

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Silva, assesseure
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une formation élémentaire d'employée en magasin en alimentation, a travaillé comme vendeuse puis comme gestionnaire de vente avec suppléance du 18 août 2003 au 30 juin 2011 auprès de la [...].

En incapacité de travail totale depuis janvier 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) le 13 mars 2020, en raison d'un état dépressif depuis 2017 et de maux de tête depuis janvier 2020.

Par rapport médical du 22 juin 2020, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants suivants : trouble schizo-affectif type dépressif depuis 2012, possible trouble de la personnalité avec impulsivité depuis 2012 et céphalées de tension depuis janvier 2020. Il estimait que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis 2011 dans toute activité, renvoyant pour le surplus au psychiatre traitant.

Interpellé par l'Office AI, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté, par rapport médical du 13 juillet 2020, que l'assurée était en incapacité totale de travail dans toutes activités, sans potentiel de réadaptation. Ce praticien a diagnostiqué chez l'assurée un trouble schizo-affectif, type dépressif avec un diagnostic différentiel de trouble dépressif récurrent, épisodes avec symptômes psychotiques, depuis 2016 et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3) depuis le début de l'âge adulte.

Le 22 septembre 2020, le Dr L._____ a précisé avoir adressé l'assurée au Centre d'antalgie du D._____ (ci-après : D._____) pour ses céphalées.

A l'initiative du Service médical régional (ci-après : SMR) (avis du 6 octobre 2020), une expertise psychiatrique a été mise en œuvre et confiée au Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert a rendu son rapport d'expertise le 30 décembre 2020, concluant comme suit :

« **Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail**

Nihil tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017
en vigueur.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F33.0/F33.11 Trouble dépressif récurrent léger depuis 2011
au présent, précédé par un épisode dépressif moyen avec
syndrome somatique.

F60.3 Trouble de la personnalité émotionnellement labile de
type borderline. *Ce trouble n'a pas empêché la gestion
adéquate du quotidien, un travail sans limitations dans le passé,
une formation, sans hospitalisation psychiatrique et sans
traitement psychotrope.* »

L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % sans diminution de rendement depuis 2011 au présent, « tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 ».

Selon l'avis du 25 janvier 2021 du Dr B._____, médecin auprès du SMR, l'expertise montrait de manière pleinement convaincante que les diagnostics psychiatriques retenus n'avaient pas et n'avaient pas eu de répercussions professionnelles en l'absence de répercussion uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. L'expert expliquait pourquoi les autres diagnostics n'avaient pas de pertinence. L'assurée était donc apte théoriquement dans tout type d'activité bien qu'elle soit démotivée, ce qui de son point de vue était surmontable. Un suivi psychiatrique était toutefois recommandé sans qu'il soit exigible.

Par projet de décision du 28 janvier 2021, l'Office AI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

L'assurée a contesté ce projet le 23 février 2021.

Le 30 mars 2021, le Dr K._____ a manifesté son désaccord avec l'expertise psychiatrique réalisée.

Par avis du 2 juillet 2021, le Dr G._____, médecin auprès du SRM, a considéré que le psychiatre traitant reprenait certains symptômes de la présentation clinique de l'assurée. En dehors de l'exemple du ménage et des conflits avec le mari, il n'expliquait pas en quoi ces symptômes ou les atteintes à la santé retenues avaient des répercussions significatives dans tous les domaines de la vie, ou encore pour quelle raison la situation devrait être considérée comme suffisamment sévère pour justifier une capacité de travail nulle et durable (chez une assurée qui par ailleurs ne bénéficiait d'aucun traitement et dont le suivi n'était de manière générale que mensuel). Si les psychiatres ne s'accordaient que partiellement sur les éléments en lien avec les diagnostics, force était de constater que les éléments rapportés par le Dr K._____ ne permettaient pas de remettre en question l'appréciation exhaustive réalisée par l'expert, ou encore d'expliquer en quoi les symptômes qu'il décrivait avaient une répercussion significative en termes de limitations fonctionnelles ou de diminution de la capacité de travail.

Par décision du 5 juillet 2021, l'Office AI a confirmé son projet.

B. Par acte du 6 septembre 2021, O._____, représentée par Me Marine Girardin, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle instruction et reddition d'une nouvelle décision. Elle a, en outre, requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 29 juillet 2021. En substance, elle a fait valoir que l'expertise

psychiatrique était truffée d'omissions et d'erreurs et ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles pour lui attribuer valeur probante. Elle reprochait également à l'Office AI de ne pas avoir réuni toutes les pièces déterminantes pour l'établissement de l'état de fait. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre de débats publics, son audition ainsi que celle de son mari.

Le 14 septembre 2021, la juge instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 septembre 2021, sous la forme d'une exonération des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marine Girardin.

Dans sa réponse du 22 novembre 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Il s'est, en outre, montré prêt à examiner le rapport du Centre d'antalgie du D._____ cité par le Dr L._____ en date du 22 septembre 2020 ainsi que l'évaluation cognitive par une psychologue parlant le serbe que le psychiatre traitant indiquait vouloir mettre en œuvre dans son rapport de mars 2021.

Le 14 décembre 2021, l'assurée a répliqué et maintenu les conclusions prises dans ses précédentes écritures, précisant que l'Office AI avait violé la maxime d'instruction en ne réclamant pas la production des documents précités. A cette occasion, l'assurée a notamment produit le rapport médical du 30 octobre 2020 du Centre d'antalgie du D._____, le rapport médical du 2 février 2021 du Service de neurologie du D._____, le rapport du 30 avril 2021 de ce même service en consultation céphalées ainsi que le rapport d'évaluation cognitive et de l'efficiency intellectuelle du 12 novembre 2021 de la psychologue S._____.

Le 3 janvier 2022, la juge instructrice a fixé l'indemnité de conseil d'office de Me Marine Girardin à 2'994 fr. 55 pour la période du 6 septembre 2021 au 31 décembre 2021.

Par duplique du 1^{er} février 2022, l'Office AI, se fondant sur l'avis du 12 janvier 2022 du SMR, a considéré que les pièces au dossier ne

permettaient pas de remettre en cause sa position sur les plans psychiatrique ou neuropsychologique. Par contre, s'agissant de l'aspect neurologie (céphalées) et au vu des éléments décrits dans les rapports nouvellement versés au dossier, il y avait lieu de proposer un complément d'instruction afin de connaître l'évolution et la réponse au traitement, les éventuelles répercussions durables de ces céphalées sur les autres domaines de la vie de l'assurée ainsi qu'en terme de limitations fonctionnelles et de capacité de travail. Une sollicitation des neurologues du D. _____ semblait cohérente, après reprise du traitement proposé.

Dans ses déterminations du 24 février 2022, l'assurée a produit un rapport médical du 23 février 2022 du Dr K. _____.

Le 28 mars 2022, sur avis du 9 mars 2022 du SMR, l'Office AI a confirmé que, d'un point de vue psychiatrique, les éléments au dossier ne permettaient pas de remettre en cause sa position.

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 art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 5 juillet 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).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si celle-ci présente une incapacité de travail en raison de son état de santé psychique.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 LPGGA).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

c) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et aux syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215).

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).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 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 (inévitabile) 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).

5. a) Sur le plan formel, la recourante invoque une violation du principe de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA) en tant que l'intimé n'aurait pas réclamé l'examen auprès du Centre d'antalgie du D. _____ et en n'attendant pas la mise en œuvre d'une évaluation cognitive par une psychologue parlant le serbe.

b) La violation de la maxime inquisitoire, telle qu'invoquée par la recourante en lien avec la mise en œuvre d'une évaluation cognitive, est une question qui se confond et qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (voir arrêt 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, in SVR 2010 IV n° 42 p. 132). L'assureur ou le juge peut effectivement renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298 et les références). C'est donc sous l'angle matériel qu'il convient d'examiner le grief soulevé par la recourante.

Force est toutefois de constater que l'instruction médicale du dossier par l'intimé est lacunaire concernant les céphalées. Au moment de rendre le rapport d'expertise et la décision de refus de rente d'invalidité, il n'y avait pas le moindre rapport relatif à la prise en charge de la recourante par le Centre d'antalgie du D. _____. Ce renseignement était pourtant connu du SMR (cf. rapport du 22 septembre 2020 du L. _____) et l'on ne comprend pas pour quel motif ce service n'a pas, en temps utile, fait requérir des renseignements médicaux auprès du D. _____. En outre,

dans son avis du 12 janvier 2022, le Dr G._____ a souligné que les éléments décrits dans « les nouveaux rapports » ne pouvaient être ignorés et qu'un complément d'instruction s'imposait. L'intimé ne pouvait ainsi pas renoncer à compléter son instruction par appréciation anticipée dès lors que les faits pertinents n'étaient pas établis de manière complète.

Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'intimée s'avère incomplète (art. 43 LPG) ce qui conduit à l'annulation de la décision entreprise et à son renvoi pour complément d'instruction pour ce premier motif.

6. a) Sur le plan psychique, l'intimé n'a pas reconnu d'incapacité de travail à la requérante. Il s'est fondé pour ce faire sur l'expertise psychiatrique du 30 décembre 2020 du Dr M._____, lequel a posé les diagnostics non incapacitants de trouble dépressif récurrent léger depuis 2011 au présent, précédé par un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.0/F33.11) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3). Ces atteintes n'avaient pas empêché la requérante dans la gestion adéquate de son quotidien, dans l'accomplissement d'un travail sans limitations dans le passé, une formation, et ceci sans hospitalisation psychiatrique et sans traitement psychotrope. Selon l'expert, en tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 en vigueur, la requérante ne souffrait d'aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail.

b) La requérante oppose à cette expertise les avis médicaux des Drs L._____ et K._____. Ces médecins estiment la capacité de travail de la requérante comme nulle. La requérante avait vécu une période de chômage à la suite de son licenciement, sans jamais retrouver de travail, raison pour laquelle une symptomatologie dépressive s'était peu à peu installée, motivant un suivi psychiatrique dès le printemps 2017 (cf. rapports des 22 juin et 13 juillet 2020).

c) L'expertise du 30 décembre 2020 ne convainc pas. Elle se caractérise, tout d'abord, par une anamnèse incomplète. Elle ne

mentionne ni le meurtre perpétré sur le grand-oncle de la recourante par sa grand-tante, ni la tentative de meurtre de celle-ci sur son propre fils. Elle frappe également par une anamnèse lacunaire sur l'enfance de la recourante, l'expert se contentant d'indiquer que la recourante « a été élevée par sa grand-mère de ses trois à huit ans, car son père est venu seul en Suisse pour ensuite faire venir toute la famille » (pt 3.2.5 page 13), alors même que cette période semble avoir été un « moment un peu difficile ». La Cour de céans s'étonne que l'expert n'ait pas jugé utile d'interroger la recourante sur cette période et n'ait rien consigné de plus à cet égard. L'expert ne dit par ailleurs mot sur les différents déménagements de la recourante, lesquels semblent avoir été motivés par des hallucinations. L'anamnèse professionnelle est également erronée. L'expert mentionne que la recourante a travaillé dans l'accompagnement d'enfants et de personnes âgées pour des familles privées de 2011 à 2014, alors qu'il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante qu'aucune activité n'est dénombrée après son licenciement en 2011. Ce licenciement n'est d'ailleurs mentionné que de manière sporadique (pt 3.2.7 page 14), alors même que « tant la tristesse que les hallucinations seraient apparues dans un contexte d'idées de persécution apparues après son licenciement en 2011, qu'elle a très mal supporté et qu'elle n'arrive toujours pas à accepter selon l'anamnèse » (pt 3.2.1 page 8).

Il appert ainsi que le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Faute d'une anamnèse exhaustive, l'expert pourrait être passé à côté de certains diagnostics comme n'avoir pas tous les éléments nécessaires à l'appréciation des ressources de la recourante.

Il est le lieu de relever que l'expert ne s'est concentré que sur quelques éléments (gestion de son quotidien sans limitations, non-compliance au traitement et absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique) pour considérer que la recourante serait dotée d'une capacité de travail entière. Le rapport d'expertise contient ainsi de nombreuses redondances, notamment quant au fait que la recourante

« arrive à gérer son quotidien adéquatement sans difficultés objectivables et sans aide depuis 2011 au présent (elle a pu se marier, s'occupe adéquatement de son fils et gère le quotidien sans aide) » (mention faite à vingt-neuf reprises), qu'elle fait preuve d'une « compliance nulle, expliquée uniquement après la réalisation de la prise de sang » (mention faite à seize reprises) ou encore de la volonté de la recourante de percevoir une rente de l'assurance-invalidité (allant jusqu'à mentionner uniquement ce dernier élément dans le volet « manière de l'assurée de percevoir sa maladie », pt 3.2.2 page 10). L'expert ne dit d'ailleurs rien sur la nécessité de la recourante de devoir fractionner sur plusieurs heures ou jours ses tâches ménagères, telle que mentionnée par son psychiatre traitant (cf. rapport du 13 juillet 2020). Bien au contraire, l'expert indique que « l'assurée fait seule et sans difficultés le ménage, car son mari est occupé avec son travail » (pt 3.2.11 pages 15 et 16).

Référée à une « jurisprudence dès 2017 » ainsi qu'au descriptif de l'activité de la recourante sans autre développement, l'appréciation de l'expert présente encore le défaut de reposer sur une analyse médicale lacunaire.

Sous l'angle diagnostique, l'expert ne motive pas les raisons pour lesquels il a écarté le trouble schizo-affectif. L'expert indique simplement que la recourante « semble avoir repris le même diagnostic que son frère » (pt 3.2.14 page 17). L'expert a retenu que les critères diagnostics de la CIM-10 étaient remplis pour un épisode dépressif récurrent léger, précédé par un épisode dépressif moyen depuis 2011 au présent (page 25), sans se prononcer en détail sur l'évolution de la gravité de ce trouble dépressif. Par ailleurs, il conclut que le trouble de la personnalité émotionnellement labile n'est pas incapacitant car la recourante « a pu travailler sans limitations dans le passé, [...] a pu se former, [...] s'occupe adéquatement de son fils, [...] gère son quotidien sans difficultés significatives et [...] n'est pas décompensée, sans hospitalisation psychiatrique, sans suivi psychiatrique hebdomadaire et sans traitement psychotrope à des taux sanguins détectables » (pt 3.2.14 pages 18 et 19).

Si l'expert et le psychiatre traitant s'accordent s'agissant de l'existence de ce trouble de la personnalité, leur appréciation diverge quant à son degré de gravité. L'expert retient que la recourante souffre de « limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel » (pt 7 page 34). Tout en considérant avec la prudence requise l'avis du Dr K._____, enclin à plus d'empathie à l'égard de sa patiente (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3), il convient de relever que l'irritabilité avec moments de colère constitue la plainte principale de la recourante en raison de son impact sur ses relations interpersonnelles, notamment avec son mari, et qu'il ne peut être exclu que son licenciement ait été lié à ce trouble (cf. rapport du 30 mars 2021). Dans son rapport du 30 mars 2021, le Dr K._____ maintient, en outre, le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif. S'agissant des hallucinations écartées par l'expert, le Dr K._____ a notamment relevé que ces dernières figuraient néanmoins dans les plaintes spontanées dans le rapport d'expertise. Les éléments mis en avant dans ce rapport et celui du 22 février 2022 tendent à démontrer, d'une part, que l'impact du trouble de la personnalité de la recourante sur sa capacité de travail pourrait avoir été sous-estimé par l'expert et, d'autre part, que l'expert pourrait être passé à côté du diagnostic de trouble schizo-affectif.

L'expert n'a pas non plus examiné les adaptations du traitement médicamenteux, respectivement la raison pour laquelle la compliance au traitement faisait défaut, alors même que cette absence de compliance pourrait être expliquée par les céphalées (cf. rapport du 13 juillet 2020 du Dr K._____). Or selon le psychiatre traitant, cette absence de compliance résulte du fait que lorsque « la patiente s'est sentie mieux, elle conclut qu'elle n'a plus besoin de prendre régulièrement son traitement » (cf. rapport du 22 février 2022 du Dr K._____). De

même, tant les scores obtenus aux matrices de Raven que les résultats de l'examen cognitif, lesquels font état d'un score en dessous de la moyenne et d'un retard intellectuel moyen, pourraient expliquer le manque de compliance de la recourante. On ignore si l'expert a interpellé la recourante s'agissant des résultats d'analyse sanguine. Il est pourtant exigible de l'expert d'analyser l'absence de compliance, notamment ses motifs, l'impact sur la cohérence ou la capacité de la recourante à comprendre les enjeux du traitement, etc. La Cour de céans peine d'ailleurs à comprendre pour quelles raisons l'expert recommande la mise en place d'un traitement antidépresseur « pour améliorer le pronostic » (page 41) alors qu'il retient une capacité de travail entière. L'expert ne pouvait conclure, sans investiguer plus avant, que l'absence d'une hospitalisation en psychiatrie, l'absence d'un suivi psychiatrique hebdomadaire mais seulement mensuel, l'absence d'un changement du traitement psychotrope, la compliance nulle aux traitements psychotiques prescrits révélée seulement après la prise de sang, en plus des activités possibles durant une journée type, plaidaient pour l'absence d'un trouble psychique incapacitant. A défaut d'analyse par l'expert du succès du traitement/de la résistance au traitement, il est impossible d'établir les ressources dont dispose la recourante. Les résultats de l'évaluation cognitive et de l'efficacité intellectuelle ne font que confirmer que la situation médicale de la recourante n'a pas été analysée exhaustivement sur le plan psychiatrique.

A ce stade, il convient également de relever que l'expert n'a pas non plus analysé l'interaction entre les différents diagnostics retenus et les céphalées dont souffre la recourante.

L'expert n'a pas davantage fourni une évaluation exhaustive de l'impact de la personnalité de la recourante sur ses fonctionnements et ses ressources. Avant de conclure à une absence d'incapacité de travail s'agissant du trouble de la personnalité, il était attendu de l'expert qu'il procède à une analyse des circonstances du licenciement, respectivement des explications sur les échecs de reprise d'activité professionnelle ou stages, nonobstant l'appui des organes de chômage, après le licenciement

intervenu en 2011, alors que la recourante n'était âgée que de 25 ans. L'expert se contente ainsi de noter que les ressources de la recourante « sont bonnes » car « elle arrive à avoir une vie sociale, sans isolement total mais partiel » (pt 8.1 page 37) et qu'elle « arrive à gérer adéquatement son quotidien sans difficultés depuis 2011 au présent » (pt 3.2.2 page 10). L'expert ne fait aucune mention de l'attitude inadaptée de la recourante qui a notamment été la source de son licenciement.

Concernant le contexte social, il convient de noter que l'expert ne dit rien sur le mari de la recourante. Or il ressort du rapport de son psychiatre traitant que la recourante « lui hurle dessus » pour des questions banales, ce qui dérange sa voisine du dessous (cf. rapport du 13 juillet 2021). Il se limite à indiquer que la recourante « dit être soutenue par son entourage » (pt 3.2.2 page 9) et voir des amis et de la famille. En ce qui concerne le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, celui-ci est décrit au point 3.2.11 en page 15 de l'expertise. En revanche, les éléments anamnestiques relatifs au déroulement d'une journée habituelle avant la survenance de l'incapacité de travail font défaut, avec pour corollaire qu'une comparaison ne peut être extraite de l'expertise.

Enfin, s'agissant de la cohérence, il est contradictoire de « ne [pas] reten[ir] des incohérences dans la description du quotidien chez une assurée authentique qui décrit sa journée type sans exagération » (pt 3.2.14 page 17), pour retenir au paragraphe suivant de « très probables exagérations des plaintes lorsque l'assurée évoque des hallucinations auditives et visuelles dans le contexte schizoaffectif comme son frère qui aurait décompensé suite à un accident de voiture ». L'expert va même jusqu'à « recommand[er] au médecin SMR de vérifier si le frère de l'assurée a vraiment présenté un trouble schizoaffectif suite à un accident ». L'expert a noté que la recourante mentionnait des difficultés d'endormissement mais n'a pas retenu de répercussions significatives sur les activités dans la vie quotidienne en « l'absence de somnolence diurne au moment de l'expertise et dans l'absence d'un traitement soporifique quotidien » (page 26). De même, l'expert a mentionné que la recourante

souffrait d'hallucinations visuelles et auditives quotidiennes mais a considéré ces dernières comme « non objectivables durant les entretiens d'expertise ». Ces plaintes lui apparaissaient par ailleurs comme étant très peu plausibles tenant compte de la journée type (pt 4.3.2 page 21), de l'examen clinique (page 24) et en l'absence d'un traitement antipsychotique selon la prise de sang réalisée (page 25). Or il aurait incombé à l'expert de s'informer auprès du psychiatre traitant s'agissant des troubles du sommeil et des hallucinations avant de conclure à une absence de plausibilité, d'autant qu'ils ne sont pas nécessairement perceptibles à la faveur d'un unique examen clinique.

L'expert M._____ affirme que la seule incohérence de la recourante consiste en « une demande de rente AI » (page 17), ajoutant qu'un « suivi psychiatrique commencé seulement en 2017 et une demande AI faite qu'en mars 2020 apparaissent aussi en discordance avec des troubles schizoaffectifs depuis 2011 » (pt 3.2.14 page 18). De même, selon l'expert, le fait que la recourante ait « pu se marier, partir en vacances et travailler ponctuellement après 2011 au présent [...] remet sérieusement en question les diagnostics [...] » (pt 3.2.14 page 18). L'expert ne se prononce pas sur l'impact des douleurs alléguées dans un contexte professionnel. Il se fonde exclusivement sur le quotidien actuel de la recourante, hors de toute activité lucrative. Or on ne peut pas se fonder sur le fonctionnement privé actuel de la recourante pour en déduire qu'elle peut fonctionner sur le plan professionnel.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas possible d'accorder pleine valeur probante aux conclusions du Dr M._____.

d) Les rapports du Dr K._____ ne permettent pas de suppléer aux carences de l'instruction et de statuer, ces derniers ne pouvant au surplus être examinés à l'aune des indicateurs en matière d'évaluation du droit à la rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281).

7. **a)** Il ressort de ce qui précède que l'expertise psychiatrique ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont il devait se rendre compte au moment où il a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. L'expertise psychiatrique n'a pas valeur probante. L'intimé n'a pas non plus investigué les céphalées présentées par la recourante. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait se permettre de statuer. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'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). Il devra mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, cas échéant avec examen neuropsychologique compte tenu du résultat du test des matrices de Raven et de l'évaluation cognitive, après avoir complété son instruction et recueilli l'intégralité du dossier de la recourante auprès du D._____.

8. Compte tenu de l'issue du litige, il ne sera pas donné suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, soit son audition et celle de son mari (appréciation anticipée des preuves, cf. consid. 5b *supra*) ni à la requête de débats publics (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022).

9. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision litigieuse annulée, l'affaire étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, laquelle succombe.

c) 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). L'indemnité de Me Marine Girardin a été fixée par décision du 3 janvier 2022 pour les activités déployées du 6 septembre au 31 décembre 2021. L'intervention de Me Girardin se limite depuis à l'examen de la duplique, à la rédaction de déterminations, reprenant pour l'essentiel ses écritures antérieures, et à la réception de la présente décision pour notification, ce qui correspond au montant de 405 fr. 45, débours et TVA compris. Pour l'ensemble de l'activité déployée par Me Girardin dans la présente cause, le montant est de 3'400 fr. (2'994 fr. 55 + 405 fr. 45). Cette indemnité est mise intégralement au titre de dépens à la charge de la partie 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]).

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Le solde de l'indemnité d'office de Me Marine Girardin est arrêtée à 405 fr. 45 (quatre-cent-cinq francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
- VI.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera _____ à O. _____ une indemnité de 3'400 fr. (trois mille quatre cents 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 :

- Me Marine Girardin (pour O. _____),
- 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 :