqués, on ignore sur quels éléments l'expert a retenu ou écarté ses diagnostics, notamment s'agissant de l'intensité du trouble dépressif récurrent. Pour les mêmes raisons, on ne saisit pas les motifs justifiant une augmentation de la

capacité de travail de 50 à 100 % après la fin du congé maternité de la recourante au mois de septembre 2017, alors même que la Dre U. _____ indique clairement une absence d'amélioration de la symptomatologie anxiodépressive à cette période sur la base de constatations objectives (cf. rapports des 13 juin et 3 décembre 2017).

cc) Au vu des carences du volet psychiatrique de l'expertise du Centre V. _____, il n'était en l'occurrence pas possible de se prononcer sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique de la recourante. Partant, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

7. En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire du 26 février 2021 réalisée par le Dr R. _____, ce que ne conteste d'ailleurs pas les parties.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 26 février 2021 remplit en effet toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert judiciaire a rencontré la recourante à deux reprises. Il a examiné son dossier médical complet et est revenu sur son historique familial, personnel, professionnel, social et affectif. Il s'est renseigné sur ses loisirs, ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps, ainsi que sur ses relations avec ses anciens partenaires, son compagnon actuel et ses enfants. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes de la recourante, que celles-ci portent sur les atteintes psychiatriques ou somatiques. Il y a ainsi lieu de constater que l'anamnèse effectuée est complète et minutieuse.

b) Sur le plan matériel, l'expert judiciaire a examiné la situation à la lumière des différents indicateurs posés par la jurisprudence. Pour parvenir aux diagnostics retenus, il a pris en compte les plaintes de la recourante et les a confrontées à ses constatations objectives et aux résultats de tests psychologiques complémentaires, ces éléments correspondant par ailleurs à ceux décrits par la Dre U. _____ dans ses

différents rapports ; il a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il retenait les diagnostics posés. Pour évaluer la capacité de travail de la recourante, le Dr R._____ s'est attaché à distinguer clairement les éléments cliniques objectifs des aspects purement subjectifs. Il a considéré que la recourante était en souffrance psychique de longue date et que la situation ne s'était pas rétablie après son congé maternité. En résumé, l'appréciation de l'expert judiciaire est précise, détaillée, cohérente avec les éléments au dossier, fondée sur des constatations objectives et dûment motivée.

c) En conclusion, il y a lieu de retenir que, sur le plan psychiatrique, la recourante ne dispose plus, depuis le 12 août 2015, que d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, laquelle est adaptée.

8. a) A la lecture du rapport d'expertise judiciaire, il apparaît peu probable que la recourante aurait, après la naissance de son second enfant au mois de mars 2017, continué à exercer une activité à un taux de 100 %. Ce fait est corroboré par différentes pièces du dossier, tels que le rapport initial du 24 novembre 2016 et les notes d'entretien des 7 juillet 2017 et 25 août 2017, qui laissent à penser que la recourante souhaitait diminuer son taux d'activité à la suite de la naissance de son second enfant.

b) Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office intimé, 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), pour qu'il examine la question du statut de la recourante et, le cas échéant, mette en œuvre une enquête économique sur le ménage. Cette instruction devra également être étendue à la question de l'aggravation de l'état de santé somatique survenue au mois de novembre 2020, telle qu'elle a été signalée par le Dr R._____ (accentuation des douleurs physiques, associée à des manifestations neurologiques, et mise en arrêt de travail).

9. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) 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.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 3'500 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire sur la base de la liste des opérations produite le 7 juin 2021 par Me Yann Oppliger. Il n'y a donc pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément cette indemnité. Il convient néanmoins de prendre en considération le montant de l'avance déjà perçue au titre de l'assistance judiciaire. En effet, en date du 31 mars 2020, le juge instructeur a ordonné le versement d'une avance de 2'000 fr. à faire valoir sur l'indemnité d'office à venir, montant à concurrence duquel le canton de Vaud est subrogé dans la créance de dépens (art. 122 al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- 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 T. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens, l'Etat de Vaud étant subrogé à la créancière à hauteur du montant de l'avance de 2'000 fr. (deux mille francs) qu'il a effectuée.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Oppliger (pour T. _____),
- 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 :