

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], mère de trois enfants nés en 2005, 2007 et 2012, de nationalité suisse, a travaillé en dernier lieu comme femme de chambre pour J._____.

Le 28 janvier 2016, J._____ a licencié l'assurée pour le 29 février 2016.

Dans un rapport du 23 mars 2016 au médecin-conseil d'APG._____, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dépression atypique, réactionnelle (F32.2) pour laquelle il a attesté d'une incapacité de travail totale et prescrit un neuroleptique.

Le 21 juin 2016, l'assurée a déposé, par l'intermédiaire d'APG._____, une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué qu'elle se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 29 janvier 2016 en raison d'une dépression.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a joint à son dossier celui d'APG._____ le 21 juin 2016 (il sera mis à jour le 3 janvier et 4 octobre 2017).

Dans un rapport du 13 novembre 2016, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au G._____, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de probable état dépressif réactionnel suite à des difficultés relationnelles au travail et licenciement avec un probable conflit conjugal. Elle a attesté d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 mai 2016 puis de 50 %

jusqu'au 31 juillet 2016, ceci sans être en mesure de se prononcer sur le pronostic.

APG._____ a confié un mandat d'expertise au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'évaluer plus précisément la capacité de travail de l'assurée. Dans un rapport du 28 novembre 2016, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), actuellement en rémission partielle et d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11). Il a mentionné un contexte de difficultés liées à l'emploi et au chômage ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité paranoïaque. Il a retenu une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 janvier 2017 puis à 50 % dès le 1^{er} février 2017 avec reprise à un taux d'activité de 100 %, sans diminution du rendement, dès le 1^{er} mars 2017.

Dans un rapport du 5 décembre 2016 au médecin-conseil d'APG._____, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au G._____, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3). Elle a indiqué que l'assurée présentait un tableau clinique dépressif, avec des idées de persécution et la conviction d'un complot à son encontre sur lequel elle ne donnait pas de détails. La Dre D._____ a attesté une incapacité de travail totale et indiqué que l'assurée bénéficiait d'une médication antidépressive et neuroleptique.

Dans un rapport du 13 décembre 2016 à l'OAI, la Dre D._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2) de trouble de la personnalité sans précision, avec traits paranoïaques (F60.9). Elle a attesté une incapacité de travail totale, sous réserve d'une brève période à 50 % et indiqué que l'assurée bénéficiait d'une médication antidépressive et neuroleptique.

Dans un rapport du 11 juillet 2017 au médecin-conseil d'APG._____, la Dre D._____ a fait état des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Elle a indiqué qu'aucune capacité de travail dans l'activité habituelle n'était exigible et qu'il conviendrait de réévaluer la situation dans quatre à six mois. La psychiatre traitante a mentionné un traitement par antidépresseur et neuroleptique.

Dans un avis du 4 septembre 2017, la Dre K._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'OAI a mandaté à cette fin le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport d'expertise du 19 septembre 2018, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01) et a exclu un trouble de personnalité. Il a estimé que l'assurée ne bénéficiait d'aucune capacité de travail dans l'activité habituelle (pp. 27-28, ch. 8.1). Il a préconisé, après la mise en place d'un traitement efficient permettant de réduire la symptomatologie anxiodépressive, une évaluation de sa capacité de travail par le biais de mesures de réadaptation, mentionnant que, dans un premier temps, l'assurée pourrait travailler à un taux d'activité de 20 % dans un milieu bienveillant puis augmenter progressivement son activité en fonction de sa résistance (p. 28, ch. 8.2/b et pp. 28-29 ch. 8.3).

Invoquant des contradictions dans le rapport d'expertise du Dr S._____, la Dre K._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (avis SMR du 29 janvier 2019).

L'office AI a confié la deuxième expertise au Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 7 septembre 2019, le Dr E._____ a confirmé l'évaluation du Dr P._____ et exclu, sur le plan médico-théorique, tout diagnostic incapacitant dès le 1^{er} mars 2017. Après cette date et sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un probable trouble de l'adaptation avec perturbation des autres émotions, en rémission (F43.23) dans un contexte de difficultés liées à l'emploi et à l'adaptation à une nouvelle étape de vie (pp. 19-22). L'expert précité a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle et qu'il n'était pas nécessaire de définir une activité adaptée (p. 23).

Dans un rapport du 11 novembre 2019, la Dre K._____ du SMR a confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr E._____ et estimé la capacité de travail entière dans toutes activités dès le 1^{er} mars 2017.

Dans un projet de décision du 7 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2017. Il a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 29 janvier 2016 au 1^{er} mars 2017. Dès cette date, l'OAI a imputé une pleine capacité de travail à l'intéressée dans son activité habituelle comme dans toutes autres activités au motif que l'assurée ne présentait plus d'atteinte incapacitante.

Les 7 février et 11 mars 2020, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a fait valoir ses objections au projet de décision susmentionné. Dans le cadre de la procédure d'audition, elle a produit un rapport du 4 mars 2020 de la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au G._____, par lequel cette spécialiste a informé l'OAI de l'adaptation du traitement neuroleptique en raison de nouvelles pistes diagnostiques orientant vers le registre de la psychose.

Entretemps, l'assurée a déposé, le 13 février 2020, une demande d'allocation pour impotent.

Dans un rapport médical pour les personnes imputables AVS/AI du 27 avril 2021 à l'OAI, le Dr H._____, a précisé qu'il avait retenu une dépression atypique en 2016. Rétrospectivement, il était d'avis qu'un délire de persécution s'était installé avec une première poussée psychotique, non reconnue par certains intervenants. Il a fait savoir qu'une deuxième poussée psychotique récente était survenue avec l'arrêt du neuroleptique et qu'une IRM cérébrale de contrôle du 26 mars 2020 s'était par ailleurs avérée normale.

Interrogée par le SMR (cf. avis du 24 août 2020 du Dr C._____), la Dre B._____ a posé, dans un rapport du 13 novembre 2020, le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif, de type dépressif (F25.1) depuis « au moins 2018 ». Elle a plus particulièrement mentionné un tableau actuellement dépressif associé à des hallucinations auditives, des idées de persécution, de contrôle et de concernement. Elle a précisé qu'elle avait adapté le traitement neuroleptique et a qualifié le pronostic de « réservé ». La Dre B._____ a expliqué que sa patiente ne bénéficiait plus d'aucune capacité de travail, ceci quelle que soit l'activité concernée.

Dans un avis SMR du 16 décembre 2020, le Dr C._____ a conclu que les rapports complémentaires n'apportaient pas d'éléments objectifs motivant le diagnostic d'un trouble mental ou psychique nouveau ou en aggravation notable.

Par décision du 22 avril 2021, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a entériné l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} janvier au 31 mai 2017, reprenant les termes de son projet de décision du 7 janvier 2020.

B. **a)** Par acte du 20 mai 2021, complété le 15 juin 2021, R._____, assistée de Me Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de

l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. La recourante conteste l'appréciation médicale et la capacité de travail résultant du rapport du Dr E._____. Elle produit à l'appui de son recours un rapport du 7 juin 2021 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au G._____, qui confirme le trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) et retient que le pronostic est « plutôt très faible », ceci malgré l'adaptation des traitements neuroleptiques. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise.

b) Dans sa réponse du 6 juillet 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère à un avis du 28 juin 2021 du Dr C._____ du SMR selon lequel le rapport susmentionné du Dr Z._____ n'apporte pas d'élément nouveau.

c) Par écritures des 22 juillet, 30 août et 8 septembre 2021, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

d) Le 2 novembre 2021, le magistrat instructeur a confié au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de la recourante.

e) Dans son rapport d'expertise judiciaire du 17 février 2022, le Dr L._____ retient le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), entraînant une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis le 27 janvier 2016 (pp. 17-20).

f) Dans ses observations du 10 mars 2022, la recourante a modifié ses conclusions dans le sens d'une réforme de la décision attaquée et de l'octroi d'une rente AI entière dès le 1^{er} janvier 2017.

g) Le 15 mars 2022, l'OAI s'est référé à un avis SMR du 2 mars 2022 du Dr C._____, lequel reconnaissait une pleine valeur

probante à l'expertise du Dr L. _____ et admettait sans réserve l'appréciation diagnostique et l'analyse des limitations et ressources.

h) Le 29 mars 2022, la recourante a confirmé ses conclusions.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 22 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour 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).

c) aa) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

bb) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

cc) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

bb) Il convient 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).

cc) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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. a) En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise du 7 septembre 2019 du Dr E._____, qui confirmait l'évaluation du Dr P._____ (rapport du 28 novembre 2016), a estimé que la recourante disposait, sur le plan médico-théorique, d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2017. De son côté, la recourante a remis en cause le bien-fondé de l'évaluation médicale au dossier de l'assurance-invalidité.

Le Dr E._____ a notamment constaté ce qui suit à l'examen clinique (p. 14) :

« Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique. L'assurée n'est pas en proie à des délires ou hallucinations. Il n'y a pas d'attitude d'écoute. Il n'y a pas de bizarreries.

La cohérence du moi est préservée. Il n'y a pas de symptômes négatifs de la psychose. »

Le second expert mandaté par l'OAI a ainsi examiné la question d'une éventuelle atteinte relevant du registre de la psychose qui, bien que déjà existante, n'était pas encore perceptible, si bien qu'il n'est pas parvenu à les identifier à l'examen pour des motifs que le Dr E._____ expliquera ensuite de manière tout à fait convaincante au stade de l'expertise judiciaire (cf. consid. 7a ci-dessous).

A l'appui de son recours, l'intéressée a produit plusieurs rapports de ses psychiatres traitants qui orientaient ces derniers vers le registre de la psychose (rapport des 4 mars et 13 novembre 2020 de la Dre B._____ ; cf. aussi rapport du 7 juin 2021 du Dr Z._____). Dans le cadre de la procédure visant à l'octroi d'une allocation pour impotent, le Dr H._____ a précisé, dans un rapport du 27 avril 2021 à l'OAI, les circonstances dans lesquels il a qualifié les symptômes dépressifs constatés en 2016 d'atypiques et mentionné deux poussées psychotiques.

b) Se considérant insuffisamment renseigné au sujet d'un possible diagnostic différentiel non exploré par les Drs P._____ et E._____, élément décisif pour trancher l'affaire en toute connaissance de cause, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, confiée au Dr L._____.

7. a) Le Dr L._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), entraînant une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis le 27 janvier 2016 (pp. 17-20). Se référant à une classification médicale reconnue des troubles psychiques, il a soigneusement motivé le diagnostic retenu et les raisons pour lesquelles il s'écartait des précédents experts en ces termes (pp. 13-15, ch. 5.2 et 5.3) :

« 5.2 Argumentation du diagnostic retenu

(...)

Dans le cas présent, l'évolution à ce jour permet de poser un diagnostic de trouble schizo-affectif.

L'intéressée a d'abord eu la présentation d'un épisode dépressif. Celui-ci était toutefois atypique, comme l'a souligné tout au départ le médecin traitant de l'intéressée qui a d'emblée prescrit un neuroleptique (antipsychotique) à petite dose.

Dans les faits, R. _____ était d'ores et déjà délirante. C'est pour ce motif qu'elle a présenté des troubles du comportement au travail. Elle a été licenciée pour ce motif.

Comme nombre de psychotiques, l'intéressée était partiellement anosognosique dans le sens qu'elle ne se reconnaissait pas comme malade. Elle réussissait aussi à cacher sa problématique délirante. Elle n'en a pas parlé à ses proches. Ceux-ci ont toutefois constaté des rires immotivés. Les enfants de l'intéressée posaient des questions à leur père à ce sujet.

Le médecin de famille a dirigé R. _____ vers une psychiatre (...). L'intéressée n'a pas coopéré. Il est vraisemblable qu'elle ait inclus cette consœur dans son délire, à l'instar de ce qui est arrivé pour son mari et d'autres proches.

Ce n'est finalement qu'au printemps 2020 que les symptômes psychotiques ont été objectivement constatés par le médecin de famille qui a formellement retenu une psychose à côté d'une symptomatologie dépressive.

On a aujourd'hui de bons arguments pour admettre que l'intéressée a relevé, dès 2016, d'un tableau dépressif et d'un tableau psychotique, même si cette deuxième problématique n'a été formellement reconnue que sur le tard. Elle explique cependant les troubles du comportement que l'intéressée a développés au travail et qui l'ont menée à son licenciement. Elle explique la désinsertion socioprofessionnelle qui a suivi.

Ce tableau clinique dépressif et psychotique (hallucinations auditives, délire de persécution, symptômes négatifs et symptômes dépressifs épars) a duré plusieurs années avec des hauts et des bas de faible amplitude.

L'évolution actuelle va dans le sens d'une psychopathologie essentiellement psychotique avec quelques symptômes dépressifs résiduels (tristesse et surtout fatigabilité anormale).

Actuellement, l'évolution permet de poser un diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif.

5.3 Discussion des autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu

Au départ, l'intéressée a voulu cacher sa symptomatologie psychotique. Elle ne parlait ni de ses voix ni de sa conviction d'un « complot » contre elle à ses proches, car elle ne se vivait pas comme malade au vu de l'anosognosie fréquente des psychotiques.

Progressivement, le trouble psychotique est devenu perceptible. Les rires immotivés ont intrigué les proches et les enfants de l'expertisée, en particulier. Celle-ci a fini par parler de ses symptômes psychotiques.

A partir de ce moment-là, les entités diagnostiques retenues au dossier devenaient caduques. On était en fait bien au-delà d'un trouble de l'adaptation, puisque la pathologie de l'intéressée avait rejoint le domaine des troubles psychotiques graves. Le tableau clinique dépassait aussi en gravité ce que désigne un trouble dépressif stricto sensu et, de façon évidente, un trouble de personnalité pathologique voire de simples traits de personnalité pathologiques.

Même si de tels troubles ne sont pas retenus au dossier, l'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, trouble état de stress post-traumatique). Il n'en a pas trouvé.

Il n'y a rien pour un problème avec les substances psychoactives ou les conduites alimentaires. Il n'y a pas d'indices d'atteinte cérébrale organique. »

Le Dr L._____ a ensuite évalué les ressources de la recourante et sa capacité de travail de la manière suivante (pp. 16-19) :

« 8. Ressources

(...)

En l'état actuel de sa psychopathologie, R._____ n'est pas apte à s'adapter aux règles et routine d'une activité professionnelle sur la durée. Ses troubles du comportement seraient vraisemblablement tels qu'elle ne serait pas supportable dans son environnement professionnel. Pour ce seul motif, elle ne peut pas intégrer le premier marché du travail.

L'intéressée est très pauvre en capacités adaptatives. Elle doit être épaulée par son mari lors des modifications de son environnement psychosocial. Elle a aussi très mal supporté les changements survenus à sa place de travail, notamment celui d'avoir dû changer d'établissement dans le groupe hôtelier où elle travaillait.

R._____ est anormalement sensible aux facteurs de stress et ce même à ceux qui font l'ordinaire de la vie de tous les jours. Lorsqu'elle y est exposée, elle peut être incapable de planifier et de structurer correctement ses tâches, d'analyser une situation donnée, de prendre des décisions pertinentes en conséquence et de faire usage de ses compétences spécifiques.

L'intéressée est moins endurante que tout un chacun. Elle se plaint d'être fatigable et fatiguée. Son époux dit qu'elle reste le plus souvent couchée à la maison et qu'elle ne participe que très modestement aux activités ménagères.

R._____ est capable de s'affirmer. Elle peut aussi le faire de façon inadéquate.

L'intéressée a de grandes difficultés dans ses relations interpersonnelles et dans la vie sociale en général. Elle est mal à l'aise en public, en raison de l'atmosphère paranoïde. Elle semble mieux à même de gérer ses relations proches.

L'expertisée semble autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. Elle paraît apte à se

déplacer sous certaines conditions. Elle ne conduit pas. Le soussigné pense qu'elle aurait eu de grandes difficultés à voyager seule entre [...] et [...] pour les consultations d'expertise.

(...)

B. Evaluation du point de vue de la médecine des assurances

(...)

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

(...)

Pour le soussigné, R. _____ est totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité professionnelle qui lui serait proposée en ce moment.

L'incapacité de travail est de 100 %. Elle est vraisemblablement à ce taux (vraisemblance prépondérante) depuis le 27.01.2016.

S'il y a eu une rémission partielle de la symptomatologie dépressive, rien n'indique que l'intéressée ait été véritablement en rémission de ses troubles psychotiques. L'apaisement constaté depuis 2016 s'explique essentiellement par le fait qu'elle a été éloignée du monde du travail et qu'elle vit isolée chez elle.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

(...)

Le soussigné n'a pas d'activités adaptées à proposer en ce moment. Elles ne seraient envisageables qu'en cas d'amélioration notable de l'état de santé de l'intéressée.

R. _____ souffre de troubles psychiatriques graves que les ouvrages diagnostiques de référence classent dans le même chapitre que la schizophrénie.

b) L'expertise judiciaire du Dr L. _____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'expert a notamment examiné la recourante à deux reprises les 21 et 25 janvier 2022 ; il a en outre conféré avec son mari (p. 1). Il a établi une anamnèse détaillée, comprenant le descriptif d'une journée type (pp. 5-6), et recueilli les plaintes de la recourante (pp. 9-10). Il a étudié l'ensemble du dossier médical, qu'il a complété en prenant contact avec le psychiatre traitant. Il a par ailleurs procédé à une analyse des indicateurs - selon la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré souffrant de troubles psychiques (cf. consid. 5d ci-dessus). Il a ainsi pris soin d'apprécier la gravité des troubles présentés (p. 17), les éléments pertinents liés à la personnalité de l'intéressée (pp. 15-16) ainsi que la cohérence et la plausibilité des

symptômes et des plaintes à la lumière de l'anamnèse (p. 15). L'expert a présenté avec soins les traitements entrepris auprès des divers intervenants et montré l'épuisement des pistes thérapeutiques (pp. 19-20). Le Dr L. _____ a expliqué de manière circonstanciée pour quelles raisons les maigres ressources psychologiques dont disposait la recourante ne lui permettaient plus d'exercer une activité professionnelle (pp. 16-17). Il a également expliqué en détail et de façon minutieusement motivée pour quelles raisons il n'avait pas retenu les diagnostics différentiels et les conclusions des Drs P. _____ et E. _____.

En définitive, l'appréciation faite par le Dr L. _____ de la situation médicale de la recourante est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments justifiant de s'éloigner de ses conclusions.

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire du Dr L. _____, dont le tribunal n'a aucun motif de s'écarter. Le Dr C. _____ s'est d'ailleurs déterminé dans le même sens dans un avis SMR du 2 mars 2022, validant l'appréciation diagnostique, l'incapacité de travail et l'analyse des ressources.

8. Selon les conclusions de l'expertise judiciaire, la recourante présente, depuis la fin du mois de janvier 2016, une incapacité de travail totale dans toutes activités (expertise judiciaire, pp. 18-19, ch. 3-4). A l'échéance du délai d'attente d'une année, l'intéressée présente la même incapacité de travail qui perdure de manière ininterrompue depuis lors (Ibid., pp. 18-19, ch. 3-4 et 7). Le revenu d'invalidité de l'intéressée est par conséquent inexistant, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 100 % (art. 16 LPGA). En conséquence, la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité - non limitée dans le temps - dès le 1^{er} janvier 2017 (art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI).

9. **a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de fixer l'émolument à 600 francs et de le mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) aa) Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouvertes une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs

convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

bb) En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport d'expertise du 7 septembre 2019 du Dr E._____, lequel n'a pas identifié de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée au moment de l'expertise pour des motifs ensuite précisés par son confrère le Dr L._____ (pp. 13-14, ch. 5.2). Par la suite, la recourante a produit des rapports de la Dre B._____, laquelle évoquait de nouvelles pistes diagnostiques, orientant vers le registre de la psychose, et une adaptation du traitement neuroleptique en conséquence (rapport du 4 mars 2020). Le Dr H._____ a également documenté deux poussées psychotiques (rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI du 27 avril 2021). Interrogée par le SMR, la Dre B._____ a confirmé ses premières impressions dans un rapport du 13 novembre 2020, concluant à la présence d'un trouble schizo-affectif, de type dépressif. A ce stade, le médecin du SMR a conclu à l'absence de nouveaux éléments, ceci malgré l'absence de mention de trouble du registre de la psychose ou de la schizophrénie dans les éléments retenus par le Dr E._____. Certes le Dr L._____ admet que l'intéressée était partiellement anosognosique de son trouble schizo-affectif et qu'elle était parvenue à cacher sa problématique délirante (pp. 13-14, ch. 5.2). L'expert mandaté par le tribunal rappelle toutefois que le Dr H._____ avait d'emblée qualifié les syndromes dépressifs d'atypiques et prescrit un neuroleptique, soit une médication antipsychotique. Dans ces circonstances et compte tenu d'une anosognosie fréquente chez les personnes atteintes de trouble du registre psychotique, l'OAI aurait dû compléter l'instruction. Il demeurerait en effet un doute important quant à un possible diagnostic différentiel. Dans ces circonstances, force est de constater que l'expertise judiciaire a servi à répondre à une question essentielle que l'intimé a laissé ouverte dans le

cadre de l'instruction qui lui incombait en application de l'art. 43 al. 1 LPGA.

Dans ces conditions, la totalité des frais de l'expertise, soit 7'420 fr. 60, doit être mise à la charge de l'assurance-invalidité.

d) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 22 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017.
- III. Les frais judiciaires sont arrêtés à 600 fr. (six cents francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais d'expertise judiciaire sont arrêtés à 7'420 fr. 60 (sept mille quatre cent vingt francs et soixante centimes) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, pour la recourante,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- l'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).

Le greffier :