

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Berthoud et Mme Rondi, assesseurs
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

M. _____, 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. 8 LPGA ; art. 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M._____, née en 1968, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce obtenu à la suite d'un apprentissage de secrétaire de notaire, a déposé le 8 avril 2021 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une hyperacousie sévère d'aggravation progressive au fil des années.

Dans un rapport du 12 février 2021 relatif à une consultation du 20 janvier 2021, les Drs H._____, médecin chef, et C._____, médecin agréé, et la psychologue T._____, du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale-otoneurologie de N._____, ont mentionné que l'assurée décrivait une aggravation progressive d'acouphènes aigus non pulsatiles bilatéraux probablement présents depuis l'enfance et une hyperacousie qui semblait alors le symptôme le plus perturbateur. Elle souffrait également de céphalées de tension depuis l'enfance. Elle avait par ailleurs eu un infarctus en 2012. Un bilan audiolgique réalisé en juin 2020 avait montré une élévation des seuils auditifs avec les fréquences par déficit de perception de type presbyacousie débutante, avec un déficit d'intelligibilité verbale modéré. L'assurée avait aussi bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale qui s'était avérée normale. Une thérapie sonore sous la forme d'aides auditives équipées de bruiteurs avait été tentée mais les appareils auditifs n'avaient pas été supportés. Un nouvel essai d'appareillage et des séances de sophrologie avaient alors été proposés à l'assurée.

L'assureur perte de gain D._____ a mis en œuvre le 11 mai 2021 une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et neurologie. Ce dernier a rendu son rapport le 25 mai 2021. Il a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme persistant. Comme facteur influençant l'état de santé de l'assurée, il a retenu une personnalité avec des traits émotionnellement immatures et anankastiques accentués. Il a conclu à une pleine capacité de travail sur le

plan psychiatrique. Le pronostic restait toutefois incertain et plutôt sombre selon l'expert compte tenu d'une forte tendance à la somatisation, des traits accentués de la personnalité, d'une forte conscience morbide et d'une grande demande de reconnaissance de la souffrance de l'assurée.

Par communication du 19 juillet 2021, l'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure d'entraînement à l'endurance auprès de l'association O._____ du 1^{er} août 2021 au 31 janvier 2022.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien du 13 janvier 2022 entre un responsable l'association précitée, le gestionnaire de l'OAI et l'assurée que celle-ci avait progressivement augmenté son taux de présence jusqu'à atteindre 40 % depuis le 20 décembre 2021. Elle avait eu du plaisir à être en compagnie des autres participants à la mesure et redécouvrir des activités créatrices malgré sa sensibilité au bruit ; elle gardait comme objectif un emploi en contact avec des collègues mais en petit groupe et avec peu de bruit.

Par communication du 28 janvier 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'entraînement progressif au travail auprès d'I._____ du 1^{er} février au 31 juillet 2022 au taux de 50 % minimum.

Il ressort d'une note d'entretien du 13 juillet 2022 entre le gestionnaire de l'OAI, un responsable d'I._____ et l'assurée que celle-ci était moins centrée sur ses problèmes somatiques mais n'avait pas dépassé le taux de présence de 40-50 %.

Par communication du 18 juillet 2022, l'assurée a été mise au bénéfice d'une formation en vue d'une réadaptation professionnelle du 1^{er} août au 31 octobre 2022 au taux de présence de 50 % minimum.

Dans un courriel du 7 septembre 2022, la directrice adjointe régionale d'I._____ a informé l'OAI que l'assurée était en arrêt maladie jusqu'au 12 septembre 2022 et n'avait pas été en mesure d'augmenter son taux de présence malgré ses efforts, les tentatives d'augmentation des heures de présence ayant conduit à une forte augmentation de la

fatigabilité et à une baisse importante de la capacité de concentration de l'assurée.

Par rapport du 28 septembre 2022, le Dr K._____, psychiatre traitant depuis le 18 janvier 2022, a retenu le diagnostic de trouble somatoforme mixte douloureux non spécifié depuis 2020 et fait également état d'une personnalité avec traits émotionnellement labiles et anankastiques depuis des années. La situation était demeurée très figée depuis l'expertise de mai 2021 et le Dr K._____ a ajouté que l'hyperesthésie auditive, associée à des acouphènes et à des douleurs persistantes, rendaient la vie de l'assurée très compliquée. Cette dernière se sentait agressée par les stimulations de la vie normale avec un état de tension interne élevé et ne retrouvait un apaisement que lorsqu'elle s'isolait de tout bruit et de tout contact. Le psychiatre traitant a émis un pronostic mauvais, relevant que les mesures professionnelles avaient clairement montré que l'assurée n'était pas en mesure de suivre des mesures de réadaptation. Il était d'avis que sa patiente avait épuisé ses capacités adaptatives fortement sollicitées par le passé. Il a joint à son rapport médical, un rapport du 2 février 2021 des Drs B._____ et V._____, respectivement médecin associée et médecin assistant à S._____, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et recommandant de procéder à un test neuropsychologique associé à une imagerie cérébrale. Le Dr K._____ a également produit un rapport relatif à un bilan neuropsychologique effectué le 22 juin 2021 par X._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et L._____, psychologue, auprès de U._____, qui a révélé des fonctions cognitives préservées, hormis une fragilité en mémoire de travail verbale, des difficultés attentionnelles et une fragilité en mémoire épisodique verbale. Le profil cognitif observé, à prédominance attentionnelle, semblait s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre d'une problématique thymique de type anxio-dépressive ; une sous-stimulation cognitive créée par le retrait social et professionnel pouvait également contribuer à la symptomatologie. Au vu du faible impact des difficultés cognitives et de la prédominance des difficultés thymiques en lien avec une hypersensibilité au bruit, l'assurée a été orientée vers une

prise en charge de type thérapie cognitivo-comportementale afin de l'aider à accepter cette sensibilité et mieux gérer son impact au quotidien. Le Dr K._____ a également produit un rapport du 2 février 2021 des Drs B._____ et V._____, respectivement médecin associée et médecin assistant à S._____, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et recommandant de procéder à un test neuropsychologique associé à une imagerie cérébrale afin d'exclure une étiologie organique du trouble au vu du tableau clinique de l'assurée et de ses antécédents somatiques.

Dans un projet de décision du 17 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 21 novembre 2022, le Dr K._____ s'est référé à l'expertise du Dr W._____, en particulier aux réserves émises par ce dernier concernant le pronostic. A ce propos, le psychiatre traitant a relevé que l'assurée s'était soumise aux mesures de réadaptation professionnelle et que, malgré son engagement, elle avait très vite été dépassée par l'intensité de ses symptômes d'hypersensibilité avec le cortège de troubles de l'attention, d'anxiété et les douleurs. En d'autres termes, les mesures professionnelles avaient mis en évidence la gravité du trouble somatoforme douloureux de l'assurée. Au moment de l'expertise, il était correct de supposer qu'il existait une capacité de travail exigible, mais à la lumière du résultat des mesures professionnelles, il paraissait nécessaire de revoir cette exigence à la baisse. Le Dr K._____ a regretté l'absence d'un rapport sur le déroulement de ces mesures, qui aurait permis d'objectiver les limitations de l'assurée de manière plus précise.

Par avis médical du 23 janvier 2023, la Dre F._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que les informations reçues à la suite de l'expertise du Dr W._____ ne décrivaient pas d'aggravation et que le dernier courrier du

psychiatre traitant n'apportait pas d'éléments permettant d'apprécier la situation différemment.

Par décision du 24 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle.

B. Par acte du 24 février 2023, complété le 2 mars 2023, M._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2021. Elle a fait valoir que son état de santé s'était à ce point dégradé qu'elle ne pouvait plus exercer quelque activité lucrative que ce soit, et que son invalidité était totale. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise, ainsi que la tenue d'une audience publique.

Par réponse du 18 avril 2023, l'OAI a confirmé sa décision, en précisant qu'au vu des renseignements obtenus notamment dans le cadre de l'expertise psychiatrique effectuée en mai 2021 sur mandat de l'assureur perte de gain, il avait retenu que la recourante ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et conservait une pleine capacité de travail, de sorte que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui avait été nié.

En réplique, le 15 juin 2023, la recourante a précisé ses conclusions, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2021, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. Elle a en substance fait valoir que l'expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain était une expertise privée, et non une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), si bien qu'elle n'avait pas pu se déterminer sur les experts, alors que ce droit est prévu à l'art. 44 LPGA, pas plus que sur le questionnaire qui a été soumis aux experts. Elle a déploré en outre que l'OAI se soit fondé sur un dossier incomplet, puisqu'il s'est basé sur le dossier de l'assureur perte de gain. Elle a relevé que la Dre F. _____ du SMR n'était pas psychiatre, de sorte qu'elle n'avait pas les compétences requises pour se prononcer sur des rapports psychiatriques. A cela s'ajoutait que l'expertise psychiatrique du 25 mai 2021 ayant mis en évidence une pleine capacité de travail était contredite par les autres éléments du dossier, si bien qu'une nouvelle expertise devait être mise en œuvre. Elle s'est prévalu à cet égard des rapports du Dr K. _____ des 28 septembre et 21 novembre 2022, et du fait que les mesures professionnelles auprès de I. _____ avaient dû être interrompues en raison de sa santé. Elle a relevé que malgré sa bonne volonté et son engagement, elle avait été dépassée par l'intensité de ses symptômes d'hypersensibilité notamment.

Avec son écriture, elle a produit un rapport de son psychiatre traitant, le Dr K. _____, du 30 mars 2023, à la teneur suivante :

« 1. Quel est le status ?

Superposable à celui décrit dans le rapport AI de septembre 2022.

Patiente à la posture figée et douloureuse. Discours spontané fluant. Ses symptômes occupent son espace mental, elle est assiégée par les douleurs et les stimulations auditives pénibles. Chercher le silence l'occupe avec intensité. Elle est fatiguée, pessimiste, à bout de force. Les sentiments d'agression ne concernent pas seulement les symptômes physiques mais aussi les relations ; elle ne se sent pas comprise, soumise à des injonctions qui ne tiennent pas compte de son état, rejetée. Doit s'abriter tant des stimulations sensorielles que des relations.

2. Quels sont les diagnostics ?

Trouble somatoforme mixte douloureux et non spécifié

Trouble de la personnalité émotionnellement labile et anankastique

3. D'un point de vue strictement médical, quelles sont les limitations fonctionnelles de Madame M. _____ ?

Asthénie, hyperesthésie auditive rendant les déplacements et le travail en équipe très éprouvant ; douleurs persistantes ; troubles de la concentration ; fatigabilité augmentée ; envahissement de la vie psychique par les symptômes physiques ; tolérance au stress effondrée.

4. Quelle est la capacité de travail de notre mandante et quel est l'impact des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles de

Madame M. _____ sur sa capacité de travail dans toute activité ?
Pourriez-vous motiver votre appréciation ?

Cette question restait ouverte après l'expertise W. _____. Il est évidemment très difficile d'évaluer ce point lors d'un examen au cabinet médical. Pour le cas précis de votre mandante, celle-ci a suivi des mesures professionnelles proposées par l'AI. Elle s'y est investie avec régularité en faisant tout son possible pour surmonter ses limitations. Malheureusement, les faits ont démontré que le pronostic hypothétique du Dr W. _____ était bien trop optimiste. Elle a dû interrompre les mesures qui aggravaient son état de santé. Actuellement, elle s'isole, ne sort de chez elle qu'avec beaucoup de précautions. Je pense que Madame M. _____ a épuisé ses capacités adaptatives. Dans le milieu ouvert du marché du travail, elle n'est plus capable de fonctionner avec un revenu significatif. A temps partiel dans des mesures occupationnelles certes, elle pourrait avoir une certaine activité à temps partiel mais sans pouvoir dégager un revenu.

Il est regrettable que dans le dossier ne figure aucun retour de ces mesures qu'elle a suivi avec toute l'assiduité exigible. Il me semble que l'AI n'a tout simplement pas tenu compte de l'observation effectuée et que la décision a été prise uniquement sur le constat de l'expertise.

Il aurait été bienvenu d'au moins solliciter un nouvel avis du Dr W. _____ qui tienne compte du résultat des mesures.

5. Pourriez-vous expliquer pour quelles raisons notre mandante n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative.

Cf. point 4

6. Pronostic.

Vu la durée des troubles, l'érosion progressive des capacités adaptatives et le peu d'effet des mesures thérapeutiques sur un trouble somatoforme chronique, le pronostic est mauvais quant à une amélioration de la capacité de travail. »

Par duplique du 10 août 2023, l'OAI a à nouveau confirmé sa décision du 24 janvier 2023, en se référant à un avis de la Dre F. _____ du SMR du 26 juillet 2023. Il a estimé qu'il n'y avait pas matière à douter de la fiabilité et de la pertinence des constatations émises par le Dr W. _____ et par la médecin du SMR, en rappelant que les constatations qui pouvaient être faites par les organes d'observation professionnelles étaient susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant la mesure. Il a joint l'avis du 26 juillet 2023 précité rédigé par la Dre F. _____ du SMR.

La recourante s'est encore déterminée le 25 août 2023, en maintenant ses conclusions. Elle a notamment à nouveau fait valoir s'être pleinement investie dans les mesures professionnelles proposées par l'OAI, ce que confirmait le Dr K. _____.

Invitée à indiquer si elle entendait maintenir sa requête d'audience publique par courrier de la juge instructrice du 14 septembre 2023, la recourante a fait savoir le 11 septembre 2023 que tel était le cas. Une audience de débats publics a ainsi eu lieu le 16 janvier 2024, lors de laquelle le conseil de la recourante a plaidé la cause de l'intéressée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 de l'assurance-invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal

applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions légales ci-dessous seront donc mentionnées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). 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) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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). 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).

d) 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 asséculoologique. 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).

e) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et

les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid 5.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée le 11 mai 2021 par le Dr W. _____ sur mandat de l'assureur perte de gain et dont les conclusions ont été validées par le SMR. L'expert a posé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et était d'avis que les symptômes psychosomatiques de la recourante étaient d'une intensité moyenne au maximum selon l'impression clinique et son rythme journalier. Il a conclu qu'elle était capable, en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, de contrôler suffisamment ses symptômes psychosomatiques et de reprendre sa dernière activité professionnelle à plein temps. Il a toutefois émis un pronostic sombre.

Or, les éléments versés au dossier postérieurement à l'expertise laissent effectivement transparaître une évolution défavorable de l'état de santé de la recourante entre la date de l'expertise et la décision attaquée rendue plus de deux ans après. En janvier 2022, postérieurement à l'expertise, la recourante a débuté une psychothérapie auprès du Dr K. _____ dont les constatations tendent à confirmer le pronostic défavorable émis précédemment par l'expert psychiatre. Selon le Dr K. _____, l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis l'expertise à tel point que ses capacités adaptatives, qui avaient été fortement sollicitées par le passé, étaient désormais épuisées. Si les rapports du psychiatre traitant ne sont pas suffisamment étayés pour pouvoir suivre ses conclusions selon lesquelles la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 janvier 2022, ils sont suffisants pour douter que les constatations faites par le Dr W. _____ en mai 2021 étaient toujours d'actualité lorsque l'intimé a rendu la décision litigieuse le 24 janvier 2023.

Par ailleurs, l'expertise du Dr W._____ ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante en raison de diverses lacunes et imprécisions. Le diagnostic de trouble dépressif mentionné en 2020 et 2021 par le médecin traitant et confirmé par les psychiatres de S._____ à la suite d'une évaluation faite en novembre 2020 n'est pas clairement exploré par le Dr W._____, ni discuté. L'expert a mentionné que la recourante présentait des symptômes anxio-dépressifs d'intensité légère qui selon lui faisaient partie du trouble somatoforme, sans procéder à une exploration stricto sensu des critères diagnostics de la CIM-10 pour un épisode dépressif, par rapport à leur présence/absence et à leur intensité, contrairement aux psychiatres de S._____. Le Dr W._____, qui avait connaissance de l'évaluation psychiatrique effectuée par ces derniers six mois plus tôt puisqu'il en parle dans son rapport d'expertise, aurait dû solliciter leur rapport du 2 février 2021 et se déterminer sur les conclusions diagnostiques différentes émises par ces spécialistes.

L'anamnèse faite par le Dr W._____ paraît incomplète également sur les activités quotidiennes de la recourante et sur sa vie sociale. Il n'a notamment pas fait une description suffisamment détaillée des conditions dans lesquelles la recourante effectue ses activités, tels les déplacements et les courses. Selon les explications de la prénommée, il y a une atteinte dans son fonctionnement dans tous les aspects de la vie en lien avec l'évitement des bruits. Cet aspect n'a pas été suffisamment investigué, ni discuté par l'expert. Ce dernier a ensuite relevé que la recourante trouvait du plaisir dans des contacts subjectivement agréables et qu'il lui restait quand même une vie sociale, alors que la lecture du rapport d'expertise reflète un contexte social très pauvre. Il ressort en effet du rapport d'expertise que les contacts sociaux de la recourante se limitent à des échanges téléphoniques et par SMS avec deux amies, ainsi qu'à des échanges avec son frère dont on ignore leur fréquence, leur durée et leur modalité. Par ailleurs, les renoncements de la recourante sont très nombreux. Il y a en effet une perte totale des activités sociales chez une assurée qui ne travaille plus. Elle a totalement renoncé aux sorties de loisirs, même au simple fait d'aller au cinéma qui était une activité qu'elle aimait bien selon ses dires, et elle ne regarde plus la

télévision. L'appréciation du Dr W._____ sur le contexte social de la recourante ne concorde dès lors pas avec l'anamnèse.

Relevons ensuite que l'expert n'a pas examiné tous les indicateurs de la grille d'analyse posée par la jurisprudence. Il n'a notamment pas pu se déterminer sur le succès du traitement ou la résistance à celui-ci, ni sur le succès d'une réadaptation car de telles mesures n'avaient pas encore été mises en place à l'époque. Depuis lors, un suivi spécialisé a été instauré et des mesures de réadaptation ont été tentées, sans que personne ne remette en doute l'investissement de la recourante dans ces démarches. A la date de la décision de l'intimé, le dossier comportait ainsi des informations sur ces éléments. Par ailleurs, le critère de la cohérence n'a pas été discuté par le Dr W._____. Les éléments factuels ressortant du dossier tendent pourtant dans le sens d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines comparables de la vie en lien avec les limitations spécifiques au bruit.

Enfin, on peine à comprendre l'appréciation de l'expert W._____ selon laquelle une médication psychotrope adéquate à un dosage suffisant serait indiquée alors qu'il ne retient aucun diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux. Il n'explique pas pour quel motif un tel traitement serait approprié.

e) Au vu de ce qui précède, une instruction complémentaire s'avère nécessaire et une nouvelle expertise psychiatrique doit être ordonnée.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant précisé que l'expert psychiatre désigné devra avoir la possibilité de

s'adjoindre les services d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie s'il l'estime pertinent.

f) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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, vu le sort du recours.

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). Après examen de la liste des opérations déposée le 16 janvier 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement 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]).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 24 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à M. _____ 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 Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- 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 :