

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par AXA-ARAG, Protection juridique, à Winterthur,

et

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

Art. 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce, a obtenu en [...] 2013 un brevet fédéral de spécialiste en ressources humaines. Elle travaillait alors, depuis le [...] 2010, en qualité de conseillère en personnel à plein temps pour l'Etat de Vaud, plus particulièrement pour [...].

Le 17 août 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail depuis le 4 novembre 2015 pour dépression majeure.

En réponse au questionnaire employeur, rempli le 4 octobre 2016, le Service du personnel de l'Etat de Vaud (ci-après : le SPEV) a indiqué que l'assurée aurait réalisé un salaire de 98'609 fr. en 2016, si elle n'avait pas été incapable de travailler.

Dans un rapport du 26 octobre 2016, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue G._____ ont posé les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis le mois d'octobre 2015, d'autre trouble spécifique de la personnalité avec traits abandonniques et composantes faux-self (F60.8) et d'autres troubles anxieux mixtes avec somatisations et attaques de panique (F41.3), tous deux existant depuis l'enfance ou l'adolescence. L'assurée leur avait décrit trois précédents épisodes dépressifs ; le premier épisode survenu à l'âge de 15 ans, le second alors qu'elle était en deuxième année d'apprentissage et le troisième après son divorce en [...]. Le présent épisode dépressif était apparu après avoir hébergé sa mère chez elle à la suite d'une opération chirurgicale ainsi qu'après s'être séparée de son concubin. Les praticiens

ont attesté une incapacité de travail totale du 25 novembre 2015 au 31 octobre 2016, puis à 80 % du 1^{er} novembre au 30 novembre 2016, à réévaluer. La reprise professionnelle à 20 % était un essai, étant précisé qu'une première tentative de réintégrer l'activité habituelle à faible pourcentage avait échoué en juin 2016. Ils ont ajouté que l'intéressée voulait reprendre le travail à tout prix et que cela constituait une difficulté : le trouble de la personnalité de l'assurée l'handicapait dans sa capacité à évaluer et à poser ses limites et la poussait à faire comme l'autre le souhaitait, et non en respectant ses limites et ses besoins, ce qui aboutissait au surmenage.

Dans un rapport du 9 novembre 2016 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de trouble anxio-dépressif existant depuis l'été 2015 et ayant un effet sur la capacité de travail. Il a précisé que l'assurée avait présenté une symptomatologie dépressive à la suite d'un conflit sentimental qui s'était aggravée dans le courant de l'été 2015 avec un abaissement de l'humeur, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, des troubles alimentaires et de la fatigue la limitant dans son activité professionnelle. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 4 novembre 2015. Le Dr Z._____ a précisé que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur en décembre 2015 qui s'était actuellement amélioré. La capacité de travail demeurait toutefois nulle.

Le 24 février 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de réinsertion, sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès d'un atelier d'art, du 30 janvier au 30 avril 2017. Cette mesure devait permettre à l'assurée d'atteindre une présence minimale de 4 heures par jour, dans l'objectif d'une reprise d'activité. L'intéressée avait en effet repris son activité habituelle à 20 % le 1^{er} novembre 2016, mais l'avait interrompue dès le 4 novembre suivant en raison de son état de santé (communication du 24 février 2017, proposition de décision de principe du 17 février 2017, note d'entretien du 12 janvier 2017).

Le 28 mars 2017, en réponse à une requête de l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lui a fait parvenir une copie de son rapport d'expertise du 11 octobre 2016. Dite expertise était adressée au Dr X._____, médecin conseil pour l'Etat de Vaud, qui l'avait mandaté. L'expert y posait les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent, en rémission partielle, de gravité actuelle légère (F33.5) et de trouble panique, en rémission partielle (F41.01), dans un contexte de personnalité borderline décompensée (F60.3) avec des défenses hypomanes. L'expert constatait que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles consistant en une capacité d'adaptation réduite, une résistance au stress amoindrie, des troubles de la concentration, des difficultés à définir des limites raisonnables et une identification à la souffrance d'autrui. Le pronostic demeurait réservé sur le plan psychiatrique, malgré la motivation de l'intéressée à reprendre son travail, la forte adhésion à la thérapie et l'adhésion au traitement psychotrope avec une bonne compliance médicamenteuse. L'incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique existait depuis le 4 novembre 2015. Au jour de l'examen, il était important de songer à une deuxième tentative de reprise de l'activité habituelle à réaliser de manière très progressive, à un pourcentage ne dépassant pas les 20 à 30 %. Ce taux pourrait être augmenté de manière progressive par la suite, en cas de réponse positive. S'il était prématuré de songer à un changement d'employeur, il se pouvait toutefois qu'une activité professionnelle, bien que toujours dans le conseil aux personnes, mais auprès d'entreprise n'ayant pas de visée sociale, soit plus adaptée pour l'expertisée.

Durant la première phase de la mesure de réinsertion, une évolution lentement favorable a été observée. En raison d'une fatigabilité importante, l'assurée n'a pas pu augmenter son taux de présence (proposition de mesure du 27 avril 2017). L'OAI a par conséquent décidé de prolonger la mesure de réinsertion, pour la période de mai à août 2017 (communication du 9 mai 2017). Durant le mois de mai 2017, l'assurée a pris l'initiative d'augmenter sa présence à 3 heures par jour (commentaire de la mesure du 1^{er} au 30 mai 2017), puis à 3 h 30 dans le courant de mois de juin (commentaire de la mesure du 1^{er} au 30 juin 2017). Au mois

d'août 2017, l'intéressée a augmenté son taux de présence à 4 heures par jour. Cela s'est avéré difficile et s'est fait ressentir sur son état de santé, notamment par des maux de dos. Afin de lui permettre de terminer ses projets en cours, l'OAI a accordé à l'assurée une prolongation de la mesure jusqu'au 30 septembre 2017, à raison de 3 h 30 par jour (note d'entretien du 25 août 2017, communication du 30 août 2017).

Dans l'intervalle, la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud a rendu une décision le 30 juin 2017 dans laquelle elle allouait à l'assurée une rente d'invalidité totale avec effet au 1^{er} septembre 2017. L'OAI en a été informé le 6 juillet 2017, lors d'un entretien téléphonique avec une responsable du Service du personnel. Celle-ci a précisé qu'au vu de la décision qui avait été rendue, les rapports de travail cesseraient au 31 août 2017.

Dans un rapport du 19 juillet 2017, adressé à l'OAI en réponse à un questionnaire de son Service médical régional (ci-après : SMR), le Dr B._____ et la psychologue G._____ ont confirmé leurs précédents diagnostics. Ils ont précisé que l'évolution de l'état de santé était lente. La patiente présentait une anxiété latente quasi permanente liée notamment à son besoin de bien faire, une difficulté à gérer son quotidien et restait encore très fragile au regard de l'autre et au sien, qui était très sévère et exigeant. Elle présentait encore des troubles de la mémoire et de la concentration, de l'anhédonie, une perte de l'élan vital, des idées noires, une fatigue chronique, des troubles du sommeil et des ruminations. Au quotidien, elle essayait tant bien que mal de maintenir une hygiène de vie correcte, peinant à se préparer les repas tous les jours et faire sa lessive. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, tout comme dans une activité adaptée, depuis décembre 2016, date de la dernière tentative de reprise de l'activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'anxiété latente et au besoin de trop bien faire, aux somatisations et au trouble dépressif.

Dans un avis SMR du 27 octobre 2017, la Dre R._____, spécialiste en chirurgie, a indiqué que le dossier de l'assurée avait été

discuté en permanence psychiatrique au sein du SMR. Au plan médical, les médecins se sont étonnés de la persistance, depuis presque deux ans, d'un épisode dépressif sévère, malgré une prise en charge apparemment conduite dans les règles de l'art. Les rapports du thérapeute n'étaient au demeurant pas suffisamment détaillés s'agissant des diagnostics, des manifestations somatiques de l'atteinte anxieuse et des limitations fonctionnelles. La Dre R._____ a donc préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 6 juin 2018, l'OAI a ordonné une expertise et l'a confiée à la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir vu l'assurée à sa consultation en date du 11 juillet 2018, l'experte a rendu son rapport le 4 août 2018, dans lequel elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et de personnalité narcissique (F60.9), non incapacitante. L'experte a retenu que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, n'ayant pas les assises narcissiques et la souplesse psychique nécessaire pour travailler dans le domaine social. Elle disposait toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, notamment dans le domaine commercial dans lequel elle avait précédemment évolué. Cette capacité existait à tout le moins depuis le mois d'août 2018. La Dre M._____ a précisé que les mesures médicales actuelles étaient inadaptées pour l'intéressée, qui ne supportait pas sa thérapie et se sentait humiliée par les soins qu'elle recevait. Elle a également préconisé l'interruption de la prise d'antidépresseurs qui favorisaient très probablement les troubles du sommeil et entretenaient les défenses hypomanes de l'expertisée.

Dans un avis SMR du 15 octobre 2018, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré, sur la base des rapports médicaux, que l'assurée disposait d'aptitudes inaltérées dans le champ d'activité inhérent à son CFC, hors de toute implication dans la prise en charge de personnes en détresse existentielle. Sa capacité de travail était ainsi totale et complètement exigible, dans son emploi initial.

Lors d'un entretien du 26 novembre 2018, l'OAI a proposé à l'assurée des séances de coaching pour travailler sur sa confiance en elle et en ses compétences, ainsi que sur son sentiment de honte. L'assurée était apparue très fragile sur le plan psychique, peinant à se mobiliser et se fixant un objectif par jour sans arriver à l'atteindre. Elle devait pourtant pouvoir se mobiliser, afin d'aller de l'avant, ce qui avait justifié cette mesure (note d'entretien du 26 novembre 2018, mandat d'intervention précoce et réadaptation du 27 novembre 2018). Le 2 avril 2019, l'assurée a informé l'OAI qu'elle souhait repousser la mesure proposée, ne se sentant pas prête pour le moment.

Le 10 avril 2019, l'OAI a adressé au Dr B. _____ une copie du rapport d'expertise du 4 août 2018.

Le 25 avril 2019, la psychologue G. _____ s'est entretenue au sujet de l'état de santé de l'assurée avec un collaborateur de l'OAI. Elle a indiqué que sa patiente avait encore des idées suicidaires scénarisées, qu'elle souffrait d'un trouble alimentaire et n'était plus capable de fonctionner. L'intéressée avait fait appel au Centre médico-social pour l'aider à faire le ménage et avait le soutien d'un assistant social pour l'aider à gérer son administratif. Cela montrait une amélioration de la situation car l'assurée acceptait désormais une aide. Elle n'était toutefois pas prête à entamer une mesure de réadaptation. La psychologue a confirmé ses diagnostics et a indiqué ne pas comprendre que soit retenue une pleine capacité de travail de l'intéressée.

Dans une attestation du 29 avril 2019, le Centre médico-social a confirmé les informations transmises par la psychologue à l'OAI, précisant qu'il intervenait auprès de l'assurée depuis le 27 février 2019.

Dans un rapport final de réadaptation du 17 octobre 2019, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a considéré que si l'assurée avait été en mesure de suivre des mesures de réadaptation, l'OAI lui aurait proposé une remise à niveau dans le domaine du commerce, cette activité étant adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il

a ainsi retenu un revenu sans invalidité de 98'609 fr. 03 et un revenu avec invalidité de 71'819 fr. 96, selon le tableau TA1, activité de service administratif, niveau 3, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Le degré d'invalidité s'élevait à 21,17 %.

Le 21 octobre 2019, l'assurée a fait un tentamen médicamenteux à la suite d'un conflit avec son ex-compagnon. Elle a été admise dans le service de psychiatrie et psychothérapie générale de la Clinique de S._____, jusqu'à sa sortie le 31 octobre 2019 (avis de sortie du 20 novembre 2019 de la Dre U._____. Elle a par la suite été suivie par le Centre de Thérapie Brève (CTB) de la Fondation de S._____.

Dans un projet de décision du 23 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a considéré qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations, à savoir une fragilité émotionnelle incompatible avec une activité en lien avec des personnes elles-mêmes fragilisées psychiquement et/ou existentiellement. Cette capacité pouvait être mise en valeur en tant qu'employée de commerce, soit dans sa formation initiale. En application de la méthode de comparaison des revenus, l'assurée présentait ainsi un degré d'invalidité inférieur au seuil légal de 40 % donnant droit à une rente d'invalidité.

Le 7 novembre 2019, lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a fait part de son objection à l'encontre du projet de décision. Par courrier du même jour, l'OAI l'a invitée à lui faire parvenir des rapports médicaux détaillés.

Le 26 novembre 2019, AXA-ARAG, le mandataire de l'assurée, a confirmé à l'OAI que cette dernière contestait le projet de décision. Il a ajouté qu'elle avait fait face à de graves difficultés et avait dû se faire hospitaliser à la suite d'une tentative de suicide. Dans ces circonstances, il paraissait inenvisageable d'exiger d'elle la reprise d'une quelconque activité professionnelle, tant que son état de santé psychique n'avait pas été clarifié.

Dans un rapport du 9 décembre 2018, la Dre H. _____, cheffe de clinique adjointe au CTB, et le psychologue assistant K. _____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) existant depuis le 1^{er} novembre 2019. Bien qu'un pronostic précis ne puisse être posé, les données épidémiologiques et la récurrence du trouble dépressif malgré une prise en charge intégrée et intensive depuis quatre ans étaient des facteurs prédictifs négatifs. Sans poursuite des mesures déjà en place, il y avait un risque important de chronicisation et de désinsertion socio-professionnelle. Une reprise professionnelle n'était actuellement pas envisageable. La capacité de travail de l'assurée était nulle, quel que soit le type d'activité proposé. Son état psychique et son trouble de la personnalité faisaient obstacle à une réadaptation. Concernant les limitations fonctionnelles, les médecins ont souligné une discrépance entre les ressources présentées par la patiente en entretien et les difficultés majeures observées à domicile. Les difficultés relationnelles majeures de l'intéressée entravaient également les interactions sociales nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle. Une récurrence d'éléments dépressifs, comme la faible estime d'elle-même, la perte d'espoir et la fatigabilité, diminuaient de manière considérable sa capacité de travail.

Par courrier du 9 décembre 2019 à l'OAI, AXA-ARAG a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était modifié durablement et notablement, de sorte qu'il se justifiait que l'OAI reprenne l'instruction du dossier.

Le 18 février 2020, la psychologue G. _____ a adressé à l'OAI une copie d'un rapport rédigé le 14 février 2020 à l'attention d'AXA-ARAG. Dans ce rapport, le Dr B. _____ et elle-même confirmaient leurs diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (évalué le 20 janvier 2020), sans symptômes psychotiques (F33.2), d'autre trouble spécifique de la personnalité avec traits évitant et borderline (F60.8), d'autre trouble anxieux mixte avec somatisations (F41.3), de trouble

panique en rémission partielle (F41.0) et d'autre trouble de l'alimentation de type accès hyperphagiques (F50.8). Les praticiens contestaient le diagnostic non incapacitant de trouble de la personnalité narcissique posé par l'experte M._____, relevant que l'assurée ne remplissait pas les critères de ce diagnostic, en particulier le manque d'empathie. La patiente en possédait en effet trop. Elle souffrait d'un manque d'estime de soi sévère, était persuadée qu'elle ne méritait rien, se sentait coupable de tout et se faisait exploiter dans ses relations avec les autres. Ces composantes étaient incompatibles avec les critères d'un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique.

Par avis du 20 mai 2020, le Dr P._____, du SMR, a considéré que les nouveaux éléments du dossier ne modifiaient pas la position de l'OAI. Les derniers rapports médicaux faisaient essentiellement part d'une hospitalisation de courte durée pour un tentamen médicamenteux à la suite d'un conflit avec l'ex-compagnon. Si une période d'incapacité de travail en rapport avec cet épisode pouvait être admise, cela ne modifiait pas l'appréciation de l'experte. L'assurée présentait en effet un trouble de la personnalité depuis de nombreuses années qui ne l'avait jamais empêché de travailler et de se former. A plusieurs reprises, des discordances ont en outre été décrites entre les ressources de l'intéressée lors des entretiens et la description faite à domicile. Enfin, le fait que l'assurée bénéficie déjà d'une rente de sa caisse de pension n'aidait pas à une reprise d'une activité professionnelle.

Par décision du 8 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant le projet de décision du 23 octobre 2019. S'agissant du droit à des mesures professionnelles, l'OAI a relevé que l'assurée n'avait pas souhaité entrer dans une démarche de réinsertion professionnelle.

B. Par acte de son mandataire du 26 juin 2020, T._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 8 juin 2020, concluant principalement à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, et

subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit la question de sa capacité de travail à la suite de son tentamen. Elle a en outre contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre M._____. Il était ainsi erroné de considérer que sa capacité de travail était entière dans les activités commerciales antérieurement déployées, alors que l'exercice de ces activités n'avait pas empêché des décompensations antérieures et que la décompensation de 2015 ne saurait trouver sa seule explication dans l'exercice de l'activité professionnelle de conseillère en personnel. L'experte n'avait de surcroît pas suffisamment investigué la question de son réseau social et du déroulement de son quotidien. Le rapport d'expertise du 4 août 2019 ne remplissait enfin par les réquisits jurisprudentiels applicables aux expertises psychiatriques.

Par réponse du 13 août 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Renvoyant à l'avis du SMR du 20 mai 2020, il a précisé qu'il y avait lieu de faire preuve de réserve à la lecture des constatations émanant des médecins et psychiatres traitants afin de tenir compte de leur position de confidents que leur conférait leur mandat. En l'occurrence, le psychiatre traitant n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause sa position.

Par courrier du 21 août 2020, la recourante, par son mandataire, a fait savoir que la réponse de l'intimé n'appelait à aucune observation et a confirmé les conclusions prises au pied de son recours.

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 des prestations d'assurance, plus particulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) 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).

b) 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.

a) S'agissant du rapport d'expertise de la Dre M._____, on observera d'emblée qu'il laisse transparaître un manque de distance de l'experte à l'égard de l'attitude de l'assurée durant l'entretien clinique. L'experte écrit notamment qu'elle « prend alors le parti de confronter rapidement l'assurée à son comportement et de lui montrer à quel point il constitue une forme d'agression contre lui » (rapport d'expertise du 4 août 2018, page 9, point 4.3), elle qualifie le comportement de l'intéressée de « désobligeant » (rapport, page 10) et elle explique s'être retrouvée dans une « position ingrate » (rapport, page 12). Ce manque de distance peut faire craindre un défaut d'objectivité de la part de l'experte, ce qui exclurait de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport. Cela étant, la valeur probante de ce rapport doit être niée, pour les motifs exposés ci-après.

Le rapport d'expertise ne satisfait en effet ni au nouveau schéma d'évaluation introduit par l'ATF 141 V 281, ni aux critères généraux permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

A cet égard, le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse. En effet, l'anamnèse systématique qui relate les précédents épisodes dépressifs de l'assurée est particulièrement peu détaillée. Il est toutefois essentiel d'analyser ces épisodes de manière approfondie, au vu du caractère récurrent du trouble dépressif reconnu par l'experte et ce dans l'optique de l'examen des ressources de l'assurée. Une étude plus circonstanciée de l'anamnèse familiale s'imposait également, dans la mesure où la recourante indique « avoir pris le rôle de celle qui aide ». On s'étonne encore que l'experte se soit limitée à relater la dernière relation amoureuse de la recourante dans le cadre de l'anamnèse sociale, qui ne contient aucune information sur le réseau social de l'assurée. Or, ces informations sont indispensables à l'examen des ressources. L'experte renonce même à fournir une description détaillée d'une journée-type de la recourante, motif pris de sa variabilité. Cet élément est pourtant primordial pour déterminer les répercussions de la maladie psychique de l'intéressée dans les différents aspects de sa vie quotidienne, y compris la variabilité qui doit être analysée sous l'angle des ressources. Quant à l'exposé des plaintes, il est laconique et centré sur une atteinte somatique, l'expertisée souffrant d'un lumbago. Il est de surcroît surprenant de constater que l'anamnèse professionnelle ne contient aucune information sur ce qu'a vécu la recourante dans les emplois ayant précédé celui de conseillère en personnel auprès de l'Etat de Vaud. On ignore entre autres la qualité de ses relations avec la clientèle et sa hiérarchie, ses réactions face à un éventuel stress professionnel, les causes de la fin de ses rapports de travail, soit les éléments nécessaires à l'appréciation exhaustive de l'influence d'un trouble psychique, particulièrement d'un trouble de la personnalité, sur la capacité de travail. Il est en effet insuffisant d'affirmer que l'assurée a pu travailler dans d'autres secteurs, notamment commerciaux, par le passé pour conclure que tel peut être le cas à l'avenir, sans disposer d'informations complètes sur ces activités

antérieures. La mention d'une discrédance entre les ressources présentées par la patiente en entretien et les difficultés majeures observées à domicile (rapport du 9 décembre 2018 de la Dre H._____ et du psychologue K._____) démontre encore la nécessité d'établir une anamnèse plus fouillée. L'anamnèse établie par l'experte s'avère ainsi lacunaire.

Si l'experte s'est référée à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10) pour poser ses diagnostics, elle ne les a toutefois que brièvement étayés. L'experte ne discute pas non plus de l'évolution de la gravité du trouble dépressif récurrent depuis 2015 et, partant, de son influence sur la capacité de travail depuis lors. En outre, alors que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/218 du 28 juin 2018 consid. 4.2), et quand bien même l'existence d'un trouble de la personnalité paraît incontestable, les critiques du Dr B._____ s'agissant du trouble de la personnalité narcissique discréditent l'experte. Ce trouble est caractérisé, selon la CIM-10, par un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie. Or, il apparaît au contraire que la recourante se montre trop empathique envers les autres. Le Dr B._____ et la psychologue G._____ l'ont relevé dans leur rapport du 18 février 2020, tout comme la responsable de l'atelier d'art qui a indiqué que l'intéressée montrait de l'intérêt pour l'autre, qu'elle était à l'écoute de l'autre, parfois même au détriment d'elle-même (commentaires évaluation de la mesure des mois de mars et avril 2017). La recourante souffre également d'un manque d'estime de soi et est persuadée qu'elle ne mérite rien, ce qu'ont constaté tant ses médecins traitants que la Dre H._____ et le psychologue K._____, dans leur rapport du 9 décembre 2018. Le collaborateur de l'OAI qui s'est entretenu avec l'assurée le 26 novembre 2018 a remarqué qu'elle présentait un sentiment de culpabilité et de honte, ainsi qu'un manque de confiance en elle, rejoignant les constatations du Dr B._____. Ces aspects de la personnalité de la recourante vont à l'encontre des critères de diagnostic d'une personnalité narcissique. Par ailleurs, on

ignore sur quels éléments précis l'experte s'est fondée pour retenir son diagnostic, les explications figurant en page 13 de son rapport étant pour le moins sommaires. Force est de constater que les diagnostics retenus par l'experte, d'une part, et par les médecins traitants de la recourante, d'autre part, sont contradictoires et que l'appréciation de ces derniers suffit à mettre en doute l'avis de l'experte.

Dans son évaluation de la capacité de travail, la Dre M._____ ne procède en outre à aucune appréciation rétroactive de celle-ci ni de son évolution dans le temps. En pages 16 et 17 de son rapport, elle reproduit seulement des éléments anamnestiques sans aucune évaluation médicale quantitative, alors même que cela relève précisément de son mandat. L'experte ne discute au demeurant pas de l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr F._____ qui l'évaluait à 50 %, tandis qu'elle examine très sommairement celle du psychiatre traitant. Elle n'explique pas davantage les motifs qui lui permettent d'écarter leurs appréciations. L'experte mentionne par ailleurs des capacités adaptatives faibles, sans toutefois discuter de leurs incidences sur la capacité de travail. Enfin, l'épisode dépressif sévère de l'automne 2019, qui a conduit l'assurée à un tentamen médicamenteux, démontre la nécessité d'un examen plus approfondi de l'influence du trouble dépressif sur la capacité de travail de l'assurée à long terme. Ainsi, l'analyse de la Dre M._____ est incomplète.

L'experte critique de surcroît la prescription de la médication psychotrope faite par le Dr B._____, estimant qu'elle est contre-productive et entretient les défenses hypomanes de l'assurée. On s'étonne pourtant que la Dre M._____ n'ait pas procédé à un dosage médicamenteux, comme l'avait fait le Dr F._____ avant elle. Cet examen s'imposait, d'autant plus qu'elle considère que le traitement médicamenteux a pour seul effet d'assommer l'assurée (rapport d'expertise, page 13). Les conclusions de l'experte sont d'ailleurs contredites par ses propres constatations. La psychiatre indique en effet, dans son évaluation de la cohérence (rapport d'expertise, page 14, point 7.3) qu'elle n'a constaté ni ralentissement psychomoteur, ni trouble

objectif de la concentration et de l'attention. L'experte critique également la prise en charge psychiatrique de l'assurée, avec pour corollaire que le traitement ne paraît pas avoir été suivi dans les règles de l'art. Il est toutefois impossible de tirer la moindre conclusion de cette prise en charge hypothétiquement déficiente sur les ressources et sur la capacité de travail de la recourante. L'analyse de l'experte est dès lors incomplète.

L'analyse de l'indicateur du succès ou de la résistance lors de la réadaptation est également lacunaire. L'experte ne procède qu'à des développements succincts, considérant qu'aucune tentative n'avait encore été faite jusqu'alors et que les exigences de l'atelier de réentraînement au travail étaient trop faibles. On peut s'étonner du fait que l'experte psychiatre estime qu'aucune tentative de réadaptation n'a été réalisée, alors même qu'elle évoque l'atelier de réentraînement à l'endurance. Cela étant, elle n'explique pas pourquoi elle juge que les exigences de cet atelier étaient trop faibles, se limitant à l'affirmer de manière péremptoire.

Au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante ne peut être conférée au rapport d'expertise de la Dre M._____. Les conclusions de l'experte sont insuffisamment étayées, ne procèdent pas d'une discussion générale où auraient été intégrés, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier, les indications subjectives et les observations cliniques. L'anamnèse s'avère également lacunaire.

b) Les autres pièces présentes au dossier ne permettent pas de suppléer à l'expertise. Les rapports du Dr B._____ et de la psychologue G._____ ne contiennent pas d'explication objectivée sur la permanence de l'incapacité de travail, nonobstant la longue durée et la régularité de la prise en charge thérapeutique. Ils ne discutent pas davantage de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. S'agissant des rapports établis par les médecins de la Fondation et de la Clinique de S._____, à la suite du tentamen médicamenteux de l'assurée, ils ont trait à une période limitée dans le temps et n'évoquent pas la capacité de travail antérieure à la prise en charge. Ils ne sauraient

ainsi suffire pour se prononcer sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'évaluation de la capacité de travail relève en outre de la compétence des médecins, ce qui exclut toute valeur probante aux appréciations des intervenants de l'atelier d'entraînement à l'endurance. Quant au rapport d'expertise du Dr F. _____ du 11 octobre 2016, il ne permet pas non plus d'apprécier la capacité de travail de l'assurée conformément aux exigences jurisprudentielles applicables en l'espèce, l'expertise ayant été ordonnée par l'institution LPP à laquelle l'assurée était affiliée. Ce rapport est en outre trop ancien. Enfin, on précisera que l'octroi d'une rente du 2^{ème} pilier ne saurait préjuger d'une invalidité similaire en matière AI, la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud connaissant le principe d'invalidité de fonction (cf. art 59 du Règlement des prestations de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud).

c) L'intimé ne pouvait dès lors rejeter la demande de prestations de la recourante en se fondant sur le rapport d'expertise de la Dre M. _____. La cause doit en conséquence être renvoyée à l'OAI auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGA). Il lui incombera ainsi de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 8 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au 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. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille 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 à :

- AXA-ARAG, Protection juridique (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 :