

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 novembre 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Durussel et Gauron-Carlin, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate  
à Lausanne

et

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

---

**Art. 46 al. 1 PA ; 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1, 55 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère d'un enfant né en [...], titulaire d'une licence en théologie délivrée en [...], d'un diplôme de maître secondaire semi-généraliste depuis [...] et d'un diplôme de formation continue (DAS) en gestion et management dans les organismes sans but lucratif obtenu en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 mars 2019. Elle a fait état d'une incapacité de travail totale dès juin 2016 avec reprise progressive en avril 2017, puis à nouveau depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, en raison de difficultés psychiques existant depuis 1998.

Répondant le 17 mai 2019 à un formulaire de l'OAI, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_, médecin, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, présent depuis 2015 et de troubles mixtes de la personnalité, traits dépendants (F61), existant depuis l'âge adulte. Ils ont fait état d'un premier épisode dépressif majeur survenu en 1998 et de périodes d'incapacité de travail comprises entre 50 et 100 % dès juin 2016. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 11 juin 2018. L'assurée avait été hospitalisée en service psychiatrique à deux reprises, du 17 novembre au 23 décembre 2016 puis du 3 mai au 12 juin 2018. Les rapports de sortie des deux hospitalisations mentionnées par les psychothérapeutes, établis le 27 avril 2017 par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, médecin assistant, et le 18 juin 2018 par les Drs P.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont été versés au dossier de l'OAI.

Dans un rapport du 30 septembre 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel majeur depuis le 3 mai 2018, et de trouble de la personnalité de type dépendant existant depuis la fin de l'adolescence. Il a indiqué que l'évolution avait été défavorable après la dernière hospitalisation, avec la réapparition de

la symptomatologie dépressive au retour à domicile. Un court séjour volontaire en institution psychiatrique s'est déroulé du 22 décembre 2018 au 14 février 2019, avec la même évolution défavorable à la sortie. Un projet de long séjour au [...] s'était concrétisé le 4 avril 2019. Malgré cette prise en charge en institution et le suivi mis en place, l'évolution restait difficile avec la persistance d'angoisses, d'une aboulie massive et d'un repli social, ainsi que la réapparition de troubles du comportement alimentaire. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis au moins le 3 mai 2018.

Le 20 février 2020, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_, ont confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de troubles mixtes de la personnalité, traits dépendants (F61). L'évolution clinique était stationnaire depuis une hospitalisation pour mise à l'abri en raison d'une idéation suicidaire scénarisée. La capacité de travail était nulle du fait de la clinique dépressive et anxieuse.

Dans un rapport du 4 mars 2020, les Dres U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont exposé que l'assurée avait été hospitalisée à la clinique de [...] du 28 septembre 2019 au 6 janvier 2020 pour mise à l'abri en raison d'idées suicidaires scénarisées. Sa situation s'était péjorée après le changement de sa médication et des ajustements ont été fait au cours du séjour, également en raison de la découverte de problèmes cardiaques probablement d'origine médicamenteuse. L'évolution avait été lentement positive et plusieurs congés au [...] s'étaient bien déroulés, de sorte que la patiente avait pu quitter l'hôpital pour retourner dans l'institution.

Les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_ ont fait état, le 28 juillet 2020, d'une évolution partiellement favorable depuis février 2020, avec notamment une amélioration de la thymie mais la persistance de troubles cognitifs

significatifs, contribuant au contexte anxieux de la patiente. La reprise d'une activité professionnelle paraissait ainsi encore prématurée.

Dans un rapport du 8 juin 2021, les Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_ ont exposé que l'évolution de l'assurée restait partiellement favorable sur les plans thymique et anxieux, avec notamment un peu moins de découragement et de dévalorisation d'elle-même. Elle avait pu réinvestir quelque peu la vie sociale, notamment en écrivant de brèves nouvelles sur son blog, au prix toutefois d'un épuisement l'amenant à y mettre fin en mars 2021. Elle s'était inscrite dans une démarche de perte de poids avec une nutritionniste et avait pu se remobiliser à une pratique plus régulière de la marche à pied. La capacité de travail restait nulle dans toute activité, notamment du fait d'une fatigabilité marquée, d'un manque très pathologique de confiance en soi, d'une perte de sens et de capacité à se projeter, la perspective d'être amenée à assumer une responsabilité déclenchant un état d'anxiété marqué qui confinait à l'angoisse et à la désorganisation psychique. Appréhendant la période des fêtes de fin d'année, elle avait séjourné en foyer durant le mois de décembre 2020.

Suivant la suggestion de son Service médical régional (ci-après : SMR), qui estimait contradictoire que les psychiatres traitants retiennent une incapacité de travail totale alors que l'assurée avait repris une vie sociale et des loisirs, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 25 novembre 2021. Au terme d'une anamnèse fondée sur les pièces médicales remises par l'OAI, deux entretiens avec l'assurée au cours desquels celle-ci a passé divers tests, des analyses biologiques ainsi que des entretiens avec les médecins traitants, l'expert a posé le diagnostic principal de trouble de la personnalité mixte, personnalité dépendante F60.7 et anxieuse/évitante F60.6, associé à des traits de la personnalité narcissique et obsessionnelle (tableau incomplet), présent depuis le début de l'âge adulte, et le diagnostic secondaire d'état dépressif récurrent au long cours, actuellement d'intensité légère. La capacité de travail dans la dernière

activité exercée était limitée à deux heures par jour, avec une performance diminuée. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 10 % dans le milieu ordinaire du travail, respectivement de 30 % dans une activité protégée. L'expert a précisé qu'il n'y avait pas de troubles cognitifs fixés, les troubles observés étant légers, communs et réversibles dans les états dépressifs récurrents. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas majeures et n'empêchaient nullement la participation à des ateliers d'hôpital de jour. Cependant la capacité de travail était faible car le trouble de la personnalité évitante et dépendante était au cœur de la symptomatologie de la patiente tandis que le trouble dépressif était une conséquence de la gravité du trouble de la personnalité. La thérapie durant depuis cinq ans n'avait amené qu'une amélioration partielle du fait des résistances en lien avec le trouble de la personnalité.

Dans un avis médical du 16 décembre 2021, le SMR a adhéré au diagnostic posé et à l'évaluation de l'atteinte psychique incapacitante, mais a relevé que des précisions étaient nécessaires à propos de la capacité de travail actuelle et de son évolution.

L'expert a répondu aux questions complémentaires du SMR dans un rapport daté du 6 janvier 2021 [recte : 2022], versé au dossier de l'OAI le 12 janvier 2022. Confirmant les taux de capacité de travail résiduelle mentionnés dans son premier rapport, il a relevé que la dernière période stable d'activité de l'expertisée était de 2012 à 2016 avec un taux d'activité fluctuant entre 50 % et 100 %. Dès fin 2016, un arrêt de travail avait été délivré à la suite d'une hospitalisation et depuis lors, l'assurée n'arrivait pas à garder un fonctionnement constant, avec une capacité de travail comprise entre 80 % et 20 %, jusqu'à un arrêt complet dès mai 2018 suivi d'une rechute dépressive en juin 2018. L'expert concluait dès lors que, depuis 2017, l'expertisée avait présenté une diminution progressive de sa capacité de travail dans une activité habituelle de 100 % à 80 %, puis jusqu'à 10 % actuellement.

Le 24 janvier 2022, prenant connaissance du complément d'expertise, le SMR a émis l'avis suivant :

« Discussion : Nous sommes devant la situation d'une assurée qui présente un trouble dépressif récurrent, actuellement d'intensité légère, évoluant dans le contexte d'un trouble de la personnalité mixte actuellement décompensé, d'après l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ (psychiatre, [...]) du 25.11.2021. D'après l'expert psychiatre, l'expertisée est en phase d'amélioration de son état dépressif d'intensité léger. Cependant, cette amélioration est largement obstruée par le trouble de la personnalité mixte de l'expertisée. En se basant sur cette expertise, nous avons adhéré aux diagnostics retenus, ainsi que la répercussion significative de la décompensation du trouble de la personnalité sur la [capacité de travail dans l'activité habituelle]. Néanmoins, nous avons besoin des précisions sur l'évolution de la [capacité de travail] dans [l'activité habituelle] et l'évaluation de la [capacité de travail dans une activité adaptée] dans le marché libre (l'expert faisant état d'un environnement protégé). Nous avons également demandé à l'expert de clarifier les [limitations fonctionnelles] et les ressources justifiant une [capacité de travail dans l'activité habituelle] à 10 %. Dans son complément d'expertise du 06.01.2021, l'expert fait état d'une [capacité de travail dans l'activité habituelle] à 10 % et une [capacité de travail] à 30 % dans une [activité adaptée] aux [limitations fonctionnelles]. Cependant, il reprend les [limitations fonctionnelles] décrites par l'assurée qui sont contradictoires avec les ressources, ainsi l'assurée s'estime très vite fatiguée mentalement, mais arrive à se mobiliser pour écrire dans son blog de façon soutenue et sortir dehors. L'assurée estime ne plus avoir de motivation, mais elle a perdu de façon volontaire du poids (perte de 22 kg en 4 mois), en s'imposant une discipline importante. Il existe une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles chez une assurée qui communique facilement via son blog. Ainsi, nous peinons à comprendre une [capacité de travail dans une activité adaptée] à 30 %, dans un milieu protégé. Concernant l'évolution de la [capacité de travail], une [capacité de travail] entre 50-100 % est retenue de 2002 à 2012, mais l'assurée a été hospitalisée pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2016 en psychiatrie et nous ne disposons pas d'[interruption de travail] attestée avant cette date. Par ailleurs, le suivi par le psychiatre a débuté en avril 2016. Nous relevons dans les [rapports médicaux] à notre disposition qu'avant 2016, l'assurée a occupé plusieurs postes à responsabilité nécessitant une grande autonomie et une bonne capacité d'encadrement. Ainsi en présence des ressources et les [limitations fonctionnelles] ne justifiant pas la [capacité de travail dans une activité habituelle] retenue, afin d'avoir une évaluation cohérente de la situation médicale, la [capacité de travail] résiduelle et les [limitations fonctionnelles], nous demandons une nouvelle évaluation de la [capacité de travail] et des [limitations fonctionnelles] par :

Une expertise psychiatrique »

Le 3 mars 2022, donnant suite à cette proposition, l'OAI a mandaté le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. L'assurée en a été informée par courrier du même jour, ainsi que son médecin généraliste traitant.

Par courriers des 17 et 23 mars 2022, sous la plume de Me Marine Girardin, l'assurée s'est opposée à la mise en œuvre de cette nouvelle expertise psychiatrique. Réfutant l'argumentation du SMR selon laquelle les conclusions de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ étaient contradictoires, elle a fait valoir que cette mesure d'instruction avait été ordonnée afin d'obtenir une « second opinion » sur des faits déjà établis par une expertise, ce qui n'était pas exigible. Dans un courrier du 5 avril 2022, l'assurée a en outre fait valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné.

Par décision incidente du 10 mai 2022, l'OAI a confirmé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique. Sur un plan formel, le rapport déposé par le Dr B. \_\_\_\_\_ ne respectait que très partiellement le canevas prévu par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), rendant sa lecture « particulièrement laborieuse et peu compréhensible ». Sur le fond, l'expert fondait son diagnostic de trouble de la personnalité sur la base d'une approche clairement psychanalytique, sans reposer sur des éléments objectifs, alors que le status et la description de la vie quotidienne étaient plutôt rassurants. En outre, on ne comprenait pas pour quel motif le trouble de la personnalité ne serait devenu incapacitant qu'en 2018, alors qu'il n'avait pas empêché l'assurée d'effectuer des formations de haut niveau universitaire, ni de travailler dans des activités avec un grand niveau d'exigence. Enfin, les limitations fonctionnelles étaient retenues uniquement sur la base des déclarations de l'assurée, sans être confrontées aux constatations objectives de l'expert et n'étaient pas cohérentes avec l'anamnèse, les constatations cliniques, la description de la vie quotidienne et les activités (blog, écriture, apprentissage du coréen). Ainsi, une nouvelle expertise s'imposait sans que l'on puisse considérer qu'il s'agisse de la sollicitation d'une deuxième opinion.

S'agissant de l'expert désigné, son mandat avait été annulé et un nouvel expert serait nommé une fois la décision entrée en force.

**B.** X.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Girardin, a recouru contre la décision incidente précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 juin 2022, concluant à son annulation. Elle a exposé, en substance, que le rapport d'expertise du 25 novembre 2021 et son complément du 6 janvier 2022 remplissaient les exigences posées par la jurisprudence en la matière, de sorte qu'ils emportaient pleine valeur probante. Relevant que le canevas de l'OFAS avait été respecté et que l'approche psychanalytique devait être admise en tant que discipline établie, enseignée et reconnue aux niveaux Suisse et mondial, la recourante a réfuté tout manque de fondement objectif des conclusions de l'expert. Celui-ci avait procédé à l'examen des critères de la DSM-V, s'était servi d'outils usuels dans le milieu de la psychiatrie et confirmait les diagnostics posés par les nombreux psychiatres consultés par la recourante. Quant aux éléments décrits par l'intimé comme incompréhensibles ou contradictoires, ils étaient cohérents avec l'anamnèse et les résultats des tests. En conséquence, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise visait à obtenir une « second opinion » dans l'optique d'éviter de devoir prester. La recourante a par ailleurs requis l'octroi d'une assistance judiciaire complète.

Répondant le 5 juillet 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours en renvoyant à la motivation de la décision querellée.

### **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 sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant

leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent.

La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1). La jurisprudence admet qu'une décision incidente relative à la désignation d'un expert, alors que le recourant conteste le choix de l'expert ou le principe même de l'expertise, au motif qu'il s'agirait d'une simple « second opinion » inutile à l'établissement des faits, comporte un risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA (ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; 137 V 201 consid. 3.4.2.4 et 3.4.2.7)

**b)** En l'espèce, la recourante peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection à une décision immédiate, dans la mesure où elle soutient que la nouvelle expertise psychiatrique envisagée par l'intimé est inutile et vise en réalité à obtenir une simple « second opinion ».

Pour le surplus, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [(oi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est en droit de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise établie par le Dr B.\_\_\_\_\_ le 25 novembre 2021 et complétée le 6 janvier 2022. La question de la

récusation du Dr [...], également soulevée par la recourante dans ses objections au mandat d'expertise, n'est quant à elle plus litigieuse, l'intimé ayant annulé le mandat établi le 3 mars 2022 à l'égard de ce médecin.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il convient d'abord que soit posé par un expert un diagnostic s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**4. a)** Conformément à l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1<sup>bis</sup>). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est cependant pas illimité ; cette dernière doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité, ainsi que le principe d'administration rationnelle (TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées). En particulier, selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 330 consid. 5.2, 137 V 210

consid. 3.4.2.7 ; TF 8C\_776/2018 du 9 mai 2019 consid. 5.1 ; 9C\_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées ; cf. également Jacques-Olivier Piguet, Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 10 ad art. 43 LPGA ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., n<sup>os</sup> 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5. a)** Dans un premier moyen, l'intimé a fait valoir que l'expertise établie par le Dr B.\_\_\_\_\_ ne respectait que très partiellement le « canevas prévu par l'OFAS », ce qui en rendrait la lecture laborieuse et peu compréhensible.

L'intimé n'a pas étayé cette appréciation, que la Cour de céans ne partage pas. En effet, il apparaît au contraire que l'expert a suivi la structure d'expertise suggérée par le questionnaire qui lui a été soumis par l'intimé. Sans être parfait, le rapport est de lecture relativement aisée et met clairement en évidence que l'expert pose les diagnostics de trouble de la personnalité mixte dépendante et anxieuse/évitante, avec des traits de personnalité narcissique et obsessionnelle, d'une part, et d'état dépressif récurrent, actuellement d'intensité légère, d'autre part. Les motifs pour lesquels ces diagnostics sont posés sont développés de manière claire. On comprend également que l'expert considère que le trouble de la personnalité, davantage que l'état dépressif, entraîne une incapacité de travail durable. L'expert a également indiqué que, selon lui, l'assurée sous-estimait ses propres ressources (capacité à se mobiliser pour écrire dans un blog, à se rendre au moins deux heures par jour en hôpital de jour pour des groupes et ateliers thérapeutiques, à réaliser un objectif de perte de poids de 22 kg sur plusieurs mois), mais qu'il admettait que ces ressources étaient insuffisantes pour qu'une reprise du travail soit raisonnablement exigible à plus de 10 % sur le marché libre de l'emploi ou à plus de 30 % dans un milieu protégé. Cela ressort notamment de la lecture des explications diagnostiques. L'expert a noté en particulier une crainte excessive des situations sociales l'exposant au jugement d'autrui, avec le risque d'être critiquée, désapprouvée ou rejetée, des difficultés à prendre des décisions de la vie courante sans être rassurée ou conseillée de manière excessive par autrui, ou encore à initier des projets ou à faire des choses seules, ainsi que le besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de la vie. Il a également mentionné un comportement d'évitement face aux activités sociales ou professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui et une réticence à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras. Enfin, il ressort clairement de la motivation de l'expert qu'une exposition excessive de la recourante à ces situations de stress dans le cadre professionnel pouvait conduire à des décompensations - plusieurs hospitalisations par le passé en témoignaient - et que, malgré sa

compliance au traitement proposé par son psychiatre traitant, les progrès de la recourante étaient lents et marqués par des épisodes de régression dès que les soignants se montraient trop pressants. L'expert a ainsi considéré qu'une reprise du travail dans un milieu protégé, d'abord à 30 %, puis avec une augmentation progressive, serait la meilleure approche pour amener l'assurée à surmonter ses atteintes à la santé et améliorer sa capacité de travail, tandis qu'une reprise à plus de 10 % sur le marché libre entraînerait vraisemblablement une nouvelle régression. Il a rejoint en cela les appréciations exprimées notamment par les Drs J. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 17 mai 2019, ainsi que par les Drs H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 8 juin 2021.

**b)** L'intimé a ensuite dénié une valeur probante suffisante au rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, au motif que ce médecin aurait posé son diagnostic en se fondant sur une « approche psychanalytique » et non sur des éléments objectifs.

Ce reproche tombe à faux, car l'expert a très clairement établi son diagnostic en se référant à des éléments objectifs tirés de l'anamnèse et de l'examen clinique de la recourante. Au demeurant, l'intimé n'a pas exposé pour quels motifs une « approche psychanalytique » serait de nature à disqualifier d'emblée les conclusions de l'expertise, alors que le SMR a expressément déclaré, dans son avis sur dossier du 16 décembre 2021, qu'il adhérait au diagnostic du Dr B. \_\_\_\_\_.

**c)** Enfin, l'intimé conteste le caractère probant de l'expertise au motif que les conclusions de l'expert sur la capacité de travail seraient contredites par la description de la vie quotidienne de l'assurée telle que retranscrite à la p. 15 du rapport, ainsi que par le status décrit en p. 19 du rapport, qui montreraient une situation « plutôt rassurante » et ne permettraient ainsi pas de comprendre le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, ni son caractère incapacitant. Le rapport d'expertise n'expliciterait pas non plus suffisamment les motifs pour lesquels un trouble de la personnalité constitué à l'adolescence serait devenu incapacitant en 2018, alors qu'il n'avait auparavant pas empêché

l'assurée de suivre une formation universitaire ni de travailler dans des activités comportant un haut niveau d'exigence. L'intimé en déduisait que les constatations de l'expert ne reposaient que sur les déclarations de la recourante, sans avoir été confrontées aux constatations objectives de l'expert alors qu'elles ne seraient « pas cohérentes avec l'anamnèse, la description de la vie quotidienne (blog, écriture, apprentissage du coréen, ...) ».

Cette argumentation néglige le fait qu'un trouble de la personnalité peut être relativement compensé pendant une période de la vie, puis se décompenser. En l'espèce, la recourante a été hospitalisée en milieu psychiatrique à trois reprises en quatre ans, dès décembre 2016, et l'on observe qu'elle a perdu son permis de conduire courant 2016 à la suite d'une sortie de route dans un contexte de prise d'anxiolytiques. Le fait que l'assurée a pu, par le passé, faire des études et occuper des postes à responsabilité n'exclut pas une telle décompensation et des difficultés à se stabiliser par la suite (cf. à ce propos, TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2). par ailleurs, les constatations de l'expert ne se limitent pas aux p. 15 et 19 du rapport sur lesquelles l'intimé a appuyé ses critiques, mais se poursuivent dans les pages suivantes. Ainsi, s'agissant du status, l'expert a notamment fait état, aux pp. 20 à 23, d'une régression de la recourante, de sa crainte de l'abandon s'articulant avec une anxiété de performance, d'une estime de soi fragile car dépendante du regard positif d'autrui. Quant à l'évaluation des ressources éventuellement mobilisables, contrairement à ce qu'a soutenu l'intimé, l'expert a procédé à une analyse, figurant en p. 17 de son rapport. Il a confronté les activités quotidiennes et de loisir décrites par la recourante sous cet angle ainsi que le projet de perte de poids qu'elle a pu suivre sur plusieurs mois. L'expert a même consulté le blog de la recourante et a évalué l'effort qu'elle a fourni pour réaliser ses publications quotidiennes et, précédemment, un livre de 50 pages. Il n'a donc pas posé son appréciation relative à la capacité résiduelle de travail de la recourante sans questionner ses ressources. La tenue d'un blog durant quelques mois ou le fait de prendre des cours de langue par le biais d'une application informatique, n'est pas en soi incompatible avec les constatations de

l'expert relatives aux difficultés de la recourante à se confronter à autrui, étant du reste relevé que l'intéressée a précisé à l'expert que la tenue de son blog l'avait épuisée.

**d)** Pour le surplus, l'appréciation et les constatations de l'expert corroborent dans une très large mesure celles déjà présentées, de manière relativement approfondie, par les psychiatres traitants de la recourante.

Ainsi, il n'apparaît pas de motifs suffisants pour nier la valeur probante de l'expertise établie par le Dr B.\_\_\_\_\_. Les pièces au dossier permettant de statuer en connaissance de cause, procéder à une nouvelle expertise consisterait à demander une « second opinion » sans nécessité.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision incidente litigieuse annulée.

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

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'600 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** La répartition des frais et le montant des dépens arrêtés ci-avant rendent sans objet la demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante, le montant des dépens correspondant au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour un mandat d'office.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision incidente rendue le 10 mai 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'600 fr. (deux mille six cents francs).
  
- V. La demande d'assistance judiciaire déposée le 9 juin 2022 par X.\_\_\_\_\_ est sans objet.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marine Girardin (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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 :