

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Métral, juge, et Peter, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

L. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 49 al. 3 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un baccalauréat, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de secrétaire auprès de différents employeurs. Elle a présenté à compter du mois de février 2009 une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 12 juin 2009, la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assurée entre les mois de mars 2009 et de janvier 2010, a posé les diagnostics d'état dépressif réactionnel (F32.1) à une situation délétère sur le lieu de travail chez une personnalité à traits anxieux (F60.6).

P. _____ SA, assureur perte-de gain de [...], ancien employeur de l'assurée, a mandaté T. _____ afin que l'assurée y soit examinée. Dans un rapport du 21 juillet 2009, la Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 2 février 2009 en raison d'un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1).

Un complément d'expertise a été mis en œuvre auprès T. _____. Dans son rapport du 26 février 2010, la Dre S. _____ a fait la synthèse suivante du cas :

« 6. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale :

Mme L. _____ est une assurée de 41 ans ayant vécu une enfance très difficile. Elle a fait un tentamen à l'âge de 19 ans et passe deux semaines en clinique à [...].

Entre 30 et 33 ans, elle fait une psychothérapie auprès de la Dresse M. _____ qu'elle consulte à nouveau dès début mars 2009 à la suite de problèmes relationnels sur le lieu de travail qui mèneront finalement au licenciement de l'assurée pour fin février 2009.

Elle est vue T. _____ dans le cadre d'une évaluation médicale en juillet 2009. A l'époque, l'état psychique ne permettait pas une reprise du travail. L'état dépressif était encore marqué avec des

troubles de l'attention et de la concentration, des troubles formels de la pensée, des troubles marqués des affects ainsi qu'un trouble du dynamisme et de la psychomotricité. Vu la prise en charge adéquate et la bonne relation entre l'assurée et sa thérapeute, nous avons prévu une reprise du travail à 30% dès le 01.09.2009, à 50% dès le 15.09.2009 et de 100% dès le 01.10.2009.

Situation actuelle et conclusions :

L'assurée n'a malheureusement pas été en mesure de reprendre le travail prévu. Elle a trouvé une occupation à 20% et a fait deux périodes de trois semaines à 50%. Elle déclare qu'elle n'aurait pas pu prolonger ces périodes. Nous avons donc revu Mme L. _____ ce jour.

La symptomatologie dépressive s'est beaucoup améliorée depuis l'été passé. Il n'y a plus de trouble de l'attention ni de la concentration objectivables, plus de trouble majeur de la pensée formelle, plus de trouble majeur des affects, plus de trouble du dynamisme et de la psychomotricité. Nous pouvons encore poser le diagnostic d'un **trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 F33.0)**.

Cependant, la disparition progressive de la symptomatologie dépressive permet de constater un important trouble de la personnalité caractérisé par une **personnalité anxieuse (CIM-10 F60.6)**.

En effet, on note un sentiment envahissant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme socialement incompetent et inférieur aux autres, une préoccupation par la crainte d'être critiqué (sic) ou rejetée dans les situations sociales, un refus de nouer des relations à moins d'être certaine d'être aimée, un rétrécissement du mode de vie résultant du besoin de sécurité.

Un tel trouble était déjà suspecté par l'experte suite à l'examen de juillet 2009.

Le diagnostic de **trouble obsessionnel-compulsif (CIM-10 F42)** peut aussi être posé.

Le trouble de la personnalité partiellement décompensé empêche actuellement l'augmentation du taux de travail. Vu les problèmes actuels avec sa thérapeute, une période de flottement est possible jusqu'à ce qu'une nouvelle relation thérapeutique soit établie. Nous considérons toutefois qu'une capacité de travail à 30% devrait actuellement être possible. Dans le cas où le changement de thérapeute se passe bien, on peut envisager une augmentation à 50% dans six mois environ. Une reprise à 100% semble difficile à moyen terme. A noter que le but de l'assurée est un 80%, mais non plus un 100%, ceci pour des raisons de confort personnel.

On notera qu'il y a eu une certaine instabilité dès les études universitaires, puis dans le monde du travail.

On note un taux plasmatique d'antidépresseur trop bas. L'assurée ne paraissait pourtant pas particulièrement inquiète de faire une prise de sang pour contrôler le taux. Il peut s'agir d'un problème de

cytochrome, à révéfier. On se posera quand même des questions sur la compliance de l'assurée qui s'améliorera peut-être après le changement de thérapeute ».

b) Le 9 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une dépression existant depuis le mois de décembre 2008.

Par rapport du 19 avril 2010, la Dre Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif léger à modéré (F32) et de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile (F60.3) existants depuis 2008. La psychiatre a également indiqué que l'assurée n'apparaissait pas déprimée et sans troubles cognitifs. Elle observait une instabilité émotionnelle avec irritabilité latente. La tolérance à la frustration s'avérait faible, avec une tendance à réagir sur un mode impulsif. L'intéressée frappait par son besoin de garder le contrôle sur la relation sur un mode séducteur.

Dans un rapport du 29 juin 2010 à l'OAI, la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, psychologue, respectivement psychiatre et psychologue traitantes de l'assurée depuis le 29 avril 2010, ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). Elles ont notamment précisé ce qui suit :

« 9. Pronostic pour les 2 à 3 prochains mois ?

Pronostic plutôt favorable, la patiente montre de bonnes ressources. Vu la lourde problématique familiale, le travail thérapeutique ne peut se faire que par étapes. Un bilan peut se concevoir fin septembre.

[...]

11. Comment jugez-vous la capacité de travail de l'assurée pour une activité à 100% prenant en compte son handicap ? Veuillez justifier votre réponse.

Aujourd'hui, Mme L._____ peut assumer le 20% qu'elle fait actuellement, mais pas plus. Sa grande fragilité psychique et sa fatigue ne lui permettent pas de supporter le moindre stress supplémentaire. Par ailleurs, elle suit une médication (Cipralax et Lexotanil) qui l'aide à tenir le coup.

Dans 2 mois : une augmentation de son taux d'activité pourra alors se discuter, si l'évolution observée se poursuit. Une évaluation de la médication pourra alors aussi participer à ce bilan.

Dans 6 mois : la patiente montre de bonnes ressources et peut maintenant déjà aborder des aspects lourds de son histoire familiale sans s'effondrer, elle a une bonne capacité de faire des liens ; malgré plusieurs épisodes dépressifs, elle ne montre pas de confusion de temps ou d'espace, ni de troubles mnésiques. Elle n'a pas de symptômes psychotiques. Dès lors, une reprise de l'activité professionnelle pourra s'envisager, par paliers en fonction de bilans réguliers, dès lors que la structure psychique de cette patiente se renforce ».

Par avis médical du 21 décembre 2010, la Dre F._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que, depuis le 29 avril 2010, l'assurée bénéficiait d'une psychothérapie déléguée par la Dre V._____. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère était posé et l'assurée était limitée par une grande fragilité psychique et une fatigue. La médecin a noté que le pronostic était favorable mais que l'incapacité de travail à 70 % se poursuivait. Elle indiquait que, selon un entretien téléphonique du même jour avec la Dre V._____, il était difficile de déterminer la capacité de travail de l'assurée qui avait besoin de reprendre progressivement pied dans le monde du travail. Elle a préconisé la mise en place de mesures de réadaptations, à débiter deux heures par jour, quatre jours par semaine, puis à augmenter progressivement, avec une capacité de travail d'au moins 50 % au terme des mesures.

Dans un rapport du 26 octobre 2011 à l'OAI, la Dre V._____ et la psychologue C._____ ont posé le diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs (ci-après : TOC) de forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F 42.2), cette pathologie s'étant installée sur une personnalité anxieuse (évitante) (F60.6). Elles ont expliqué que le travail thérapeutique avait mis en évidence cette pathologie qui avait probablement pu rester cachée durant les dernières années. Elles ont indiqué que cette problématique avait pris de plus en plus de place dans la vie de l'assurée, empêchant toute activité suivie à l'extérieur. La Dre V._____ et la psychologue C._____ ont précisé qu'à

la date de leur rapport, il ne leur semblait pas possible que l'assurée puisse s'investir dans des mesures de réinsertion professionnelle.

Par avis du 25 novembre 2011, la Dre F. _____ du SMR a résumé la situation en ces termes :

« Nous sommes à plus de 2 ans d'évolution d'un trouble dépressif récurrent chez une personnalité anxieuse présentant un trouble obsessionnel compulsif, et aucune mesure professionnelle n'a pu être mise en place.

Merci de mettre en place une expertise psychiatrique [...] afin de déterminer si des mesures professionnelles sont toujours nécessaires ou si l'assurée a récupéré une capacité de travail dans l'économie libre ».

L'OAI a confié au Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 26 avril 2012, ce spécialiste a posé les diagnostics de troubles de la personnalité, sans précision, névroses de caractère avec impact clinique certain (F60.9), de névrose anxieuse à impact clinique léger (F41.1), de TOC de forme mixte, d'impact clinique faible (F42.2) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis en utilisation continue (F11.25). Le médecin a relevé avoir constaté une tendance, chez l'assurée, à inverser les rôles, celle-ci se montrant très sensible à toute remarque ou opinion n'allant pas dans son sens. L'expert a expliqué que si un état dépressif prononcé avait existé auparavant, il était, à la date de l'expertise, relativement bien compensé. La partie anxieuse existait et était observable en entretien, mais plutôt d'intensité légère. L'assurée avait probablement toute une panoplie de symptômes de ce registre, lesquels conduisaient à des restrictions relatives et pas absolues. Le spécialiste a relevé que la consommation de cannabis de l'assurée était hautement problématique. Il a également indiqué que l'intéressée présentait un mécanisme névrotique par excellence dont le traitement nécessitait des thérapeutes qu'ils « ne [la] brossent pas dans le sens du poil » et qu'ils mènent la patiente vers la confrontation, l'interrogation et un véritable travail sur elle-même. Il a relevé qu'une telle relation semblait avoir existé avec la Dre M. _____ et qu'au moment où l'assurée avait été invitée à agir dans la réalité et à

reprendre le travail, un conflit avait éclaté et l'assurée avait quitté sa thérapeute. La situation avait été la même, en miniature, avec la Dre Y._____. Le psychiatre a ainsi relevé que l'assurée avait tendance à « éviter là où « ça fait mal », là aussi où jugement et amélioration sont possibles ». Il a précisé que l'assurée présentait une problématique durable et pénible, latente pendant toute sa vie et probablement responsable de ses difficultés de formation. Il a fixé l'incapacité de travail à 40 % considérant l'assurée en mesure de s'insérer dans toute activité non qualifiée à hauteur de 60 %. Le psychiatre a également relevé que les aspirations, l'intelligence et l'expérience de l'assurée étaient diminuées et que - comme différents intervenants l'avaient déjà remarqué - l'assurée devait, pour bien fonctionner, avoir un niveau de stress moyen et un cahier des charges bien défini ce qui lui paraissait exigible. Il a ajouté que les expériences des dernières années montraient que les mesures de reclassement ou de formation ne faisaient pas sens, l'assurée se montrant non motivée et pas « prenante ». En raison de son mode névrotique, l'assurée risquait en effet d'utiliser toute proposition extérieure pour la détourner de sorte qu'il valait mieux qu'elle cherche par elle-même le chemin à prendre. L'expert a retenu qu'il existait une incapacité de travail depuis le mois de février 2009. Quant à l'évolution de cette incapacité de travail, il a précisé :

« Il y a eu amélioration et évolution fluctuante, mais que nous ne pouvons pas objectiver avec exactitude rétroactivement. Ce qui est plus clair est une amélioration en 2011 au niveau d'une capacité de 60% comme déterminée (plusieurs voyages). Ceci correspond aussi à l'appréciation des Dresses M._____ et Y._____ ».

Dans un rapport du 8 mai 2012, le Dr R._____, médecin auprès du SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble de la personnalité, sans précision, névroses de caractère avec impact clinique certain (F60.9). Il a posé comme pathologie associée du ressort de l'AI une névrose anxieuse à impact clinique léger (F41.1). Le médecin a retenu une incapacité de travail de 100 % entre les mois de février et décembre 2009 et de 40 % dès le mois de janvier 2011. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée s'élevait à 60 % et les limitations fonctionnelles retenues étaient :

impulsivité, victimisation, séduction, tendance au contrôle, dysthymie, anxiété, tendances obsessionnelles.

Par communication du 28 mars 2013, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'une mesure de réinsertion, soit un entraînement à l'endurance, entre le 9 avril et le 12 juillet 2013 auprès d' [...]. La mesure a toutefois été interrompue le 12 juin 2013, l'assurée se trouvant trop en souffrance dans cette démarche.

Aux termes du « bilan de mesure » du 26 juillet 2013, le Service de réadaptation de l'AI a souligné le décalage important existant entre les conclusions de l'expertise du Dr W. _____ et les constats de la psychologue traitante et des intervenants d' [...] quant à la capacité de travail de l'assurée.

Par rapport du 27 septembre 2013 à l'OAI, la psychologue C. _____ et la Dre N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité, de type paranoïaque (F60.0) existant depuis l'âge adulte et de TOC de forme mixte (F42.2) existant depuis l'enfance. Les spécialistes ont confirmé considérer que l'assurée n'était pas en mesure de travailler et de s'adapter socialement au monde du travail. Elles ont indiqué que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un avis médical du 24 octobre 2013, le Dr R. _____ du SMR a préconisé la mise en place d'un complément d'expertise afin d'établir l'évolution des problèmes de santé et de la capacité de travail de l'assurée depuis le 26 avril 2012.

Le 28 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il ordonnait un complément d'expertise et qu'il avait mandaté le Dr W. _____ à cette fin.

Par courrier du 12 décembre 2013 à l'OAI, l'assurée a indiqué avoir rencontré des difficultés de communication avec le Dr W. _____ pendant leur premier entretien. Elle a joint à son envoi un courrier recommandé adressé le 25 octobre 2012 au psychiatre « corrigeant » les premières pages de son rapport d'expertise du 26 avril 2012.

Le 30 mai 2014, le Dr W. _____ a adressé la correspondance suivante à l'OAI :

« Comme convenu lors de notre téléphone du 21 mai 2014 et par la présente, je décris le déroulement de ma tentative d'établir un complément d'expertise pour l'assurée susmentionnée (votre mandat du 28.11.1913 [recte : 2013]).

Mme L. _____ a été convoquée le 21 mai 2014 à 8h30. Elle se présente ponctuellement. Elle frappe d'abord d'une manière extrêmement forte à la porte. En lui ouvrant, je lui souhaite le bonjour et tends la main. Elle refuse les deux. Etant occupé encore au téléphone, je lui demande de s'installer à la salle d'attente, ce qu'elle fait. En la cherchant, j'essaie de diminuer la forte tension qui se dégage d'elle. Je me renseigne sur son voyage. L'assurée répond du bout des lèvres.

Dès que nous sommes installés en situation de consultation, Mme L. _____ commence à crier, à dire que tout ce que j'ai écrit dans l'expertise précédente était faux, inventé et les lettres qu'elle a écrites, à ce propos, ne suffisent pas, tellement il y a encore de choses à rajouter. Très vite, elle me traite de « *conard et menteur* ». Elle crie d'une intensité qui fait quasi vibrer les vitres. J'essaie de la calmer et de dire que nous ne pouvons continuer qu'à condition qu'elle entre dans un abaissement de ton, d'intensité et d'attitude. Mme L. _____ continue à crier.

A ce moment-là, je lui dis que je ne peux pas continuer dans ces conditions et je lui montre la porte. Très vite, l'assurée se lève, se calme, va vers la porte, se tourne lentement et dit : « *On est bien d'accord que vous m'avez mise à la porte.* » Je lui réponds : « non, mais je ne peux simplement pas entrer en matière avec quelqu'un qui est et reste dans un tel comportement[»]. Mme L. _____ quitte la pièce et claque la porte violemment.

Malgré les nombreuses remarques et lettres où elle avait déjà une attitude très disqualifiante à mon égard, j'ai essayé de maintenir une attitude neutre, impartiale et ouverte. Pour sortir de toute discussion sur le passé, son anamnèse et les malentendus qu'elle prétendait, j'aurais proposé qu'elle fasse elle-même un résumé d'anamnèse de son historique familial et personnel qui serait à ce moment-là incontestable et ferait partie du dossier. Mais avec l'agressivité directe et l'attitude décrite de l'assurée, les conditions pour une approche neutre voire un déroulement normal d'un rendez-vous d'expertise n'étaient plus donné[e]s du tout.

Par rapport à l'ensemble de mes observations antérieures, la lecture des documents à l'intervalle entre 2012 et 2014 et le déroulement dans l'échange actuel me font dire ceci :

- Mme L._____ dispose malgré ses problèmes d'une capacité de contrôle et de manipulation.
- Ses nombreuses lettres témoignent d'une capacité de structuration, d'expression et ne sont pas dépourvues de logique. Elle est bien capable de se déterminer dans ses opinions et dans ses buts.
- Les résultats d'observation du stage [...] sont à relativiser car il s'agissait d'une matière nouvelle pour elle. Le rendement faible observé peut être très bien influencé par des facteurs de motivation et autres.
- Les difficultés avec d'autres personnes étaient bien manifestes, mais par (sic) insurmontables. Le respect des règles, d'autrui et du personnel d'encadrement était possible.

Compte tenu de l'ensemble de ces observations et remarques, je pense que le complément d'expertise devrait se faire chez un autre expert ».

Par communication du 26 juin 2014, l'OAI a désigné [...] pour une nouvelle expertise psychiatrique.

Le 10 février 2015, les Dres K._____ et E._____, médecins auprès du [...], ont adressé leur rapport à l'OAI. Elles ont posé les diagnostics de personnalité anxieuse (F60.6) et de TOC (F42). Dans la partie « appréciation du cas et pronostic », les expertes ont relevé ce qui suit :

« En reprenant l'ensemble du dossier de l'expertisée on s'aperçoit que les différents experts mandatés de même que les différents psychiatres traitants ont émis des capacités de travail très variables allant d'une incapacité de travail totale à une incapacité de 30%. L'on constate que malgré ces divergences d'appréciation l'expertisée n'a pas pu reprendre une activité professionnelle depuis le début 2009.

L'étude du dossier de l'expertisée révèle que, notamment entre 2004 et 2007, l'appréciation de ses anciens employeurs dans un bureau d'avocat font état d'un travail effectué à l'entière satisfaction. La situation professionnelle de Mme L._____ se dégrade par la suite et emmène à son licenciement début 2009.

Les tentatives ultérieures de réinsertion n'ont pas abouti. Malgré une prise en charge psychothérapeutique effectuée dans des bonnes conditions et malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur cela n'a également pas permis la reprise d'une activité professionnelle.

Dès lors se pose la question du pourquoi de ces différents échecs. L'expertisée apparaît sincère dans ses différentes tentatives de reprise d'une activité professionnelle.

Nous comprenons cela par une péjoration progressive de son état psychique notamment avec une recrudescence de la symptomatologie anxieuse se manifestant bien sûr lors des différentes tentatives de reprise professionnelle mais également

dans les activités de la vie quotidienne comme en témoigne par exemple sa difficulté actuelle à tenir son ménage. On note aussi une aggravation d'un trouble obsessionnel compulsif et des comportements stéréotypés.

A l'heure actuelle, il ne semble pas possible que Mme L. _____ puisse s'investir dans des mesures de réinsertion et sa capacité de travail est nulle. Nous pensons que l'octroi d'une rente complète serait en mesure de diminuer le stress vécu par l'expertisée tout en lui accordant une reconnaissance d'un vécu existentiel particulièrement difficile. Nous formulons l'hypothèse que cet octroi puisse lui permettre également un meilleur investissement dans sa relation psychothérapeutique et donc une atténuation de ses souffrances. Si tel est le cas il n'est pas exclu qu'une fois la symptomatologie anxieuse quelque peu atténuée, l'expertisée puisse retrouver les ressources nécessaires lui permettant de retrouver d'elle-même une activité professionnelle à temps partiel. De ce fait, nous proposons une réévaluation de la situation d'ici deux ans ».

Par lettre du 6 mars 2015 [...], le Dr R. _____ du SMR a écrit ce qui suit :

« Pour nous permettre de poursuivre l'instruction du dossier de la personne susmentionnée, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

- A votre avis des traitements médicaux sont-ils susceptibles de réduire les empêchements psychiques (TOC ; personnalité anxieuse) qui affectent cet[te] assurée et si oui, lesquels ?
- Comment avez-vous vérifié et documenté que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles avaient été tentés (CIIAI 1046) ?
- Pourriez-vous décrire une journée type de l'assurée ?
- Concernant la période antérieure au 26 avril 2012, pour quelles raisons vous êtes-vous écarté des conclusions de l'expertise W. _____ datée du 26 avril 2012 ?
- Quel type de mesure d'instruction avez-vous mis en place pour confirmer les plaintes de l'assurée (trouble de l'attention, trouble de la concentration, [...]) ?
- Avez-vous pris contact avec les médecins de l'assurée ? ».

Le 2 novembre 2015, après plusieurs relances, la Dre E. _____ a indiqué ce qui suit au SMR:

« Pour faire suite à votre demande du 6 mars dernier et en réponse à vos questions, nous vous transmettons les informations suivantes, recueillies auprès de l'expertisé susmentionné, par téléphone, en date du 15 septembre 2015 (entretien de 15 minutes).

- A votre avis des traitements médicaux sont-ils susceptibles de réduire les empêchements psychiques (TOC ; personnalité anxieuse) qui affectent cet[te] assurée et si oui, lesquels ?

Les stratégies thérapeutiques optimales consistent en une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportementale, à raison d'une séance par semaine au minimum, avec un travail utilisant des techniques d'exposition progressive aux situations anxiogènes. Un travail basé sur la correction des distorsions cognitives peut aussi être accompli, par des tâches régulières entre les séances. Des approches de type corporelles, telles que psychomotricité ou des méthodes de relaxation et de méditation (per [sic] exemple « pleine conscience ») peuvent également compléter cette prise en soins avec un impact possible sur le trouble anxieux.

- Comment avez-vous vérifié et documenté que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles avaient été tentés (CIIAI 1046) ?

L'expertisée a bénéficié d'un suivi psychiatrique de longue date, au rythme d'une fois par semaine actuellement. Selon ses dires la prise en charge psychothérapeutique serait plutôt de type cognitivo-comportementale. Il est probablement vrai que l'expertisée n'a pas tenté des approches de type corporel.

- Pourriez-vous décrire une journée type de l'assurée ?

L'expertisée se lève vers 7h du matin, prépare le petit-déjeuner pour elle et son compagnon, qui part au travail, et, par la suite, elle reste à la maison ou, si nécessaire, elle sort afin de faire les achats ou les démarches indispensables de la vie quotidienne.

Selon l'expertisée il survient de longue période (sic) pendant la journée ou (sic) elle reste prostrée ou en train d'exercer des activités répétitives (répétition des recettes de cuisine) afin de se calmer.

En fin d'après-midi, au retour de son compagnon, elle fait des activités avec ce dernier avant de se coucher vers 22h.

- Concernant la période antérieure au 26 avril 2012, pour quelles raisons vous êtes-vous écarté des conclusions de l'expertise W. _____ datée du 26 avril 2012 ?

En s'appuyant sur les nouveaux éléments cliniques et anamnestiques apportés par l'expertisée et la dégradation objective de l'état psychique de l'expertisée.

- Quel type de mesure d'instruction avez-vous mis en place pour confirmer les plaintes de l'assurée (trouble de l'attention, trouble de la concentration) ?

Nous n'avons pas jugé nécessaire d'effectuer un bilan neuropsychologique pour confirmer les plaintes de l'expertisée concernant les troubles de l'attention et les troubles de la concentration. L'examen clinique et les plaintes subjectives de l'expertisée nous ont semblé suffisants. En effet dans le cas de

troubles obsessionnels compulsifs et de troubles anxieux majeurs, l'attention et la concentration sont toujours perturbées.

- Avez-vous pris contact avec les médecins de l'assurée ?

Nous avons tenté de prendre contact avec les médecins de l'expertisée à plusieurs reprises. Après avoir laissé plusieurs messages sur leur répondeur téléphonique afin que ces derniers puissent nous rappeler, nous n'avons jamais eu de retour ».

Faisant suite à cet envoi, le Dr R._____ a demandé aux médecins [...], le 1^{er} décembre 2015, de bien vouloir compléter et motiver leur réponse à la question intitulée « [c]oncernant la période antérieure au 26 avril 2012, pour quelles raisons vous êtes-vous écarté des conclusions de l'expertise W._____ datée du 26 avril 2012 ? », la réponse des expertes ne permettant pas de retenir une modification de l'état de santé psychique depuis l'expertise du 26 avril 2012. Il leur a également demandé de motiver la raison pour laquelle l'expertise W._____ n'était pas mentionnée dans leur rapport du 10 février 2015.

Par courrier du 16 février 2016, les Dres K._____ et E._____ ont indiqué ce qui suit :

« En m'appuyant sur l'expertise du Dr W._____ et en comparant le status psychique de l'expertisée actuellement, j'ai pu constater une péjoration au niveau du fonctionnement global de cette dernière avec un impact significatif sur ses performances professionnelles et sociales. En effet, la modification de l'état de santé psychique de l'expertisée entre 2012 et 2015 concerne l'intensité de l'expression clinique des symptômes devenant alors invalidants pour la vie professionnelle et sociale de Mme L._____ et n'entraînent pas de changement de diagnostic mentionné dans l'expertise du Dr W._____ datée du 26 avril 2012 (trouble de la personnalité et trouble obsessionnel-compulsif) ».

Dans un avis du 23 mars 2016, le Dr R._____ du SMR a relevé que le rapport d'expertise des Dres K._____ et E._____ ne mentionnait ni l'expertise T._____ de 2010, ni l'expertise du Dr W._____ de 2012 et ne décrivait pas d'aggravation de l'état de santé depuis 2012, ni depuis le rapport de la Dre M._____ de 2010. Les deux expertes renaient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité de l'économie depuis février 2009 sans justification reposant sur des éléments médicaux. Les réponses apportées aux questions posées par le SMR n'étaient pas satisfaisantes car elles ne reposaient pas sur des

éléments médicaux cliniques ou anamnestiques. Le médecin préconisait dès lors la mise en place d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Par communication du 3 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée, alors représentée par le syndicat Syna, avoir mandaté le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue d'une nouvelle évaluation médicale. Un délai lui était imparti pour adresser ses objections sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue ainsi que le nom de l'expert.

Dans un rapport d'expertise du 3 février 2017, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et quérulante (F61.0), existant depuis l'adolescence, de trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan (F42.1), existant au moins depuis 2012, de dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1), existant depuis l'âge de trente ans au plus tard. Il a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1), existant depuis l'âge de jeune adulte. Dans la partie « synthèse et discussion », le psychiatre a procédé à un rappel de l'historique médical de l'assurée, puis a relevé ce qui suit :

« Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une plainte principale concernant des douleurs, je n'ai pas non plus objectivé de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Depuis son enfance, Mme L._____ décrit une suite de souffrances, déceptions et blessures, subies d'abord dans un contexte familial marqué par des tensions et disputes violentes entre ses parents, notamment de la part de sa mère. Décrivant une mère abusive et malveillante ainsi qu'un père agressif et peu présent à cause de ses activités criminelles, elle quitte la maison de sa mère à l'âge de 20 ans. Après avoir interrompu deux études universitaires, elle enchaîne des périodes de chômage et des missions temporaires comme employée de bureau, avant de trouver des engagements stables dans ce domaine. Cependant, elle se sent victime

d'injustices, par exemple à cause d'une collègue de travail incompétente mais mieux payée, ainsi que de conditions de travail abusives. Face à cette situation, elle décrit un épuisement grandissant qui accompagne un abaissement de l'humeur entraînant un effondrement chaque weekend et l'obligeant de passer son temps libre en pleurant au lit, avant d'affronter son travail pendant la semaine. Donnant une description dramatique de ses symptômes et sa souffrance grandissant pendant des années, elle se plaint d'un épuisement complet au plan psychique, persistant depuis un arrêt maladie en février 2009 et laissant penser au diagnostic d'un épisode dépressif sévère à moyen.

Cependant, ces plaintes contrastent avec des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen de Mme L._____. Décrivant surtout une labilité émotionnelle, Mme L._____ ne souffre pas de la persistance d'un abaissement important de l'humeur, mais fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, par exemple lorsqu'elle décrit de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision ou la musique et des films qu'elle consomme par internet. Prenant visiblement soin d'elle, elle se montre fière lorsqu'elle aborde ses réussites professionnelles et peut se montrer souriante par moments. Contrairement à sa plainte concernant l'absence de toute énergie, notamment depuis l'expertise en 2012, elle participe activement à deux entretiens de plus de trois heures, en accompagnant ses propos parfois de gesticulations vives, avant de maîtriser des tests cognitifs. Sans signe manifeste de fatigue ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration à l'examen, elle mène une vie autonome, s'occupe seule de son ménage et gère ses finances pour éviter des dettes ou des poursuites, malgré un budget restreint depuis qu'elle dépend de l'aide sociale. En parallèle, elle surprend par son bon niveau d'information concernant l'actualité contrastant avec sa plainte concernant l'absence de toute envie et d'intérêt due à une vie organisée autour de ses obsessions.

D'abord, elle met en avant une culpabilité par rapport aux conflits avec son entourage, qu'elle relativise pourtant en exprimant surtout un sentiment de rejet par les gens à cause d'une suite d'injustices dont elle se sent victime. Dans ce contexte, elle se montre particulièrement combative en tenant des propos diffamants et injurieux vis-à-vis de ceux qui, selon elle, ne reconnaissent pas son statut de malade, notamment l'Office AI et les médecins qui ne vont éventuellement pas dans le sens de sa conviction d'une incapacité de travail. Sans attitude manifestement morose et pessimiste face à l'avenir, elle se montre déterminée à lutter pour ce qu'elle estime être son droit, en se décrivant comme une activiste qui s'oppose aux injustices. Ainsi, elle prend une claire distance d'idées suicidaires décrites comme récurrentes depuis des années et moins présentes depuis deux ans, selon ses propres dires, sans idée auto-agressive actuelle. Décrivant un sommeil irrégulier surtout à cause de l'absence de structure quotidienne, elle nie d'insomnie manifeste ou de diminution actuelle de l'appétit entraînant une perte d'au moins 5% du poids corporel. Expliquant une perte de 12 kg en 2014 par le stress dû aux examens [...], qui se trouve au-dessus des 7 kg observés selon le rapport d'expertise du 10.02.2015, elle dit l'avoir rapidement compensée et décrit un poids stable depuis. Par

conséquent, les symptômes objectivables de Mme L. _____ restent insuffisants pour retenir un épisode dépressif majeur, selon la CIM-10.

Sans ralentissement ou agitation manifeste au plan psychomoteur, Mme L. _____ se met en colère lorsqu'elle se sent contrariée ou quand elle a l'impression que son interlocuteur ne va pas dans son sens, tout en pouvant calmer rapidement ses émotions. Ainsi, elle décrit un bon sommeil, quand elle se couche, sans réveil matinal précoce ni dépression plus marquée le matin, permettant de retenir un syndrome somatique. Cependant, un syndrome somatique accompagne typiquement des épisodes dépressifs sévères qui entraînent habituellement une incapacité de poursuivre (sic) les activités sociales ou ménagères. Par contre, Mme L. _____ continue à mener une vie autonome et fait face aux exigences de la vie quotidienne. Utilisant des moyens comme des achats par internet, elle s'organise pour éviter des problèmes financiers ou des dettes, malgré son budget restreint dépendant de l'aide sociale. Sans aggravation de ses symptômes affectifs lors d'un changement de sa routine caractérisant un épisode dépressif majeur, elle fait preuve de ses capacités d'adaptation lors de ses voyages en Amérique latine et aux Etats-Unis après son arrêt maladie, en 2009, 2011 et il y a 4 ans. Limitant son traitement psychiatrique à des consultations sporadiques, d'abord avec la Dresse V. _____ puis avec la Dresse N. _____, Mme L. _____ suit un traitement pharmacologique avec un seul antidépresseur prescrit à une dose moyenne, correspondant au résultat du taux sanguin. Malgré cette médication relativement légère, elle reste capable d'affronter une suite de déceptions décrites ces dernières années, notamment dans le cadre de sa procédure AI, sans nécessité d'une thérapie plus intense, par exemple dans un cadre semi-stationnaire ou stationnaire. En effet, les démarches thérapeutiques de la Dresse V. _____ et de la Dresse N. _____ contrastent avec la sévérité de leurs diagnostics. Or, sur la base des éléments objectivables l'anamnèse et l'examen de Mme L. _____ correspondent à une dépression chronique de l'humeur qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

Mme L. _____ ne décrit elle-même qu'une humeur fluctuante avec des périodes pendant lesquelles [elle] entreprend par exemple des voyages de plusieurs semaines en Amérique. Capable de surmonter une rupture sentimentale, il y a deux ans, elle rétablit la relation avec son compagnon qu'elle accueille par exemple pour manger chez elle, selon ses propres dires. Mais la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Elle rumine concernant des injustices subies et se plaint de son vécu ces dernières années. Décrivant un sommeil irrégulier dû à l'absence d'une activité structurante, elle a perdu confiance en elle-même, tout en restant toujours capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne en faisant preuve de sa capacité d'organisation, par exemple lors des deux rendez-vous de l'expertise actuelle. Survenue dans le contexte d'une accumulation d'événements stressants, comme des conflits au travail entraînant un état dépressif réactionnel qui motive une première consultation psychiatrique avec la Dresse M. _____ en 2000, cette dépression

chronique et fluctuante correspond à une dysthymie, selon la CIM-10.

Dans le cadre de cette dysthymie, l'état psychique de Mme L._____ peut répondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, notamment en réaction à des déceptions, par exemple le conflit lors de son travail chez [...] suivi par son licenciement en 2009. Un tel épisode dépressif réactionnel montre typiquement une évolution favorable, comme en témoignent les examens de la Dresse S._____ retenant d'abord un épisode dépressif moyen à sévère en juillet 2009, suivi par un épisode dépressif léger en janvier 2010. Ainsi, Mme L._____ peut aider son compagnon dans l'organisation d'un voyage en Amérique latine, avant d'interrompre son suivi avec la Dresse M._____ fin 2009. Malgré l'absence d'un traitement médicamenteux efficace, selon le taux sanguin largement insuffisant constaté par la Dresse S._____ le 18.01.2010, elle accompagne son compagnon en Amérique latine, sans aggravation de son état psychique, en faisant preuve de ses ressources d'adaptation.

Selon les plaintes de Mme L._____, cette dysthymie s'accompagne de symptômes anxieux fluctuants avec le besoin d'éviter certains gestes, par exemple de marcher sur les lignes du revêtement du sol ainsi que de mettre certains vêtements ou d'éviter de chanter certaines chansons afin d'éviter un malheur. Malgré la description dramatique de ces rituels, la présentation de Mme L._____ paraît particulière à l'examen. Ainsi, elle évite parfois de marcher sur les lignes entre les lattes du parquet avec un comportement d'allure caricaturale au cabinet, tout en pouvant se déplacer d'un pas soutenu sans prêter attention à la structure du sol, lors de la pause pour fumer ou après la fin formelle de l'examen. Décrivant la persistance de ces symptômes depuis l'âge de 7 ans, Mme L._____ exprime une souffrance importante qui paraît surprenante par rapport à l'absence de documentation d'une telle pathologie, jusqu'au deuxième examen de la Dresse S._____ en janvier 2010. Puis, la Dresse V._____ n'évoque pas ce type de symptôme pendant une année de suivi avant de retenir pour la première fois un trouble obsessionnel compulsif dans sa lettre du 26.10.2011. A nouveau, les plaintes et la présentation de Mme L._____ concernant des symptômes obsessionnels compulsifs frappent par leur caractère aussi dramatique qu'inhabituel, voire incohérent, laissant planer des doutes quant à leur sévérité réelle. Etant donné cette présentation, ces plaintes incohérentes semblent étroitement liées aux croyances de Mme L._____ concernant une personne gravement malade au plan psychique. En faisant abstraction de ces incohérences, sa description de l'évitement de certains objets par un besoin d'éviter un malheur permet de retenir un trouble obsessionnel compulsif avec un comportement compulsif au premier plan, dont l'impact clinique reste pourtant faible, comme décrit par le Dr W._____ en 2012.

Accompagné par une dysthymie, ce trouble obsessionnel compulsif léger s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité et une hyper-expressivité émotionnelle avec une vulnérabilité pour des blessures narcissiques. Face à des contrariétés et frustrations, Mme L._____ peut agir sans considération pour les conséquences possibles et utilise des moyens

de défense immature comme le clivage, la projection, le déni et l'idéalisation. Dans ce cadre, elle montre une tendance à blâmer autrui pour expliquer ses échecs et difficultés, ainsi qu'une faible tolérance à la frustration avec un abaissement de son seuil de décharge d'agressivité verbale. En revanche, elle nie un sentiment persistant de vide émotionnel mais fait preuve d'un sens combatif tenace de ce qu'elle estime être ses droits légitimes, comme en témoignent ses lettres et messages contenant des descriptions minutieuses de ses interprétations. Visant à décrédibiliser toute opposition à ses convictions, ces interprétations s'accompagnent d'une tendance rancunière tenace vis-à-vis de ceux remettant en question la légitimité de sa revendication d'une compensation pour son vécu subjectif. Etant donné l'expression dramatique de son vécu, ce fonctionnement motive plusieurs hypothèses d'un trouble de la personnalité, comme un type émotionnellement labile par la Dresse Y._____ en 2010, une névrose de caractère par le Dr W._____ en 2012 et un type paranoïaque par la Dresse N._____ en 2013.

Anamnesticquement, cette constitution caractériologique de Mme L._____ se développe au cours d'une enfance et adolescence marquées par une carence affective, notamment de la part d'une mère abusive et maltraitante ainsi qu'un père agressif et absent entre autre à cause de ses activités criminelles. Gardant le souvenir d'une importante instabilité relationnelle, Mme L._____ décrit des difficultés de comportement avec des problèmes d'intégration à l'école, depuis son plus jeune âge. Malgré ce vécu, elle peut s'éloigner de sa mère à l'âge de 18 ans pour passer une année scolaire aux Etats-Unis au cours de laquelle elle affronte des problèmes avec sa famille d'accueil (sic), sans décompensation psychique. Puis elle fait une première et seule tentative de suicide vers l'âge de 20 ans en réaction à un conflit avec sa mère, selon elle concernant ses projets d'avenir. Sans traitement spécialisé après une hospitalisation de deux semaines à [...], dont la lettre de sortie ne se trouve plus dans son dossier de cette institution, Mme L._____ commence à mener une vie autonome. Malgré l'échec de ses études universitaires, elle subvient seule à ses besoins et montre des capacités surprenant par rapport à sa rancune, voire sa haine exprimée vis-à-vis de sa mère, en pouvant surmonter ces émotions afin de l'accompagner au cours d'une maladie grave pendant ses derniers mois de vie, en 1994. Sans formation professionnelle après sa Maturité, Mme L._____ réussit à poursuivre une activité comme secrétaire avec des engagements de plusieurs années dans différents contextes professionnels et mène une vie indépendante. S'engageant dans des relations de plusieurs années avec des partenaires décrits soit comme instables et abusifs soit comme positifs, par exemple dans le cas de sa relation actuelle, elle surmonte une rupture afin de rétablir le lien avec son compagnon qu'elle connaît depuis des années. Fixée sur son vécu d'injustices et de déceptions, Mme L._____ fait à la fois preuve de ressources d'adaptation et d'une perturbation de sa constitution caractériologique persistant depuis l'adolescence en faveur d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et querulente.

Dans ce cadre, la consommation de cannabis de Mme L._____ débutée à l'âge de 15 ans, selon elle par curiosité, avant de devenir

régulière lorsqu'elle quitte la maison de sa mère à l'âge de 20 ans, aggrave sa labilité émotionnelle qui maintient sa dysthymie. En revanche, elle décrit une consommation stable de deux joints par jour pendant des années qui augmente à quatre joints lors de périodes de stress, comme les examens dans le cadre des expertises mandatées par l'Office AI. Sans mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, elle n'augmente pas continuellement la quantité et ne montre pas d'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance. En effet, elle nie de difficulté à contrôler l'utilisation de cannabis et ne poursuit pas sa consommation, malgré la survenue de conséquences manifestement nocives, dont elle est au courant. En l'absence d'un syndrome de dépendance, selon les critères de la CIM-10, la consommation de cannabis de Mme L. _____ correspond ainsi à une utilisation nocive pour la santé psychique.

Dans le cas de Mme L. _____ cette consommation nocive n'est pas la conséquence ni [e] symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une incapacité de travail durable ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Par contre sa consommation de cannabis aggrave le dysfonctionnement dû à son trouble de la personnalité, notamment sa labilité émotionnelle et la diminution de sa tolérance à la frustration entraînant un abaissement du seuil de décharge d'agressivité verbale. En l'absence d'un syndrome de dépendance, l'abstinence de cannabis est exigible afin de permettre à Mme L. _____ une stabilisation de son humeur, une amélioration de sa tolérance au stress et à la frustration ainsi qu'une meilleure gestion de ses émotions.

Cependant, le trouble mixte de la personnalité de Mme L. _____ maintient sa dysthymie ainsi qu'un trouble obsessionnel compulsif d'impact clinique léger. Entraînant des limitations fonctionnelles au niveau de la tolérance à la frustration et de la gestion des émotions, ce trouble de la personnalité explique son comportement abandonnique et explosif face à des situations vécues comme des rejets. Néanmoins, elle fait preuve de ressources personnelles préservées lui permettant de mener une vie autonome organisée en fonction de sa fixation sur un rôle d'invalidé et ses revendications d'une compensation pour son vécu subjectif pénible. Maintenu par des bénéfices secondaires, comme l'évitement de problèmes sortant du champ médical, par exemple des difficultés sur le marché du travail à cause de l'absence d'une formation reconnue et l'âge, ce rôle d'invalidé s'accompagne d'un cortège de plaintes dramatiques. Ces plaintes montrent pourtant des incohéren[c]es avec des éléments objectivables témoignant de ressources personnelles préservées, comme les voyages de Mme L. _____ et la gestion de sa vie quotidienne. Malgré ses difficultés, elle fait ainsi preuve d'une capacité nette de contrôle et de manipulation, déjà lors des examens précédant. En effet, ses lettres rédigées au cours de sa lutte pour ce qu'elle estime être son droit demandent des capacités d'organisation et d'expression qui relativisent les observations du stage [...], dont le but paraît opposé à l'objectif de Mme L. _____ d'une reconnaissance de son vécu.

Néanmoins, ce stage permet d'observer des ressources compatibles avec une réinsertion professionnelle dans des domaines comme la compréhension de consignes, la reproduction, l'ordre, la qualité du travail, la précision, l'autocontrôle, la fiabilité ainsi que l'assiduité au poste de travail et la responsabilité autonome. Ses capacités particulièrement positives au niveau de sa présence et ponctualité, la présentation ainsi que le respect des règles démontrées au cours de trois mois d'observation cher [...] relativisent le comportement explosif de Mme L._____ lors des examens psychiatriques. Ainsi, les rapports de ses thérapeutes, notamment de la Dresse V._____ et la Dresse N._____, ainsi que l'expertise psychiatrique [...] semblent basés principalement sur les plaintes subjectives de Mme L._____ et arrivent à des conclusions qui confirment sa conviction d'une incapacité de travail complète. En l'absence de discussion des diagnostics, l'appréciation [...] paraît pourtant insuffisamment étayée et plusieurs passages de l'anamnèse semblent repris sans changement de l'expertise du Dr W._____ (page 5 et 6 du rapport du 10.02.2015).

En faisant abstraction des plaintes incohérentes de Mme L._____, les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen montrent des ressources personnelles au moins partiellement préservées compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 60%. Cette incapacité de travail partielle tient compte des fluctuations de son rendement en lien avec ses limitations fonctionnelles, notamment sa labilité émotionnelle et la diminution de sa tolérance à la frustration. Par conséquent, une activité adaptée ne doit pas impliquer un contact soutenu avec une clientèle ni d'intégration dans une hiérarchie complexe, notamment pas de travail en équipe. En même temps, une telle activité lui laisse un maximum d'autonomie au plan organisationnel lui permettant d'adapter sa charge de travail en fonction de ses fluctuations de l'humeur tout en étant caractérisée par des tâches clairement définies, par exemple dans un cahier des charges. Mettant en valeur ses expériences professionnelles, le travail d'employée de bureau ou de secrétaire correspond à une activité adaptée, notamment dans une petite structure acceptant ses particularités de fonctionnement, comme une étude d'avocats ou une entreprise de taille moyenne.

Afin de tenir compte du déconditionnement de Mme L._____ après plusieurs années d'absence du marché du travail, la reprise d'une telle activité à un taux progressif serait souhaitable, par exemple dans le cadre de mesures professionnelles. Par contre, l'adoption d'un rôle d'invalidé avec la fixation de Mme L._____ sur une compensation financière pour son vécu subjectif pénible rend le succès d'une telle mesure peu probable. Ainsi, elle risque d'utiliser une telle mesure pour appuyer sa demande d'une rente AI au lieu de mettre en valeur ses ressources d'adaptation préservées, dont témoigne sa capacité de mener une vie autonome et de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Contrastant avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, ces capacités semblent surprenantes par rapport aux plaintes subjectives de Mme L._____. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un trouble psychique sévère, elle suit une thérapie qui se limite à la dose moyenne d'un seul antidépresseur et des consultations psychiatriques sporadiques. Néanmoins, Mme L._____ affronte ses déceptions et difficultés

sociales depuis la perte de son travail en 2009, sans décompensation psychique nécessitant par exemple un cadre stationnaire ou semi-stationnaire.

Au niveau professionnel, Mme L._____ pourrait également bénéficier d'une abstinence de cannabis dans le but d'améliorer sa gestion des émotions, notamment face à des frustrations, et sa labilité émotionnelle persistant actuellement sous forme d'une dysthymie. A condition d'une abstinence de cannabis, une augmentation ultérieure du taux de travail jusqu'à 70% semble réaliste dans une activité adaptée au cours de 9 à 12 mois. En plus, une adaptation du traitement psychotrope avec l'introduction d'un antipsychotique atypique à bas dosage pourrait contribuer à une amélioration ultérieure de son état psychique, notamment par une stabilisation de l'humeur avec une réduction de l'impulsivité, tout en pouvant régler le sommeil ».

Par avis du 7 juin 2017, le Dr R._____ du SMR a relevé que la capacité de travail de l'assurée était de 60 % dès janvier 2011.

Par projet de décision du 3 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 mars 2011 puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2011. L'OAI a retenu que l'assurée présentait dès le 1^{er} avril 2011 un degré d'invalidité de 40 %.

Le 31 octobre 2017, l'assurée, par le syndicat Syna, a adressé ses observations sur ce projet de décision à l'OAI, en y joignant une prise de position du 26 octobre 2017 de la Dre N._____. Dans ce rapport, la psychiatre a indiqué que sa patiente remplissait tout aussi bien les critères d'une personnalité extrêmement labile de type borderline (F60.31) que ceux d'une personnalité anxieuse (évitante) (F60.6) ou d'une personnalité paranoïaque (F60.0) et des TOC avec pensées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0). Elle a également retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.24) et de trouble dépressif récurrent, existant depuis l'enfance, par moment sévère avec des idées suicidaires (F32.2). La Dre N._____ a expliqué que, contrairement aux indications du Dr D._____, il avait été très difficile pour l'assurée d'organiser et de participer aux trois voyages en Amérique effectués entre 2009 et 2017. A l'occasion du voyage de 2013, le médecin

avait dû prescrire plusieurs médicaments afin que l'assurée puisse maîtriser ses débordements émotionnels et parvenir à s'endormir. De même, la spécialiste a relevé que la rupture avec son compagnon en 2015 avait été une épreuve particulièrement douloureuse pour l'intéressée. Elle a encore précisé qu'à son sens l'assurée était incapable de se passer de cannabis dès lors qu'elle l'utilisait pour calmer ses angoisses. La Dre N._____ a ainsi retenu une capacité de travail nulle, précisant qu'une amélioration de la situation passerait par une reconnaissance de la souffrance de l'assurée. Celle-ci devait donc se voir reconnaître un droit à une rente entière d'invalidité avant d'être en mesure d'effectuer le travail qui lui permettrait de retrouver une exigibilité.

Dans un rapport du 25 novembre 2017, le Dr D._____ a indiqué que l'échelle de Hamilton utilisée par la Dre N._____ pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec des épisodes sévères était inadéquate car plusieurs items de cette échelle dépendaient de plaintes subjectives alors qu'il convenait de retenir un diagnostic clinique fondé sur l'exploration des activités sociales et quotidiennes, notamment face à des divergences entre les éléments objectivables et les plaintes. Il a relevé que la Dre N._____ n'avait prescrit qu'un antidépresseur relativement faible à une dose minimale efficace associé à une dose faible d'un antipsychotique atypique ayant comme effet principal une induction du sommeil. Sa consœur avait également relevé que l'assurée avait réduit ce traitement pour l'arrêter au moment d'un voyage en Amérique après lequel elle avait repris un traitement antidépresseur, en avril 2014. Or, la dose de ce traitement restait insuffisante pour produire un effet thérapeutique. Le Dr D._____ a encore relevé que les diagnostics et la sévérité des troubles psychiques retenus par la psychiatre nécessitaient habituellement un traitement psychiatrique intense, voire au moins ponctuellement une hospitalisation. Il a confirmé que les démarches thérapeutiques de la Dre N._____ contrastaient avec la gravité de ses diagnostics et que les plaintes de l'assurée montraient des incohérences nombreuses avec les éléments objectivables. Le Dr D._____ a conclu que les hypothèses diagnostiques de la Dre N._____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier ses conclusions

concernant la capacité de travail de l'assurée dès lors qu'elles étaient principalement basées sur les plaintes dramatiques mais incohérentes de cette dernière.

Dans un avis médical du 12 janvier 2018, le Dr R._____ s'est rallié aux conclusions du Dr D._____.

Par courrier du 23 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée le rapport du 25 novembre 2017 du Dr D._____ et a expliqué que le rapport de la Dre N._____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise du 3 février 2017 de sorte que le projet de décision était fondé.

Par décision du 14 mai 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 mars 2011, puis à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2011.

B. Par acte du 14 juin 2018, L._____, représentée par Me Joël Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2010 et subsidiairement à son annulation, « une nouvelle expertise étant mise en œuvre sous l'égide de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal » pour déterminer son taux d'invalidité. En substance, elle a fait valoir que l'office intimé n'avait pas exposé les raisons pour lesquelles il avait privilégié les expertises des Drs W._____ et D._____ par rapport à celle mise en place auprès [...], respectivement à l'avis émis par sa médecin traitante, la Dre N._____. Aux yeux de la recourante, la valeur probante des rapports des Drs W._____ et D._____ était moindre que celle du rapport [...]. En particulier, l'expertise du Dr W._____ était incomplète, ce dont l'OAI ne disconvenait pas puisqu'il avait sollicité un complément qui n'avait finalement pas pu être réalisé. L'expertise du Dr W._____ s'était en outre mal déroulée. Enfin, ce rapport n'était plus d'actualité dès lors qu'il datait d'avril 2012. Le rapport du Dr D._____ contenait quant à lui une

contradiction importante de nature à faire douter de ses conclusions puisqu'il retenait, d'une part, qu'une abstinence au cannabis serait propre à augmenter la capacité de travail, et reconnaissait, d'autre part, que l'utilisation de produits dérivés du cannabis n'avait aucune incidence sur cette même capacité de travail. Le Dr D._____ avait également retenu à tort que les plaintes étaient incohérentes et les troubles simulés. Ce constat n'était fondé sur aucun élément concret et était contredit par les médecins traitants. Pour la recourante, les appréciations de ses psychiatres devaient être préférées à celle du Dr D._____ dont le rapport n'expliquait pas pour quelles raisons il s'était écarté des conclusions des Dres K._____ et E._____. La recourante a enfin regretté que le Dr D._____ ne se soit pas vu soumettre les critiques émises sur son rapport par la Dre N._____. *A contrario*, la recourante a fait valoir que le rapport des médecins [...] était complet, dans la mesure où « il est en effet le seul à avoir fait l'objet de compléments, à la demande de l'Office AI » (recours, p. 8). Le rapport [...] était également le seul à n'avoir pas été critiqué par ses médecins traitants. Pour elle, dans la mesure où aucun indice concret ne permettait de douter du bien-fondé de l'expertise [...], celle-ci aurait dû être suivie, ce qui aurait dû conduire à lui reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. La recourante s'est également plainte d'une violation de son droit d'être entendue, car la décision attaquée n'était à son sens pas motivée.

Par décision du 18 juin 2018, le juge alors en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mai 2018, soit l'exonération d'avance et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz.

Dans sa réponse du 10 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 6 septembre 2018, la recourante a persisté dans ses précédents moyens et 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 porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2011, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait pas motivé les raisons l'ayant conduit à privilégier l'expertise du Dr D. _____ sur celle [...], respectivement sur l'appréciation de la Dre N. _____.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer

pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet en effet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. En réalité, les griefs formulés par la recourante se confondent avec celui de violation du droit et doivent être examinés avec le fond du litige.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si

cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la

suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

6. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il 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. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_453/2017 et 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats

convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires, auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

7. a) 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). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité,

étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également 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 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 douleurs décrites 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 psycho-social 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).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. En l'espèce, il est constant que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à compter du mois de février 2009. L'intimé considère que son état s'est amélioré dès le mois de janvier 2011, lui permettant de retrouver une capacité de travail de 60 %, alors que l'assurée affirme que son incapacité de travail est demeurée entière.

a) De nombreuses mesures d'instruction ont été mises en œuvre à compter du dépôt de la demande de prestations de la recourante, en mars 2010.

Avant celle-ci, P. _____ SA a confié une expertise T. _____. Dans ce cadre, la Dre S. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), de personnalité anxieuse (F60.6) et de trouble obsessionnel-compulsif (F42) (cf. rapport du 26 février 2010). Pour la Dre S. _____, une reprise à 100 % semblait difficile à moyen terme ; toutefois, une augmentation de la capacité de travail à 50 % dans les six mois pouvait être envisagée sous réserve de problèmes en lien avec le changement de thérapeute en cours à cette époque.

La Dre V. _____ et la psychologue Mme C. _____, psychiatre et psychologue traitantes à compter du mois d'avril 2010, ont - dans un premier temps - estimé que le pronostic était plutôt favorable. Elles ont relevé que la patiente montrait de bonnes ressources et n'ont pas exclu une reprise professionnelle par paliers, dans un délai de 6 mois à compter du rapport du 29 juin 2010. Toutefois en octobre 2011, la Dre V. _____ et la psychologue C. _____ ont posé le diagnostic de TOC (F42.2) et estimé qu'en l'état la patiente ne pouvait pas s'investir dans une mesure de réinsertion. C'est dans ce contexte qu'une expertise a été confiée au Dr W. _____.

Dans le cadre de cette expertise, le Dr W._____ a pris connaissance du dossier complet de l'assurée, qu'il a résumé. Il a tenu compte de ses plaintes, a listé ses observations cliniques, qu'il a résumées selon le « système AMDP », et a procédé à une étude détaillée des points litigieux. Il a ainsi confronté les plaintes de l'assurée à ses constatations objectives. Il a également étudié les traitements mis en place, en préconisant que les intervenants veillent à mener l'intéressée à la confrontation, afin qu'elle soit en mesure de progresser. Fort de ces constats, il a estimé que l'assurée pourrait s'insérer dans toutes les activités non qualifiées à hauteur de 60 %, compte tenu de sa bonne intelligence et de ses expériences, dans une activité avec un niveau de stress moyen et un cahier des charges bien défini. Le spécialiste doutait que des mesures de reclassement puissent aboutir, estimant qu'il valait mieux que la recourante cherche par elle-même le chemin qu'elle souhaitait prendre. Force est de constater que l'analyse du Dr W._____ est bien expliquée et que ses conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 7 *supra*).

Les griefs de la recourante à l'égard du rapport du Dr W._____ sont mal fondés. Elle ne peut en particulier pas être suivie lorsqu'elle prétend que l'OAI a requis un complément à l'expertise parce que celle-ci était peu claire. Il ressort en effet du rapport du 24 octobre 2013 du Dr R._____ que c'est dans le but d'établir l'évolution des problèmes de santé de l'assurée et sa capacité de travail depuis l'expertise du 26 avril 2012 qu'un complément a été mis sur pied. L'expert W._____ a au demeurant exposé de façon claire et mesurée dans sa correspondance à l'OAI du 30 mai 2014 les raisons pour lesquelles il n'avait, compte tenu de l'attitude de l'assurée à son égard, pas été en mesure de rédiger le complément demandé par l'intimé.

On notera enfin que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, le seul écoulement du temps ne permet pas de considérer qu'une observation médicale deviendrait *de facto* obsolète ; encore faut-il

que des indices permettent de considérer que l'état de santé se serait péjoré depuis lors et que la péjoration aurait duré un certain temps. Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce (cf. dans ce sens TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 3.2.3). En conclusion, il convient de retenir que le rapport du 26 avril 2012 du Dr W._____ revêt une pleine valeur probante pour la période qu'il concerne.

L'OAI a ensuite mandaté [...] pour procéder à une expertise, qu'il n'a pas suivie. En effet, cette expertise, du 2 février 2015, ainsi que les deux brefs compléments des 2 novembre 2015 et 16 février 2016, ne présentent pas un contenu propre à se voir accorder valeur probante.

En premier lieu, force est de constater que les médecins [...] n'ont pas mentionné l'expertise du Dr W._____ dans leur appréciation et n'ont, de plus, pas indiqué à l'OAI - qui les avait interrogées à ce sujet - les motifs pour lesquels elles avaient renoncé à la citer. Or s'il n'est pas intrinsèquement déterminant pour un expert de résumer l'entier de la documentation figurant au dossier, un simple renvoi aux documents qui lui ont été transmis conduit à douter de la valeur probante de l'expertise qu'il a réalisée. En outre, les Dres K._____ et E._____ n'ont pas listé les éléments médicaux sur lesquels elles se sont fondées, mais se sont limitées à résumer le courrier qui leur a été adressé le 26 juin 2014 pour la mise en œuvre de l'expertise. Si celle-ci présente certes une anamnèse détaillée et liste les plaintes de l'assurée, elle ne comprend qu'un bref status clinique et surtout une appréciation du cas qui n'est nullement étayée. Les conclusions ne reposent en effet sur aucune discussion diagnostique mais paraissent fondées sur les seules plaintes de la recourante, ce que la Dre E._____ a elle-même expliqué dans son courrier du 2 novembre 2015. L'appréciation des Dres K._____ et E._____ revient pour l'essentiel à formuler « l'hypothèse » selon laquelle l'octroi d'une rente en faveur de l'assurée serait de nature à lui permettre un meilleur investissement dans sa relation psychothérapeutique et donc d'atténuer ses souffrances. Dans cette éventualité, il ne serait « pas exclu » selon les médecins [...] que l'expertisée puisse recouvrer les ressources nécessaires à retrouver d'elle-même une activité

professionnelle. De telles indications sont insuffisamment étayées pour permettre d'apprécier la situation médicale de la recourante. Les Dres K._____ et E._____ n'ont pas non plus expliqué pour quelles raisons leur opinion divergeait de celles des autres spécialistes ayant examiné l'assurée avant elles alors même qu'elles avaient été interpellées sur cette question. En effet, lorsqu'elles ont été questionnées sur leurs motifs à admettre une incapacité de travail de 100 % dès 2009, les médecins ont relevé une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis 2012, sans pour autant décrire cette aggravation. Il y a ainsi lieu de constater que non seulement les Dres K._____ et E._____ n'ont pas répondu de manière complète aux questions complémentaires qui leur étaient posées et qu'en outre, leurs réponses n'étaient pas satisfaisantes et ne contenaient pas d'éléments médicaux clinique ou anamnestique ayant valeur de fait.

Dans ces conditions, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation ni versé dans le formalisme excessif en considérant que seule une troisième expertise serait propre à permettre de définir l'évaluation de l'état de santé de la recourante. Il lui appartenait en effet, en vertu du principe inquisitoire, de compléter l'instruction (cf. consid. 6c *supra*).

Une troisième expertise a alors été confiée au Dr D._____. Dans son rapport du 3 février 2017, ce médecin a fait état de deux rencontres avec l'assurée, durant respectivement 200 et 190 minutes, et de courriels de l'intéressée, des 26 et 30 janvier et 3 février 2017. Il a listé les pièces au dossier, qu'il a analysées, en particulier les rapports T._____, de la Dre M._____, de la Dre V._____, l'expertise du Dr W._____ et celle [...]. Il a ensuite résumé l'histoire de la recourante, décrit ses plaintes, posé l'anamnèse, listé ses habitudes, et ses données personnelles et familiales. Il a également procédé à une analyse fine et très détaillée de l'état de santé de la recourante, en expliquant les raisons le conduisant à retenir qu'elle était en mesure d'exercer une activité au taux de 60 % compte tenu de ses atteintes psychiatriques. Le Dr D._____ a en particulier indiqué que les éléments objectivables de

l'anamnèse et de l'examen montraient des ressources personnelles au moins partiellement préservées. Il a ainsi relevé l'absence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique ou phobique. Le psychiatre a également constaté un décalage entre les plaintes de la recourante et les éléments objectivables de l'anamnèse et l'examen de l'intéressée. Il a ainsi constaté que celle-ci ne souffrait pas de la persistance d'un abaissement important de l'humeur mais qu'elle faisait preuve de réactivité émotionnelle à des événements agréables. Le Dr D._____ a également remarqué la participation active de l'assurée aux longs entretiens de l'expertise sans signes manifestes de fatigue ou de diminution de l'attention. Il a constaté que la recourante gérait seule son ménage et ses finances et était capable d'efforts notables pour aligner ses dépenses sur ses faibles ressources financières. De même, la recourante ne faisait pas preuve d'une attitude manifestement morose et pessimiste face à l'avenir, avait pris une claire distance d'idées suicidaires et présentait un poids stable - hormis une perte pendant l'expertise [...] -. Dans le cadre de son examen, le Dr D._____ a également constaté que malgré la présentation dramatique, par la recourante, de symptômes anxieux, celle-ci paraissait particulière à l'examen dès lors que, par moment, l'expertisée parvenait à en faire abstraction. Le psychiatre a ainsi conclu que les symptômes objectivables de la recourante étaient insuffisants à attester de l'existence d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble dépressif récurrent léger ou moyen, rejoignant en cela l'opinion exprimée par la Dre Y._____ le 19 avril 2010. Il a précisé que la capacité de travail de 60 % retenue tenait compte du rendement de l'assurée en lien avec ses limitations fonctionnelles, notamment sa labilité émotionnelle et la diminution de sa tolérance à la frustration.

La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle voit une contradiction dans l'expertise du Dr D._____ en lien avec sa consommation de cannabis. L'expert a en effet retenu sans effet sur la capacité de travail le diagnostic de « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1), existant depuis l'âge de jeune adulte » (cf. rapport d'expertise du 3 février 2017, p. 24). Il a toutefois bien expliqué que cette

consommation nocive - qui n'est pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé psychique ou mentale engendrant une incapacité de travail durable à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable - aggrave le dysfonctionnement dû au trouble de la personnalité de la recourante, notamment sa labilité émotionnelle et la diminution de sa tolérance à la frustration entraînant un abaissement du seuil de décharge d'agressivité verbale. Posant une capacité de travail de 60 %, l'expert a relevé qu'à la condition d'une abstention du cannabis, celle-ci pourrait augmenter ultérieurement à 70 %. C'est le lieu de relever que l'expertise du Dr W. _____ du 26 avril 2012 fait déjà état cette problématique.

On relèvera en dernier lieu que le Dr D. _____ a également pris position, entre autres, sur le rapport des médecins [...], et qu'il a exposé les motifs pour lesquels il s'est écarté de leur appréciation. Il a ainsi relevé que, contrairement à ses consoeurs, il observait des ressources compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle et que les appréciations de celles-ci semblaient basées principalement sur les plaintes subjectives de la recourante, sans qu'une discussion diagnostique ne permette d'étayer leur position.

Dans ces conditions, et au vu du travail fouillé de l'expert D. _____, dont les conclusions sont exemptes de contradiction et particulièrement bien motivées, il y a lieu de reconnaître à son rapport une pleine valeur probante.

La recourante semble considérer que la valeur probante d'un rapport s'apprécie à la lumière des compléments éventuels qui y ont été ordonnés. Elle voit ainsi dans le fait que le rapport [...] a été complété, contrairement à celui du Dr D. _____, la preuve d'une valeur probante accrue. Or tel n'est pas le cas. Le fait qu'un complément soit - ou non - ordonné, ne permet pas de considérer qu'un rapport devrait se voir accorder plus ou moins de valeur probante. Ce sont les carences du rapport des Dres K. _____ et E. _____ qui ont justifié un complément d'instruction. Une telle requête n'a pas eu à être formulée dans le cas du

rapport du Dr D._____, compte tenu de sa clarté et de sa précision. En outre, le fait que les médecins traitants de la recourante n'aient pas critiqué le rapport des médecins [...] ne permet pas non plus de considérer que ce rapport devrait être suivi. En effet, ce sont les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus (cf. consid. 7 *supra*) qui sont déterminants pour apprécier la valeur probante d'un rapport. Or le fait que les médecins traitants d'un assuré estiment qu'un rapport est critiquable, ou pas, ne figure pas parmi les éléments qu'il y a lieu de prendre en compte pour apprécier celle-ci. C'est bien le point de savoir si l'appréciation du médecin traitant est propre à mettre en doute l'opinion de l'expert et ses conclusions sur des points essentiels qui importe. A cet égard, le rapport de la Dre N._____ du 26 octobre 2017 ne permet pas de douter du bien-fondé de l'expertise du Dr D._____. Outre le fait que cette médecin suit l'assurée depuis avril 2013, et qu'elle est en tant que telle encline à prendre parti pour sa patiente (cf. consid. 6b *supra*), elle ne met pas en évidence dans son rapport précité d'éléments factuels qui auraient été ignorés par le Dr D._____ dans son examen pointu du cas de la recourante. Contrairement à ce qu'affirme cette dernière, l'expert D._____ a au demeurant eu la possibilité de prendre position sur le courrier de la Dre N._____ du 26 octobre 2017 le 25 novembre 2017. Dans ce cadre, il a en particulier noté que la psychiatre n'avait pas utilisé d'outil pertinent pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec des épisodes sévères. Il a également relevé que la médication prescrite et le suivi de la recourante n'étaient pas en adéquation avec la gravité des diagnostics posés. Le Dr D._____ a ainsi confirmé ses précédentes conclusions.

b) Dans ces conditions, il y a lieu de retenir qu'à compter du mois de janvier 2011, la recourante a présenté une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, savoir : fluctuation de rendement en relation avec les fluctuations émotionnelles et la tolérance à la frustration, pas de contact soutenu avec une clientèle, ni d'intégration dans une hiérarchie complexe, pas de travail en équipe, possibilité d'adapter sa charge en fonction de ses fluctuations d'humeur, un horaire souple et/ou variable n'étant pas source d'empêchement. C'est

dès lors à juste titre que l'OAI a reconnu à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2011.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'espèce, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses

débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'occurrence, la recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz à compter du 31 mai 2018. Ce dernier a produit une liste des opérations, datée du 10 juillet 2019, faisant état de 2'944 fr. 80 d'honoraires correspondant à 16 heures 22 consacrées à la défense de la recourante (4 heures 22 par un avocat breveté et 12 heures par un avocat-stagiaire), ainsi que 58 fr. 90 de débours. Force est de constater que le montant total des honoraires a été calculé en tenant compte de l'ensemble des heures de l'avocat breveté et de l'avocat stagiaire au tarif horaire de 180 francs. En appliquant le tarif prévu par l'art. 2 al. 1 let. a et b RAJ, on arrive à un montant de 2'106 fr. ([12 heures x 110 fr.] + [4 heures 22 x 180 fr.]). Les dépens peuvent ainsi être fixés à 105 fr. 30 (2'106 fr. x 5 % [cf. art. 3^{bis} al. 1 RAJ]). Il convient dès lors d'octroyer à Me Crettaz un montant total de 2'381.60 (2'106 fr. + 105 fr. 30 + 170 fr. 30 [TVA à 7.7 %]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération sera provisoirement supportée par le canton. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Joël Crettaz, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'381 fr. 60 (deux mille trois cent huitante-et-un francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour L. _____),
- 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 :