

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Berthoud et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA, 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1968, titulaire d'un CFC (certificat fédéral de capacités) de décoratrice, a été engagée le 8 septembre 1997 par Q._____.

Le 18 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), en faisant état d'une incapacité de travail totale à compter du 13 juin 2009.

Le 27 janvier 2010, Q._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 avril 2010. Dans le questionnaire pour l'employeur adressé à l'OAI le 5 février 2010, Q._____ a précisé que le dernier jour de travail effectif de l'assurée avait été le 12 juin 2009.

Dans un rapport du 9 février 2010 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), lequel influait sur la capacité de travail de l'assurée. Il précisait avoir suivi cette dernière du 23 octobre 2006 au 2 mai 2007, puis à compter du 8 juillet 2009. Il a expliqué, dans l'anamnèse, qu'elle avait connu en 2006-2007 une longue période de chômage avant de retrouver un emploi. Dans son dernier emploi, elle s'était trouvée en prise avec un supérieur hiérarchique, ce qui avait ravivé les conflits qu'elle connaissait avec ses parents. A la suite de ces évènements, elle avait présenté une décompensation sur un mode dépressif sévère. Il s'était agi d'un épisode dépressif, avec asthénie, anhédonie, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, retrait social massif et angoisse constante. Actuellement, la symptomatologie dépressive s'estompait très progressivement. Sa patiente était moins ralentie, mais elle restait facilement angoissée et craintive. Elle pouvait à nouveau retrouver un peu de plaisir à réaliser certaines choses. Le pronostic relatif

à un amendement de la symptomatologie dépressive était favorable tout comme celui relatif au recouvrement de sa capacité de travail. L'assurée présentait encore un certain ralentissement psychomoteur et une fatigabilité en raison du trouble dépressif, lesquels diminuaient de manière notable son rendement dans son activité professionnelle. Le Dr F. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 13 juin 2009, pour une durée indéterminée. Il a précisé que l'activité exercée était encore exigible, avec un rendement diminué de l'ordre de 50% actuellement, sa patiente présentant des capacités de concentration, d'adaptation et de résistance limitées.

Au moyen du formulaire 531bis, l'assurée a annoncé à l'OAI, le 22 février 2010, que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme décoratrice à 100%. Elle a précisé que son salaire mensuel s'élevait à 6'200 fr. et 6'330 fr. depuis le 1^{er} avril 2009.

Dans un rapport du 23 février 2010 au médecin-conseil de C. _____, assureur perte de gain, le Dr F. _____ a expliqué que l'état de santé de l'assurée évoluait favorablement. La symptomatologie anxieuse et dépressive s'amendait progressivement. La patiente restait fragile psychologiquement et présentait toujours des troubles du sommeil importants, une angoisse à fleur de peau et un ralentissement psychomoteur. Le taux d'incapacité de travail était toujours de 100%. Bien qu'il soit encore prématuré d'envisager une reprise de l'activité professionnelle, l'amélioration progressive de son état de santé psychique permettait d'envisager une telle reprise à terme.

Sur requête de l'OAI, le Dr F. _____ a précisé par rapport du 22 mai 2010 ce qui suit:

« 1. Quel est le diagnostic CIM-10 précis ayant une répercussion pour l'AI?

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11)

Trouble panique (F41.0)

Anxiété généralisée (F41.1)

2. Quel est le status psychiatrique détaillé actuel?

Cette patiente présente des troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, sommeil agité, rêves et cauchemars et sentiment de fatigue au réveil, une fatigue diurne, une aboulie, des troubles de l'appétit avec perte de l'appétit et difficulté à s'alimenter, une très forte baisse de la libido, des angoisses paroxystiques imprévisibles, un retrait social. Cette patiente est constamment angoissée, tendue. Elle rumine sans cesse aussi bien son passé que son avenir sans parvenir à trouver du calme. Cette patiente présente des troubles de l'attention et de la concentration. Elle est ralentie dans toutes ses actions et a besoin de beaucoup plus de temps pour faire les tâches simples. Cette patiente ne fume pas. Elle consomme occasionnellement de l'alcool sans jamais en abuser. Elle n'a jamais consommé de cannabis ni de drogues dites dures.

Cette patiente ne présente aucune symptomatologie psychotique positive telle qu'hallucinations ou idées délirantes ni négative tel qu'apragmatisme ou perplexité.

3. Le cas est-il stabilisé?

L'état de santé psychique de cette patiente ne peut pas être actuellement considéré comme stabilisé. En effet, alors que la patiente présentait principalement une symptomatologie dépressive jusqu'à fin mars 2010, elle a présenté une angoisse de plus en plus importante depuis lors avec des attaques de panique imprévisibles.

4. Quelles sont les dates précises des arrêts de travail?

Cette patiente est en incapacité de travail à 100% depuis le 13 juin 2009 et jusqu'à ce jour sans interruption. Je ne sais quand pourra prendre fin cette incapacité de travail.

5. Quelle est la capacité de travail dans la profession actuelle de "visual merchandiser"?

La capacité de travail est actuellement nulle dans l'activité professionnelle antérieure.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI?

Cette patiente est constamment tendue et anxieuse. Elle présente des attaques de panique imprévisibles. Elle présente un ralentissement idéatoire et psychomoteur. Elle présente des troubles de l'attention et de la concentration. En raison de son état de santé psychique, les rapports avec les autres sont difficiles car entachés d'angoisse anticipatoire.

7. Quelle est la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée?

Dans la situation de cette patiente, je ne sais vraiment pas quelle pourrait être la profession médicalement adaptée. J'estime qu'actuellement cette patiente est encore totalement incapable de travailler dans quelque activité professionnelle que ce soit.

8. Quels sont les traitements en cours?

Le traitement est un traitement psychiatrique intégré constitué d'un traitement psychothérapeutique, d'un traitement psychopharmacologique (médication antidépressive, anxiolitique et hypnotique) et d'un traitement d'entraînement à la relaxation.

9. Quelle est la compliance au traitement?

Lorsque l'on sait par l'ensemble des études que l'observance des prescriptions médicales ne dépasse que rarement le 50% voire le 60%, il est difficile de se prononcer sur la compliance. L'impression que je peux avoir est que cette patiente est compliant au traitement et qu'elle s'investit dans le traitement dont elle ne cherche pas à recueillir exclusivement les bénéfices réputés secondaires ».

Le 10 juin 2010, le Dr F. _____ a indiqué ce qui suit au médecin-conseil de C. _____ :

« 1. Pour quels motifs Madame J. _____ se trouve-t-elle en incapacité de travail actuellement?

Comme je vous l'indiquais dans mon rapport du 23 février 2010, l'état de santé de Mme J. _____ avait évolué favorablement. Néanmoins, cette patiente restait très fragile psychologiquement et présentait toujours des troubles importants du sommeil et une angoisse à fleur de peau. Depuis la fin du mois de mars, cette patiente présente des attaques de panique qui la contraignent à rester chez elle.

2. Comment évaluez-vous l'évolution de son état de santé jusqu'à ce jour (incapacité de travail à 100% depuis le 8 juillet 2009)?

Alors que l'évolution de l'état de santé me semblait favorable en début d'année 2010, il y a actuellement une aggravation. J'estime néanmoins que le pronostic reste favorable à terme.

3. Est-ce qu'une reprise de travail/inscription au chômage est envisageable dans le futur? Si oui, à quelle date et à quel taux?

J'estime, comme je l'ai indiqué dans ma réponse à la question précédente, que le pronostic est favorable à terme. Mais je suis incapable actuellement de préciser à quel terme et à quel taux ».

Par communication du 19 juillet 2010, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en ce moment en raison de son état de santé.

A la demande de C. _____, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertise médicale [...] (ci-après: [...]), a réalisé une expertise psychiatrique de l'assurée le 15 juillet 2010. Ce dernier a noté ce qui suit dans son rapport du 26 août 2010:

« (...)

Données subjectives

Histoire médicale actuelle selon l'expertisée:

Madame J._____ explique sa déstabilisation en 2009 à sa dernière place de travail. Elle a travaillé en tant que décoratrice, en dernier lieu chez Q._____. Elle a été appelée pour travailler sur [...] et [...]. Elle a été à un moment donnée critiquée très fortement par le nouveau directeur du département. Dans une séance personnelle, elle a été également harcelée sexuellement par attouchements. Il n'y avait pas de témoins, mais elle a été choquée et déstabilisée à tel point qu'elle a dû consulter. Dès lors, elle est en arrêt de travail.

Plaintes actuelles

Elle a toujours des hauts et des bas. Elle fait des crises d'angoisse, elle tremble, elle peut tomber dans les escaliers et elle peut pleurer à tout moment. Parfois, elle ne peut même pas faire les courses par crainte de faire des crises.

Elle souffre de perte de mémoire.

Elle souffre d'insomnie. Elle explique qu'elle a parfois de la peine à s'endormir, qu'elle se réveille au milieu de la nuit pour aller aux WC (elle doit boire beaucoup) et qu'elle a ensuite de la peine à se rendormir.

Elle a développé une tendance à vouloir vite rentrer à la maison, de manger chez ses parents pour se sentir en sécurité.

Quant au traitement chez le Docteur F._____, elle a été surtout traitée par des tranquillisants. Elle a encore actuellement de [...], du [...] et du [...]. Des tentatives de la traiter par antidépresseur n'ont rien donné et plutôt amené des effets secondaires. A noter qu'elle n'a jamais eu de [...].

Actuellement, son état s'est tout de même amélioré à un tel point qu'elle peut de nouveau faire des offres de travail. Mais la situation est très difficile, elle a entendu de la part de ses contacts dans le milieu qu'il y a beaucoup de licenciements, voire des difficultés à engager des décorateurs. Le marché du travail est très difficile. Même son beau-frère qui a des contacts avec des gens à l'intérieur de Q._____ a dit à quel point la situation était difficile.

Son psychiatre, le Dr F._____, pense qu'un retour chez Q._____ est impossible. Il lui a conseillé de faire de offres spontanées à but thérapeutique, laissant l'arrêt de travail en place.

L'assurée rajoute à la fin que son apparence peut tromper ; tout le monde pense qu'elle va maintenant relativement bien, mais au fond, ils ne voient pas à quel point elle va mal.

A l'anamnèse orientée, l'assurée ne révèle pas d'autres plaintes.

Activités quotidiennes:

Elle s'occupe de ses repas et de son appartement, elle lit beaucoup, surtout des livres de psychologie. Elle voit régulièrement des personnes de son cercle d'amis et connaissances, elle lit les annonces, elle y répond et fait des offres spontanées. Elle est aussi branchée sur internet pour la recherche de travail. Elle a réalisé un book, à savoir une présentation de ses décorations effectuées lors de ses activités antérieures.

(...)

Données objectives

Status psychique

Madame J. _____ se présente avec son père en salle d'attente. Il s'agit d'une femme de petite taille, habillée avec goût et très soignée de sa personne. Elle porte quelques bijoux et elle est soigneusement maquillée. Elle fait plus jeune que son âge réel (42 ans au moment de l'expertise).

Elle est souriante et charmante aux présentations. Sa poignée de main est normalement forte, sans moiteur. Il n'existe aucun ralentissement moteur et, en position assise, l'assurée est toujours en avant du fauteuil, dressée, tonique, répondant avec dynamisme et accompagnant ses dires par des mouvements symétriques de ses mains, bras, ainsi que par une mimique vivace.

L'entrée en contact est facile ; l'assurée prend très vite la parole et nous sommes étonnés à quel point elle s'exprime spontanément. Elle élargit chaque question avec de multiples informations, elle donne beaucoup de détails et elle a visiblement beaucoup de choses à dire et du plaisir à parler. Surtout dans la première partie nous avons beaucoup de mal à structurer et poser des questions complémentaires. De ce fait, nous laissons toute la place à l'expression spontanée. Dans un deuxième temps, avec l'anamnèse systématique, l'entretien devient un peu plus structuré, mais là aussi l'assurée a tendance à vouloir approfondir beaucoup de choses.

Elle parle avec une voix un peu faible. Le débit est élevé.

Il n'y a pas de difficultés de concentration, d'attention et de mémoire.

L'assurée n'est pas fatiguée et pas fatigable durant l'entretien qui dure plus d'une heure et demie.

Il existe une bonne intelligence.

Ses capacités de jugement et de raisonnement sont préservées.

Il existe une bonne fluidité idyllique et un discours associatif avec une thématique riche.

Il n'y a pas de troubles formels de la pensée.

Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique.

Sur le plan affectif, nous voyons une personne strictement euthymique, à aucun moment il y a de la tristesse, ni légère, ni marquée.

On peut dire qu'elle est en contact avec la description de son passé, une fois ou l'autre, légèrement affectée. Autrement, nous voyons quelqu'un de souriant spontanément, à beaucoup de moments, avec une certaine brillance dans les yeux, apte aussi à réagir à l'humour d'autrui. Elle-même se montre une fois ou l'autre amusée par rapport à ses propres récits et nos questions.

L'assurée n'est pas anxieuse en situation d'examen. Elle est peut-être tout au début légèrement tendue, mais au fur et à mesure qu'elle se livre et qu'elle parle, elle dépasse cette émotion. Ceci n'exclut théoriquement pas des anxiétés dans des situations extérieures. Chez nous, on la dirait plutôt assez facilement à l'aise avec un homme auparavant inconnu.

Il n'y a pas d'émotion colérique.

En situation d'examen, nous n'avons pas de remarque particulière à faire quant à la personnalité. Elle nous paraît à tout point de vue plutôt compensée.

En élargissant aux informations anamnestiques, il existe peut-être une tendance abandonnique, voire un besoin sécuritaire et de protection accrue.

La distance interpersonnelle et le cadre sont bien respectés.

Synthèse et discussion

Madame J. _____ est une assurée d'origine indienne de 42 ans, adoptée petite par une famille belge qui viendra par la suite s'établir en Suisse.

Selon son discours, elle a vécu une déstabilisation psycho-émotionnelle en 2009. A ceci est venu se greffer une situation de travail conflictuelle où elle nous parle de comportements de mobbing de la part de son supérieur, de même de comportements sexuels abusifs avec attouchements et un dénigrement professionnel. Ceci a entraîné un tableau anxio-dépressif avec mise en arrêt de travail et suivi psychiatrique intégré.

Il existe certainement un arrière fond biographique et de personnalité qui a pu favoriser l'apparition de cette problématique. Enfant adoptée, après avoir perdu très tôt ses parents, elle a été intégrée à l'âge de deux ans dans le foyer de ses nouveaux parents en [...]. Il y a eu ici aussi 5 frères et sœurs.

L'intégration dans la nouvelle famille et dans la vie en [...] s'est faite apparemment sans trop de problèmes bien qu'une petite difficulté d'intégration scolaire est relatée. Elle-même n'a gardé aucun souvenir de son passé en [...] et de son premier abandon. Elle a investi positivement les relations avec ses frères et sœurs.

Ensuite est intervenue une deuxième coupure, celle-ci à l'âge difficile de treize ans. A ce moment, ses parents ont déménagé en Suisse dans la région de [...] et son père a pris immédiatement un engagement au [...]. De ce fait, l'assurée a été placée dans un internat où elle a terminé sa scolarité. Lorsqu'elle nous parle aujourd'hui d'un deuxième abandon, on peut comprendre cette notion, car l'intégration familiale a été coupée précocement et à un moment particulièrement sensible de l'adolescence. Néanmoins, ses capacités de résistance et de résilience ont suffi pour terminer la scolarité sans symptôme majeur et ensuite de faire une formation complète de décoratrice. L'assurée a parlé de cette formation et de son métier avec enthousiasme et elle s'est montrée fière de ses différentes réalisations. Elle a aussi mentionné qu'elle est jusqu'à aujourd'hui connue dans le milieu et qu'elle a gardé un certain nombre de contacts.

Elle a acquis différentes expériences professionnelles dans des maisons plutôt reconnues et elle a presque un parcours linéaire, non interrompu par le chômage ou la maladie jusqu'en 2009.

A travers les événements de 2009 (que nous ne pouvons pas autrement détailler), elle a été dans une déstabilisation certaine, elle parle encore aujourd'hui de la perte massive de confiance en elle, mais elle a aussi gardé une bonne notion de ses capacités antérieures et intrinsèques. Par ailleurs, elle a réalisé un livre de présentations et elle a commencé à faire des recherches de travail, ceci en consultant les annonces, internet, et en faisant des offres spontanées. Tout ceci nous fait dire qu'elle est au stade actuel intérieurement positionnée dans une aptitude au travail et plus dans une dynamique de maladie.

Dans ses plaintes, elle nous a mentionné beaucoup d'éléments d'anxiété, de symptômes neurovégétatifs divers, des crises, etc... mais

qui ne semblent apparemment pas ou plus être majeurs. Nous avons vu en examen direct quelqu'un dans un état clinique qui contraste quelque peu avec les descriptions plutôt négatives d'elle-même: l'assurée était assez facilement à l'aise, elle a parlé très spontanément, beaucoup et nous avons même eu l'impression qu'elle avait un certain plaisir d'échanger. Il n'y avait pas de symptômes dépressifs ni anxieux majeur constaté. Une fois ou l'autre, elle était un peu crispée, aussi affectée ponctuellement en lien avec un sujet pénible, mais ceci sans aucune notion de gravité, ni de fixation.

Dans l'ensemble, il y avait un fort décalage entre l'auto-appréciation très négative d'elle et le tableau objectif.

Nous avons essayé de contacter par téléphone le psychiatre de Madame J. _____ pour partager nos impressions mais nous n'avons pas réussi à l'atteindre et n'avons pas pu laisser un message, son répondeur ne le permettant pas.

Situation actuelle et conclusions:

Avec l'ensemble de nos réflexions, observations et informations, nous retenons sur le plan diagnostique:

Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (F43.22 CIM-10) en majeure partie résorbé.

En effet, bien qu'il existe peut-être encore quelques fluctuations dysthymiques et une anxiété non spécifique associée, le niveau de la perturbation est maintenant à considérer comme infra clinique. Ceci dit, nous estimons que l'assurée peut, dès maintenant, s'insérer dans un processus de confrontation à la réalité professionnelle. Par ailleurs, elle le fait déjà et il n'y a plus de logique de maintenir un arrêt de travail.

Il est évident qu'une personne dans sa situation et avec cette longueur d'arrêt de travail est surtout au début susceptible de réagir avec une augmentation de l'anxiété au moment d'une reprise, mais ceci est transitoire et à considérer comme mineur.

Quant aux crises d'anxiété décrites (subjectivement très fortes), il existe encore un moyen préventif et thérapeutique non utilisé jusqu'à ce jour, à savoir un anxiolytique à action rapide comme le [...]. Autrement, nous pensons que l'assurée est dans un risque de déconditionnement si l'arrêt de travail dure trop longtemps. Plus elle reste éloignée du marché du travail et de la possibilité de voir qu'elle est toujours apte à travailler, plus son image négative d'elle-même augmentera. En finalité, une protection trop longue peut s'avérer contre thérapeutique ».

L'expert a conclu en disant que le pronostic était bon, qu'une optimisation de la gestion anxiolytique telle que décrite permettrait à son état de s'améliorer et que l'assurée était dès ce moment apte à reprendre une activité professionnelle. Toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences étaient exigibles.

Invité à renseigner l'OAI sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente, le Dr F. _____ lui a adressé un rapport le 17 septembre 2010, dans lequel il a précisé que l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, que les traitements en cours portaient leurs fruits, mais qu'elle restait très dépendante de facteurs extérieurs qui pouvaient la déstabiliser profondément (point 3). Ses troubles psychiques l'empêchaient de travailler dans le monde économique, mais l'amendement de la symptomatologie devait permettre une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou une activité du même type (point 7). Dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle, sa patiente devrait être en mesure d'assumer une présence de trois heures par jours, cinq jours sur sept (point 10).

Dans un rapport du 17 décembre 2010, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a écrit ce qui suit:

« Dans un rapport médical du 09.02.2010, le Dr F. _____, médecin psychiatre, retient le diagnostic incapacitant suivant:

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.1).

Dans une expertise psychiatrique faite à la demande de l'assureur perte de gain, le 15.07.2010, par le Dr W. _____ retient le diagnostic de: **trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (F43.22), en majeure partie résorbé.**

L'expert constate un fort décalage entre l'auto-appréciation très négative de l'assurée et le tableau clinique objectif. Bien qu'il existe encore quelques fluctuations dysthymiques et une anxiété non spécifiée associée, le niveau de perturbation doit être considéré comme infra-clinique. L'expert estime que l'assurée peut dès le jour de l'expertise s'insérer dans un processus de confrontation à la réalité professionnelle. Il dit que l'assurée le fait déjà et qu'il n'y a plus de logique de maintenir un arrêt de travail.

L'exigibilité est donc de 100%, dans toute activité professionnelle, dès le 15.07.2010 ».

Il ressort d'un entretien téléphonique entre l'OAI et l'assurée du 2 mai 2011 que celle-ci était à ce moment suivie par la clinique N. _____ en hôpital de jour depuis le 16 février 2011.

Par certificat du 7 février 2011, le Dr F._____ a attesté que l'assurée était suivie dans cette clinique du 21 février au 30 juin 2011, à raison de trois fois par semaine.

Sur demande de l'OAI, le Dr F._____ a expliqué, par rapport du 19 août 2011, que sa patiente avait décidé d'elle-même de suivre ce traitement à la clinique N._____ car elle venait de sortir d'une relation sentimentale particulièrement destructrice. Ce traitement, vraisemblablement en hôpital de jour, lui avait permis de reprendre progressivement confiance en elle, de structurer ses journées et d'avoir des relations sociales. Le Dr F._____ a précisé qu'il n'avait jamais reçu aucun document de ses confrères de cette clinique, ni eu de contact avec eux. Les seules informations qu'il connaissait à ce sujet provenaient de sa patiente. Il a encore précisé qu'elle avait envie et besoin de pouvoir reprendre une activité professionnelle, à mi-temps au moins dans un premier temps ; il serait donc souhaitable de l'aider à se réinsérer dans le monde du travail.

Dans une lettre de sortie du 23 août 2011 adressée au Dr F._____, les Drs T._____ et A._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, médecins à la clinique N._____, ont attesté que l'assurée avait été suivie en hôpital de jour du 21 février au 27 juillet 2011 et indiqué ce qui suit:

« **Diagnostic selon CIM-10**

Principal: Trouble panique (F41.0)

Comorbidité(s): Personnalité dépendante (F60.7)

Motif de la prise en charge

Demande de prise en charge à l'Hôpital de jour pour évaluation de son état psychique et contrôle des attaques de panique.

Éléments anamnestiques

Il s'agit d'une patiente de 44 ans, qui a présenté une première attaque de panique en 2009 nécessitant une hospitalisation en urgence à l'Hôpital de [...]. Depuis, elle présente une anxiété permanente avec des crises de panique à répétition. Le facteur déclenchant de cette symptomatologie serait des conflits professionnels, situation qu'elle décrit comme du mobbing et qui s'est terminée par un licenciement.

Mme J. _____ souhaite une prise en charge à l'Hôpital de jour pour évaluer son état psychique et contrôler ses crises de panique.

Status psychiatrique à l'admission

Patiente éveillée, tendue, orientée dans le temps et dans l'espace. Le discours est cohérent, centré sur ses projets d'avenir et sa crainte face aux attaques de panique. Anxiété observée et éprouvée. Absence d'idées suicidaires. Il n'y a pas d'altération du contenu de la pensée ni de la perception sensorielle. L'attention et la concentration sont adéquates. La mémoire est conservée. La patiente est consciente de ses troubles. Les capacités de jugement au moment de l'admission sont adéquates.

Discussion et évolution

La patiente s'est sentie soutenue au sein de l'Hôpital de jour avec une participation active aux groupes de thérapie. On note des difficultés face aux prises de décisions, mettant en évidence une dépendance affective vis-à-vis de la figure de l'autorité. Nous avons travaillé dans un premier temps le contrôle de l'anxiété en ajustant la médication de [...] à 100 mg/j. et [...] 7,5 mg/j. avec une bonne évolution. La patiente se sent alors plus calme ce qui permet de consolider sa décision au niveau de sa vie familiale en gagnant davantage en autonomie. Concernant la reprise de travail, Mme J. _____ s'est retrouvée en difficultés dans sa recherche d'emploi qui s'est avérée peu efficace. Un suivi individuel a été mis en place avec le psychologue de l'unité dans l'objectif de mieux contrôler les symptômes d'anxiété et de pouvoir définir l'établissement d'une activité concrète lui permettant de gagner en autonomie et sécurité. Le suivi a été irrégulier, peu participatif, restant dans le concret. La patiente a montré alors un comportement plutôt résistant dans la thérapie individuelle. Devant l'évolution clinique stationnaire de la patiente, nous décidons de mettre fin au programme de l'Hôpital de jour et de poursuivre le suivi en ambulatoire à raison d'une fois par mois sur une période de trois mois ».

Par avis médical du 25 octobre 2011, le Dr G. _____ du SMR a relevé ce qui suit:

« L'assurée a été suivie en hôpital de jour, pendant quelques semaines à la clinique N. _____, pour des attaques de panique. Ceci a engendré une incapacité de travail temporaire qui ne modifie pas notre prise de position du 17.12.2010. De plus, le Dr F. _____, psychiatre traitant n'atteste aucune incapacité de travail de longue durée. Il faut rendre notre décision sur la base du rapport d'examen SMR du 17 12.2010 ».

Sur demande de l'OAI, le Dr F. _____ a rendu un nouveau rapport daté du 9 décembre 2011, rédigé en ces termes:

« 1. A partir de quelle date précise avez-vous objectivé une péjoration de l'état de santé psychique?

Le problème de la péjoration de l'état de santé psychique est particulièrement complexe. En effet, il peut sembler à certains moments que cette patiente va relativement bien et qu'elle pourrait

avoir une pleine capacité de travail. Et au fil des mois, je dois constater que l'atteinte à la santé psychique est beaucoup plus grave que je ne l'avais estimée.

Sur le plan relationnel, la patiente m'a parlé, après l'expertise du Dr W._____, qu'elle avait été abusée sexuellement par un de ses cousins au cours d'un mariage environ trois ans auparavant. Elle osait enfin parler de ce viol. Mais elle faisait alors un lien avec cet abus et ce qu'elle avait vécu avec son hiérarchique chez Q._____. Peu après l'expertise du Dr. W._____, la patiente a noué une relation sentimentale. Il s'est très rapidement avéré que l'homme qu'elle avait rencontré était très particulier. Il s'est montré possessif, jaloux de manière malade. Il s'est montré intrusif dans tous les traitements au point que Mme le Dr [...] m'a écrit pour me dire son étonnement. Cet homme a contraint la patiente à changer tous ses numéros de téléphone et l'a totalement isolée de toutes ses relations sociales. A fin janvier 2011, elle a enfin rompu avec cet homme.

Toujours sur le plan relationnel, je suis frappé par les relations que la patiente entretient avec ses parents. En effet, elle peut entretenir des relations très proches et d'un coup, elle rompt toute relation. Ainsi en octobre 2011, sa mère a eu un problème cardiaque et a été hospitalisée au [...] puis au [...] puis à la clinique [...]. La patiente a alors pris soin de son père et de sa mère. Elle a été régulièrement rendre visite à sa mère. Puis d'un coup, elle a cessé toute relation estimant que ses parents ne lui manifestaient pas suffisamment de reconnaissance. Cela montre les difficultés majeures de cette patiente à établir des relations "équilibrées". Elle est capable de passer d'une relation quasiment fusionnelle à une rupture. Elle induit vraisemblablement des relations d'emprise qui, d'une certaine manière, la rassurent mais elle n'est pas capable de garder une distance critique et ne peut que rompre brutalement. Sur le plan somatique, il est frappant de constater combien les injections de [vitamine] B12 sont investies et que des sensations de malaise sont imputées au manque de vitamine B12. J'ai tenté de faire suivre à cette patiente un traitement de relaxation afin qu'elle puisse mieux maîtriser ses sensations cénesthésiques. Ce traitement a été un échec et la patiente s'est montrée incapable d'entrer dans cette approche.

Enfin sur le plan professionnel, la patiente dit avoir des compétences professionnelles. Mais dès qu'il s'agit d'envisager des alternatives à la pratique de son métier de décoratrice, elle se montre totalement paralysée et n'a aucune idée de ce qu'elle pourrait faire. Elle manifeste ainsi des limitations importantes.

Elle a suivi un traitement à la clinique N._____ de son propre chef du 21 février au 27 juillet 2011 en hôpital de jour. Elle manifestait ainsi son besoin d'être soutenue. Mais elle manifestait aussi une inadéquation dans la prise en charge et le traitement par un clivage des intervenants.

L'ensemble de ces éléments montre combien la patiente a des difficultés majeures à tout niveau et que la décompensation actuelle est plus grave que je ne l'avais estimée et que ne l'a estimée le Dr W._____.

En effet, si l'on s'en tient à ce que la patiente montre et dit, il semble qu'elle a des ressources et qu'elle n'est pas vraiment atteinte dans sa santé psychique. Seuls des facteurs extérieurs (conditions de travail, situation du marché du travail, relation conflictuelle passagère avec un

homme ou ses parents) sont responsables d'une décompensation sur un mode anxieux. Or la persistance de difficultés d'intégration sociale, familiale, sentimentale et professionnelle fait apparaître progressivement un trouble psychique plus grave que je ne l'avais longtemps estimé.

Enfin, il est frappant de constater que les différents psychiatres qui ont établi des rapports donnent des diagnostics différents: trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte pour le Dr W._____, trouble panique et personnalité dépendante pour le Dr A._____, et trouble dépressif récurrent, anxiété généralisée et trouble panique pour moi.

Si je me sens contraint de faire un tel développement pour répondre à vos questions, c'est que l'état de santé psychique de cette patiente est particulièrement difficile à cerner. Chacun de mes confrères a cerné une partie des difficultés de cette patiente mais aucun (et je m'y inclus) n'a été à même de poser un diagnostic satisfaisant.

Si je reprends l'anamnèse de cette patiente depuis le mois de juillet 2009 où elle [poursuit] mon traitement de manière continue jusqu'à ce jour, je constate qu'elle passe par des phases de mieux être et des phases d'aggravation mais qu'aucune stabilisation n'a pu à ce jour être obtenue de manière satisfaisante sur une période de plusieurs semaines. Je constate que j'ai commis une erreur dans mon rapport du 9 février 2010: l'incapacité de travail a débuté le 13 juin 2009 et non 2006 comme indiqué par erreur. Depuis cette date, soit le 13 juin 2009, cette patiente est en incapacité de travail totale.

2. Quel est le diagnostic CIM-10 précis ayant une répercussion pour l'AI?

Comme je l'ai mentionné plus haut, il est particulièrement difficile de poser un diagnostic précis et satisfaisant qui puisse être admis par les différents psychiatres qui sont intervenus dans cette situation. Je vous propose les diagnostics suivants dans un ordre de priorité:

Trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, anxieux, immatures et borderline (F61.0)

Trouble panique (F41.0)

Anxiété généralisée (F41.1)

Troubles dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10)

3. Quel est le status psychiatrique détaillé actuel?

Cette patiente se plaint de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, de troubles de l'appétit avec une perte de poids qu'elle ne parvient pas à compenser depuis plusieurs mois, une perte de la libido, un isolement social et un repli social, des troubles de l'attention et de la concentration, une perte de l'élan vital et une perte de tout espoir d'aller mieux. Elle présente des attaques de panique. Vivant de l'aide sociale, elle se sent étranglée financièrement et n'ose plus rien faire. Elle a le sentiment d'être incomprise de tout le monde et rompt des relations, en particulier avec ses parents.

4. Le cas est-il stabilisé?

Non. Il y a des périodes où la symptomatologie s'amende partiellement et des périodes où elle s'aggrave. Ces périodes s'étendent sur deux ou trois semaines mais aucune stabilisation n'a pu être obtenue à ce jour.

5. Quelles sont les dates précises d'arrêt de travail?

J'ai attesté de manière continue une incapacité de travail complète depuis le 13 juillet 2009 jusqu'au 31 décembre 2011. Un autre confrère a attesté d'une incapacité de travail du 13 juin au 12 juillet 2009.

La patiente a été licenciée de son emploi chez Q. _____ au 30 avril 2010. A partir d'octobre 2010 environ, C. _____ a mis fin au versement de ses prestations et la patiente dépend depuis lors des services sociaux.

6. Quelle est la capacité de travail dans la profession actuelle?

Comme je l'ai mentionné dans ma réponse à la question précédente, j'atteste d'une totale incapacité de travail. Cela tient certes principalement à l'état de santé de la patiente. Mais cela tient aussi au fait que la reconnaissance d'une incapacité de travail partielle placerait la patiente dans une situation très inconfortable qui impliquerait qu'elle dépende de l'assurance-chômage avec fort peu de chances de trouver un emploi dans sa profession actuelle.

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI?

La réponse à cette question est particulièrement difficile. Cette patiente connaît des difficultés relationnelles avec des relations en tout ou rien et une difficulté à maintenir une distance adéquate. Elle présente d'autre part des réactions anxieuses et des attaques de panique qui limitent sa capacité de travail. Elle peut présenter à certains moments des troubles de l'attention et de la concentration avec des oublis importants. Elle peut également présenter un certain ralentissement qui diminue son rendement.

8. Quelle est la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée (dates et taux)?

J'ai tenté de longue date d'imaginer quelle profession, autre que celle de décoratrice, pourrait être adaptée à cette patiente. Cette patiente a besoin d'un travail manuel et ne supporte pas un travail de bureau. Elle a besoin de bouger et de faire. Elle a besoin d'être encadrée et d'être rassurée dans son activité. Elle a besoin également d'avoir une certaine autonomie et des exigences de rendement pas trop élevée.

Après plus de deux ans d'incapacité de travail, une reprise d'activité professionnelle ne peut être envisagée que très progressivement, en ré-entraînement au travail, en commençant à un taux de l'ordre de 30% à 40% avec une augmentation progressive. Mais il est vraisemblable que cette patiente ne sera plus capable d'atteindre une pleine capacité de travail dans le monde économique.

9. Quels sont les traitements en cours?

Le traitement psychothérapeutique de soutien se poursuit de manière régulière chez moi. En raison des problèmes financiers que connaît cette patiente, elle n'est plus à même à ses dires de payer ses médicaments et elle ne prend plus de médicaments.

Elle est toujours suivie par Mme le Dr [...] qui assure toujours les injections de vitamine B12.

10. Quelle est la compliance au traitement?

Cette patiente est compliant au traitement et ne manifeste pas de réticence ».

Dans un avis médical du 20 décembre 2011, le Dr G. _____ du SMR a écrit ce qui suit:

« Le certificat médical du Dr F. _____ du 09.12.2011 n'apporte aucun élément nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. En effet, même si le médecin dit que l'incapacité de travail se prolonge, dans le même rapport, il dit: "En effet, si l'on se tient à ce que l'assurée montre et dit, il semble qu'elle a les ressources et qu'elle n'est pas vraiment atteinte dans sa santé psychique.

En conclusion, aucune aggravation de l'état de santé et maintien intégral des conclusions de notre rapport d'examen SMR du 17.12.2010 ».

Par projet d'acceptation de rente du 18 janvier 2012, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 octobre 2010, puis du 1^{er} février 2011 au 31 octobre 2011. Le projet reposait sur la motivation suivante:

« Depuis le 13 juin 2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Par votre demande du 18 janvier 2010, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort que vous êtes en incapacité de travail depuis le 13 juin 2009.

Au terme du délai d'attente d'une année, soit le 13 juin 2010, vous présentez une incapacité de travail et de gains de 100% tant dans l'exercice de votre activité habituelle que dans une activité adaptée.

Votre préjudice économique et par conséquent votre degré d'invalidité est de 100% ce qui vous ouvre le droit à une rente entière.

Au vu de ce qui précède, vous auriez pu prétendre à une rente entière dès le 1^{er} juin 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année.

Toutefois, vous avez déposé votre demande de prestations le 18 janvier 2010 seulement. En application de l'art. 29 al. 1 LAI, les prestations ne sont allouées que six mois après le dépôt de la demande AI, soit dès le 1^{er} juillet 2010.

Selon les renseignements médicaux en notre possession, votre capacité de travail peut être considérée comme à nouveau totale, dans toute activité dès le 15 juillet 2010.

En ce qui concerne le traitement que vous avez effectué auprès de la Clinique N. _____ du 21 février 2011 au 27 juillet 2011, nous constatons que celui-ci n'a engendré qu'une incapacité de travail temporaire.

Dès lors et conformément à l'art. 29bis RAI précité, la rente est réintroduite dès le 1^{er} février 2011.

A partir du 28 juillet 2011, votre capacité de travail peut être considérée comme à nouveau totale dans toute activité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

A partir du 1^{er} juillet 2010, soit six mois après le dépôt de votre demande, vous avez droit à une rente entière.

Vu que votre capacité de travail peut être considérée comme totale dès le 15 juillet 2010, cette rente entière sera supprimée au 31 octobre 2010, soit après trois mois d'amélioration de votre état de santé conformément à l'art. 88a al. 1 RAI précité.

Dès le 1^{er} février 2011 la rente entière est réintroduite suite à l'aggravation de votre état de santé.

Vu que votre capacité de travail est à nouveau totale dans toute activité dès le 28 juillet 2011, cette rente sera supprimée au 31 octobre 2011, soit après trois [mois] d'amélioration de votre état de santé ».

Le 24 février 2012, par l'intermédiaire de son avocat, Me Laurent Damond, l'assurée s'est opposée à ce projet, faisant valoir que son état de santé ne n'avait pas varié durant toute la période considérée et que de ce fait la rente devait lui être octroyée sans interruption et de façon permanente. Elle a par ailleurs requis le 28 mars 2012 la mise en œuvre d'une expertise, expliquant que son état de santé n'avait pas évolué et que ce n'était pas parce qu'elle avait été hospitalisée à la clinique N._____ puis qu'elle était ressortie de cet établissement que sa capacité de travail avait évolué.

Dans un avis médical du 18 avril 2012, les Drs [...] et [...] du SMR, ont fait les observations suivantes:

« Par courrier du 24.02.12, l'avocat de l'assurée indique que l'état de santé de sa cliente n'a pas changé au fil du temps et qu'une rente entière lui est due.

Si l'on revient donc en arrière, dans l'instruction, nous trouvons l'expertise psychiatrique du Dr W._____, effectuée le 15.07.10 et qui répond aux critères de qualité de l'expertise médicale.

Cet examen spécialisé met clairement en évidence un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, alors que l'assurée bénéficie d'un traitement associant du [...] à la posologie de 10mg/j, pour une posologie adulte usuelle de 30 mg/j, pouvant même être plus élevée et [...] 10 mg/j, pour un dosage adulte usuel de 30 mg/j.

Aucun des médicaments administrés n'est antidépresseur.

Si l'on se réfère à la littérature médicale/scientifique en vigueur, on sera obligé d'écarter toute incapacité au travail justifiée concernant cette assurée ; en effet, les constituants du trouble de l'adaptation n'atteignent pas le seuil diagnostique de l'épisode dépressif léger pour les aspects dépressifs et n'atteignent pas non plus le seuil diagnostique de l'anxiété généralisée, pour les aspects anxieux.

Il avait été concédé la reconnaissance d'une incapacité limitée dans le temps (13.06.09 au 14.07.10) ; il serait plus correct de conclure à une capacité de travail totale dans toute activité, théoriquement depuis toujours, sans limitation fonctionnelle durable justifiée, sur la base de ce qui est objectivé à ce jour.

A la suite de l'expertise citée aucun élément médical nouveau, avec effet durable justifié sur la capacité au travail malgré son traitement adéquat, n'a été présenté ; la conclusion d'une capacité totale dans toute activité théoriquement depuis toujours, reste d'actualité ».

Par décision du 30 novembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour les périodes du 1^{er} juillet au 31 octobre 2010 puis du 1^{er} février au 31 octobre 2011. La motivation de cette décision était la même que celle du projet d'acceptation de rente du 18 janvier 2012.

B. Le 21 janvier 2013, J._____, par l'intermédiaire de son avocat, a formé recours contre la décision de l'OAI du 30 novembre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente dont le taux serait précisé en cours d'instance, après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a en substance fait valoir que son état de santé physique et psychique n'avait pas évolué, qu'elle souffrait d'anémie due à une carence en vitamine B12 et qu'à cet effet, elle devait régulièrement subir des injections pour tenter de stabiliser son état et limiter son problème de fatigue chronique. Selon elle, son taux d'activité ne saurait dépasser 50%.

Dans sa réponse du 11 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant notamment à l'avis du SMR du 18 avril 2012.

Dans sa réplique du 3 mai 2013, l'assurée a fait savoir que son état de santé n'avait pas évolué dans le bon sens, qu'elle devait continuer sa thérapie auprès du Dr F._____ et qu'elle souffrait toujours d'une fatigabilité importante en raison de sa carence en vitamine B12.

Le 27 mai 2013, l'OAI a maintenu sa position.

C. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre et confiée au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 6 mars 2014. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, de trouble anxieux mixte (avec éléments de trouble panique, d'anxiété généralisée et composante phobique) et de trouble mixte de la personnalité (avec éléments borderline, immatures et composante paranoïaque), ce trouble étant enraciné sur de possibles séquelles de psychose infantile. Il a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité antérieure, à compter des premiers arrêts de travail rédigés par le Dr F._____, comme dans une activité adaptée. Il a donné les explications suivantes :

« (...)

5. Appréciation du cas et pronostic:

Il m'est donc demandé un avis psychiatrique dans un dossier médical complexe et souvent contradictoire, la situation psychiatrique étant sujette à différentes appréciations, avec notamment des périodes d'incapacité de travail posées par le médecin psychiatre traitant de l'expertisée qui ont ensuite été invalidées par une expertise « perte de gain » réalisée par le Dr W._____. De son côté, l'Assurance-Invalidité a initialement reconnu certaines périodes limitées dans le temps d'incapacité de travail (cf pièce de résumé no 20), avant de revenir sur sa position en avril 2012 (cf pièce de résumé no 22), en mettant en avant le fait que l'expertisée n'aurait jamais eu de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail. Le soutien juridique de l'expertisée fait recours dans cette situation, demandant finalement en dernier lieu (cf pièce de résumé no 23) qu'une incapacité de travail de 50% soit reconnue et qu'une expertise soit mise en oeuvre, ce qui aboutit à la réalisation du présent mandat.

Il s'agit d'une situation qui n'est en effet pas aisée sur le plan clinique et qui explique, comme le dit bien mon confrère F._____, que

différents cliniciens aient posé des diagnostics différents et aient eu une appréciation radicalement différente de la capacité de travail.

Ceci est dû au fait que l'expertisée se montre très fluctuante dans sa présentation clinique et souvent très floue dans la manière de décrire ses difficultés. S'y ajoute une méfiance fondamentale importante qui fait que l'expertisée ne livre « que ce qu'elle veut » à son interlocuteur, et a facilement tendance à taire des éléments pourtant jugés pertinents par son thérapeute (la présence de difficultés affectives et familiales significatives, source de souffrance personnelle). En raison d'aspects caractériels et persécutoires, l'assurée a facilement tendance à critiquer les questions posées et à livrer un discours dans lequel elle essaie, bien que maladroitement, de conserver un semblant d'unité en attribuant systématiquement à l'extérieur d'elle (par projections multiples), la source de ses souffrances et malheurs. Craignant excessivement le jugement, l'expertisée peut faire « bonne impression » en surface, quand bien même son discours ne cadre pas avec la présence de difficultés sociales, professionnelles et affectives.

Ces perturbations des pensées, des sensations et des relations à autrui sont donc suffisamment marquées et discordantes pour rentrer dans le champ de la psychopathologie, notamment dans le chapitre des troubles de la personnalité. L'expertisée est en effet souvent peu ajustée au contexte. Elle se montre par exemple fermée, voire franchement antipathique durant le premier entretien, quand bien même cette expertise est censée potentiellement l'aider si une atteinte psychique peut être retenue. De même, l'expertisée ne saisit pas tous les tenants et aboutissants de l'expertise, dans le sens qu'elle déclare « qu'elle n'a pas bien compris pourquoi elle est là, que c'est son avocat qui a demandé et qu'elle est en conflit avec son assurance perte de gain ». Ce qui ressort d'une vision longitudinale de l'expertisée et d'éléments cliniques rapportés par le Dr F. _____ est un décalage très net entre ce que l'expertisée pense, montre et ce qu'elle rencontre concrètement dans son quotidien. En effet, dans une logique binaire, pour l'expertisée « le problème c'est les autres », sans possibilité de négociation, le monde étant invariablement clivé entre « les bons et les méchants », l'expertisée vivant de toute évidence très mal toute critique et toute agression, qu'elle soit réelle ou imaginaire, ce qui accentue nettement un vécu de persécution sous-jacent. Dès lors une composante paranoïaque de la personnalité peut être retenue, de même que des éléments émotionnellement labiles (instabilité d'humeur, tendance à entrer en conflit, discordance entre le discours « lisse » et la présence de difficultés affectives, dont des difficultés sentimentales, clivage des intervenants, flou dans les objectifs de vie) et immatures (se présente comme une « petite fille qui boude », ne comprend pas bien les tenants et aboutissants de sa situation, s'oppose de façon caractérielle à l'aide qui lui est proposée, présente des difficultés d'autonomisation). Les troubles mixtes de la personnalité comportent certaines composantes partagées par plusieurs troubles de la personnalité, sans que le tableau clinique spécifique d'un trouble de la personnalité ne soit complet, ce qui est le cas de la situation actuelle.

Les éléments discutés plus haut, notamment la composante paranoïaque, sont également étayés par l'examen psychologique réalisé dans le cadre de la présente expertise. En effet, l'assurée présente de façon nette une méfiance (même caricaturale lors du premier entretien) sous-tendue par un vécu de piège. L'expertisée présente d'importants troubles de la fonction représentative, des

confusions entre signifiant et signifié mais également entre sujet et objet. Pour donner sens à ce qu'elle perçoit, l'expertisée se centre sur certains détails, parfois peu pertinents. Une problématique de morcellement (angoisses de nature archaïque) apparaît nettement au protocole des tests, avec des caractéristiques de la pensée paranoïaque. Par ailleurs, le bilan des ressources intellectuelles de l'assurée, bien que ne mettant pas en évidence à proprement parler un retard mental, est de l'ordre du fonctionnement intellectuel limite, fonctionnement caractérisé par une dysharmonie marquée.

Selon l'examen psychologique réalisé, la présence de cette structure psychotique, associée à une dysharmonie significative du fonctionnement intellectuel (avec notamment des résultats au détriment de l'échelle verbale) pose l'hypothèse de « séquelles de psychose infantile », entité clinique qui est décrite dans la CIM-10 sous l'appellation de « trouble envahissant du développement ».

Ce genre de trouble est difficile à diagnostiquer sur la base des entretiens avec l'expertisée. En effet, l'anamnèse est souvent confuse ou sujette à d'importantes distorsions, l'expertisée voulant préserver une bonne image d'elle-même en se considérant finalement « comme une personne normale », en attribuant à l'extérieur la source de toutes ses difficultés. Une anamnèse précise des relations interpersonnelles instaurées dans l'enfance reste difficile, l'expertisée adoptant un discours laconique où « tout allait bien » sur lequel on peut porter des doutes, au vu de son fonctionnement psychique. Les troubles envahissants du développement devraient mettre en évidence des altérations significatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi qu'un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ce genre d'altération devrait infiltrer l'ensemble du fonctionnement du sujet, quelles que soient les situations. Ces éléments ne ressortent pas clairement du discours de l'expertisée, ce qui ne veut pas dire qu'ils peuvent absolument être exclus. Ce trouble restera donc à l'issue de cette expertise sous forme d'hypothèse, les manifestations cliniques les plus importantes seront actuellement décrites dans le cadre du trouble de la personnalité retenu.

Le dossier médical fait ensuite état d'un trouble dépressif récurrent (diagnostic posé par mon confrère le Dr F. _____ b, diagnostic qui se heurte à nouveau à une appréciation différente lors de l'expertise du Dr W. _____, dans le sens que ce dernier confrère retient un trouble de l'adaptation, avec réaction anxieuse et dépressive mixte, en majeure partie résorbée).

Pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent, au moins deux épisodes dépressifs délimités dans le temps doivent pouvoir être mis en évidence. A nouveau, l'anamnèse qu'en donne l'expertisée est à mon avis sujette à caution. En effet, dans les années 2000, après avoir perdu son enfant, elle aurait manifesté une période d'abaissement de l'humeur sur une durée d'en tout cas 6 à 8 mois. Il reste difficile d'investiguer les autres symptômes, l'expertisée ne reconnaissant plus, à posteriori, la présence d'idées de dévalorisation, de troubles majeurs de la concentration ou du sommeil. Par contre, la présence d'une hyperphagie peut être relevée à cette époque, et certaines dépressions dites « atypiques » peuvent associer notamment baisse de l'humeur, hyperphagie et somnolence. Cet état a par ailleurs déjà nécessité un suivi psychiatrique (l'assurée déclare qu'elle était déjà suivie à cette période par mon confrère F. _____) avec une indication

posée pour un traitement antidépresseur ([...]), que l'expertisée n'aurait toutefois pas supporté (mise en avant « d'allergies »). Ces éléments semblent dès lors aller dans le sens d'un premier épisode dépressif, avec une présentation possiblement atypique, et une intensité qui ne peut formellement être décrite à 14 ans de distance. Il apparaît cependant que ces éléments ne ressortent pas de l'analyse du Dr W._____ qui pose donc à mon avis un diagnostic qui n'est pas exact, dans le sens qu'il aurait déjà fallu retenir à cette époque le trouble dépressif récurrent plutôt qu'un trouble de l'adaptation, ceci quand bien même le second état dépressif ait pu être déclenché par des facteurs de stress (donnant cet aspect « réactif au contexte »). Toujours dans le sens du trouble dépressif récurrent, il apparaît que la thymie s'est stabilisée durant les années ultérieures. En 2006, lors de la reprise du suivi auprès de mon confrère F._____, les difficultés relationnelles et socio-économiques semblaient au premier plan, sans qu'une symptomatologie dépressive ne soit formellement retenue. On constate ensuite que l'expertisée présente une nouvelle décompensation dépressive, décrite par le Dr F._____ dès son rapport du 12 octobre 2009. Dès lors, dans l'expertise du Dr W._____, on ne peut que mettre en doute la rubrique des antécédents psychiatriques personnels (où il est indiqué: « pas avant l'épisode actuel » p. 5), ce confrère semble ne pas avoir suffisamment tenu compte du dossier et de l'anamnèse médicale de l'assurée.

L'analyse et la qualification des épisodes dépressifs chez les sujets présentant des troubles de la personnalité ne sont pas aisées. En effet, en raison de leurs traits caractérisés marqués, ces sujets ont tendance à privilégier des reproches qu'ils formulent à leur environnement (c'est « toujours la faute des autres »), sans qu'une souffrance subjective comportant des idées de dévalorisation ou de culpabilité ne puissent être éprouvée en tant que tel. En raison de leur présentation fluctuante, ces sujets peuvent insister dans un contexte thérapeutique sur tel ou tel aspect de leurs troubles (la fatigue, les troubles du sommeil, le fait que « rien ne va »), souvent dans un négativisme qui peut interférer sur l'évaluation de l'exigibilité, notamment dans le cadre d'un suivi psychiatrique. En effet, ces sujets mettent souvent « le dos au mur », s'enferment dans des revendications et une attitude victimaire. Ceci ne remet toutefois pas en question la réalité des symptômes psychiatriques dont ils souffrent et représente par ailleurs, dans le cadre de la personnalité pathologique de l'expertisée, l'une des manifestations de ses troubles relationnels. L'évaluation « objective » de la capacité de travail peut, dans le cadre d'une relation thérapeutique, être moindre que ce que l'on peut raisonnablement attendre, avec donc une sous-estimation de l'exigibilité.

A l'inverse, l'investigation dans un contexte « de perte de gain » peut également minimiser les troubles psychiques, dans le sens que l'expert (Dr W._____) ne prend déjà pas en compte de façon adéquate les antécédents de l'assurée, ce qui l'amène à poser ensuite un diagnostic qui ne m'apparaît pas adapté sur le plan de la dépression. Par ailleurs, au vu des graves altérations de la personnalité constatées dans le cadre de cette expertise (dont l'expertisée n'a toutefois pas conscience), il apparaît tout à fait adéquat de retenir la présence d'un trouble de la personnalité, ce que fait correctement le Dr F._____, mais également les thérapeutes l'ayant suivie à N._____. On ne peut que conclure au fait que le Dr W._____ n'a pas été suffisamment attentif à cet aspect de la psychopathologie de l'assurée, lorsqu'il estime que « nous n'avons pas de remarque particulière à faire quant à

la personnalité. Elle nous paraît à tout point de vue compensée ». Le fait que l'expert de l'époque n'ait pas pu contacter le thérapeute de l'assurée (bien que les raisons figurant dans le rapport d'expertise ne mettent pas en cause l'expert) constitue tout de même au final une insuffisance supplémentaire, dans le sens qu'il aurait été intéressant à l'époque de disposer d'une vision plus complète de la situation, étant donné les éléments disparates et contradictoires que l'expertisée peut donner en fonction du contexte. Concernant le trouble de la personnalité, la description exacte de celui-ci varie en fonction des cliniciens qui ont rencontré l'expertisée, ce qui est fréquemment le cas dans le sens que l'assurée peut insister sur des aspects divers de ses troubles en fonction des interlocuteurs qu'elle a en face d'elle. La description du Dr F. _____ me paraît globalement bien rendre compte de la personnalité de l'assurée, même s'il ne retient pas formellement la composante paranoïaque, aspect qui peut être cependant assez délicat à poser et à manier dans des rapports mis à disposition de l'assurée. La présente expertise, complétée de tests de personnalité, permet justement de clarifier ce genre d'aspect.

Un autre point questionnable de l'évaluation du Dr W. _____ est constitué par son appréciation des ressources intellectuelles de l'assurée. En effet, il indique clairement « il existe une bonne intelligence ». Il s'agit ici d'une affirmation qui n'est aucunement démontrée et qui ne s'appuie de fait sur aucun examen complémentaire. Il se trouve que le fonctionnement intellectuel de l'expertisée, tel qu'il apparaît actuellement aux tests, n'est pas aussi bon qu'on pourrait le croire, dans le sens qu'il s'agit de ressources précaires (fonctionnement intellectuel limite), même si un retard mental, au sens strict, ne peut être posé. L'analyse qui est faite par le Dr W. _____ minimise donc la question des ressources intellectuelles, qui ne sont pas réellement « bonnes ».

L'analyse du Dr W. _____ insiste passablement sur la discordance entre les plaintes exprimées par l'expertisée, et la présentation clinique qui est estimée « euthymique ». L'anxiété n'est pas non plus jugée significative. Il semble ici que l'expert a été avant tout sensible à l'absence de ralentissement psychomoteur et aux aspects de réactivité caractéristique de l'assurée. Je constate également qu'aucune échelle psychométrique de dépression ou d'anxiété ne figure dans cette expertise, ce qui aurait pu être intéressant pour une appréciation plus complète des troubles. Même s'il apparaît que l'expertisée n'était probablement pas déprimée de façon sévère à cette époque (et effectivement ses démarches professionnelles semblaient bien aller dans ce sens), il me semble toutefois que cette expertise prend un peu trop rapidement le parti de dire qu'aucun trouble psychique n'implique des limitations fonctionnelles.

Les éléments développés dans les paragraphes précédents montrent qu'il reste donc difficile, à posteriori de définir exactement quelle a été l'importance des symptômes de l'expertisée au cours du temps. On s'étonne en effet des incapacités de travail persistantes (Dr F. _____), alors qu'il est en même temps décrit que l'assurée décide de travailler « contre avis de son médecin ». Par ailleurs, le Dr F. _____ avance parfois des arguments qui ne sont pas strictement médicaux, par exemple lorsqu'il indique « la reconnaissance d'une capacité de travail partielle placerait la patiente dans une position très inconfortable qui impliquerait qu'elle dépende de l'assurance-chômage avec fort peu de chances de trouver un emploi dans sa profession actuelle (pièce de résumé no 19) ». De même, il est un peu surprenant de lire dans un

rapport médical que l'assurée est en incapacité de travail complète, mais que son rendement est diminué de 50% (pièce de résumé no 4). En effet, en cas d'incapacité de travail totale, le rendement est par définition nul.

Face à ces points qui posent question dans les rapports médicaux du dossier, il reste cependant difficile d'adhérer pleinement aux conclusions du Dr W. _____ au vu des arguments développés dans les paragraphes précédents.

Ceci rend donc l'appréciation antérieure particulièrement délicate et nécessite déjà de se concentrer sur les symptômes cliniques actuels que manifeste l'expertisée.

Actuellement, ce que l'on peut constater est que l'expertisée adopte toujours une présentation clinique fluctuante : fermeture quasi-totale lors du premier entretien, attitude plus enjouée lors des suivants. La récolte des symptômes dépressifs actuels comporte la présence d'une tristesse (qui est toutefois fluctuante), associée à des pleurs, sans idées de dévalorisation ou de culpabilité (ce qui peut être relié à la pathologie de sa personnalité, comme développé plus haut). L'expertisée présente une baisse de plaisir, qui est également relative, dans le sens qu'elle mentionne par exemple qu'elle peut participer à des randonnées en compagnie, même si parfois elle aurait tendance à l'éviter. On peut également mettre en évidence une baisse d'appétit, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration (qui doivent également être pondérés), une tension intérieure, une fatigabilité. Deux échelles de dépression réalisées au cours des entretiens donnent également des résultats variables, dans le sens que la 1^{ère} évaluation psychométrique donne un résultat qui serait compatible avec une symptomatologie dépressive sévère, alors que la 2^{ème} évaluation situe plutôt l'expertisée dans la zone de la dépression moyenne. Dès lors, en tenant compte de facteurs de pondération (les échelles psychométriques de dépression sont en général majorées chez les sujets présentant des troubles de la personnalité avec une composante caractérielle), il y a lieu à mon avis de retenir en ce moment une symptomatologie dépressive moyenne, ce qui apparaît en accord avec les derniers diagnostics posés par le Dr F. _____.

Se pose ensuite la question d'un trouble anxieux, plus ou moins spécifique. A nouveau, l'anamnèse de l'assurée reste floue, dans le sens qu'elle décrit des symptômes que l'on peut rencontrer dans différents troubles anxieux, à savoir des accès paroxystiques d'angoisse, avec la crainte de survenue de nouvelles crises, un sentiment assez diffus d'anxiété (sans autres critères spécifiques de l'anxiété généralisée), des éléments phobiques à certaines périodes (évitement de trajets, des contacts interpersonnels, éléments de claustrophobie, phobie du sang et des milieux hospitaliers). Aucun de ces symptômes ne semble prédominer, et dans ce sens je retiendrai à l'issue de mon expertise l'appellation de trouble anxieux mixte. L'intensité des symptômes semble également avoir été fluctuante au cours du temps. Actuellement, une échelle d'anxiété selon Hamilton donne un résultat jugé significatif, même si cette symptomatologie n'apparaît pas comme étant majeure, ce qui relativise également l'impact de ces symptômes.

La question relevée par l'avocat de l'expertisée, en ce qui concerne les effets éventuels de la carence de vitamine B12, ne concerne par à proprement parler l'investigation psychiatrique, dès lors qu'il s'agit d'une problématique somatique. Tout au plus peut-on dire qu'au vu du

profil de sa personnalité, l'expertisée peut effectuer une attribution particulière de ses symptômes psychiatriques à une cause qui n'en est pas réellement une, étant donné sa tendance à projeter systématiquement la source de ses difficultés à l'extérieur d'elle (et dans ce sens, le corps peut aussi devenir le réceptacle de projections pathologiques). A mon avis, la problématique psychiatrique de l'assurée est déjà suffisante pour impliquer des limitations fonctionnelles et une baisse de capacité de travail.

A ce sujet, la situation actuelle fait donc état d'une expertisée qui a regagné, dans une certaine mesure, un processus de travail, avec toutefois une symptomatologie résiduelle, tant anxieuse que dépressive, plutôt moyennes dans leur sévérité. Ces troubles sont susceptibles de générer une certaine lenteur, une fatigabilité accrue, une baisse des capacités à soutenir l'attention sur une tâche. Un risque d'erreur existe, avec un rendement qui est diminué. Par ailleurs, la personnalité comporte des aspects pathologiques, avec une rigidité mentale, une tendance à la victimisation, une sensibilité excessive au jugement d'autrui, ce qui est susceptible de générer des ruptures relationnelles et des conflits.

L'évaluation chiffrée de la capacité de travail n'est donc pas aisée face à une aussi longue période séparant le début de l'incapacité de travail et l'investigation actuelle et face aux aspects contradictoires du dossier.

En fonction des aspects caractériels de l'expertisée, qui peuvent pousser son thérapeute à majorer l'incapacité de travail, mis en regard d'une évaluation d'expertise antérieure qui ne m'apparaît pas entièrement probante, mon avis est d'adopter une position médiane entre ces deux positions extrêmes et inconciliables. En tenant compte de facteurs de pondération, je suis donc d'avis que l'assurée dispose globalement, et donc de façon moyenne, d'une capacité de travail de l'ordre de 50% depuis que les premiers certificats d'incapacité de travail ont été rédigés.

Le pronostic que l'on peut formuler face à cette situation laisse présager l'installation dans la chronicité, l'expertisée disposant de certaines caractéristiques défavorables (rigidité mentale, vécu persécutoire, fonctionnement intellectuel limite et dysharmonique). En fonction d'une importante ambivalence et d'aspects caractériels, l'assurée s'avère particulièrement difficile à soigner, ce qui est constaté à juste titre par son psychiatre traitant. On doit donc s'attendre à la poursuite d'une capacité de travail partielle sur les mois, voire années, à venir.

C'est au vu de la discussion qui précède que je répondrai ensuite au questionnaire adressé de la façon suivante :

B. Influences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle

1. Limitation (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique :

Ceci n'appartient pas à l'expert psychiatre, demander au besoin un avis somatique.

Au plan psychique et mental :

Se référer à la fin de la discussion qui décrit les limitations fonctionnelles actuelles.

Au plan social :

Les troubles de l'assurée sont susceptibles de diminuer, dans une certaine mesure, son insertion sociale.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Les troubles sont à mon sens encore partiellement compatibles avec l'activité exercée jusqu'ici.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail

A mon avis, la capacité résiduelle de travail actuelle se situe à 50 %.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Comme décrit plus haut, l'activité antérieure est exigible à 50%, avec des horaires variables.

2.4. Y'a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Cette estimation de la capacité de travail (50%) tient compte de la baisse de rendement.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Depuis les premiers arrêts de travail rédigés par le Dr F._____.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Comme indiqué dans la fin de la discussion, en tenant compte des différents facteurs de pondération, j'estime que la capacité de travail a toujours été en moyenne de l'ordre de 50%.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Dans la mesure d'un 50%, oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Théoriquement oui, mais il semble plus adéquat que l'assurée continue à exercer dans son domaine.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail (*possible dans la mesure d'un 50%*)
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social (*possible, avec toutefois certaines limitations*)
- la mobilisation des ressources existantes (*possible dans la mesure d'un 50%*)

Si non, pour quelles raisons?

La question tombe.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Dans les mois à venir, il paraît peu probable que l'assurée puisse augmenter sa capacité de travail.

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

La poursuite du traitement psychiatrique est recommandée.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

En raison de facteurs de résistance au traitement (principalement reliés à la personnalité de l'expertisée), il est peu probable que la capacité de travail dépasse le 50% dans les mois à venir, malgré les mesures thérapeutiques.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Théoriquement oui, dans la mesure d'un 50%, mais il semble préférable de privilégier son domaine de compétence actuel.

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte de cadre d'une autre activité ?

Si possible, horaires flexibles, tenant compte de la fatigabilité variable de l'assurée.

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

50%, avec horaires si possible flexibles.

3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

L'estimation d'un 50% tient déjà compte de la baisse de rendement.

3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

La question tombe.

D. Suggestions, remarques

Aucune ».

Dans ses déterminations du 9 avril 2014, la recourante a maintenu ses conclusions, après avoir relevé les diagnostics posés par l'expert L. _____ et observé que celui-ci estimait que sa capacité de travail résiduelle était de 50%.

Le 13 mai 2014, l'OAI a admis que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le 13 juin 2009.

Il a joint un avis médical SMR du Dr P. _____ qui a notamment relevé ce qui suit :

« Nous avons discuté du cas à l'interne avec le Dr [...] psychiatre au SMR. L'expertise du Dr L. _____ décrit de manière étayée et probante le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ainsi que d'un trouble anxieux mixte. L'expert s'est basé sur deux entretiens avec l'assurée ; 2 contacts téléphoniques avec le Dr F. _____ ainsi que sur des examens psychologiques. La présence d'un trouble de la personnalité représente un facteur aggravant. Le Dr L. _____ (cf. p. 20) discute et confirme les positions extrêmes du Dr W. _____ (pas d'IT) et du Dr F. _____ (IT totale).

L'expertise du Dr W. _____ ne nous paraissant pas entièrement probante, nous suivons le Dr L. _____ et concluons à une CT de 50% dans toute activité dès le 13.06.2009, date retenue par le Dr F. _____ dans son courrier de réponse à nos questions complémentaires du 17.09.2010 ».

L'OAI a encore précisé que dans la mesure où l'assurée avait déposé sa demande de prestations AI le 18 janvier 2010, une demi-rente d'invalidité ne pourrait lui être allouée qu'à partir du mois de juillet 2010.

L'OAI a confirmé sa position le 4 juin 2014.

Dans sa réponse du 6 juin 2014, la recourante a déclaré « accepter [la] décision de l'OAI » de lui verser une demi-rente d'invalidité dès le mois de juillet 2010, constatant que l'office se ralliait à l'avis du Dr L. _____, en admettant qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% dès le 13 juin 2009.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] et il respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

Le litige portant sur le droit à une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est réputée supérieure à 30'000 fr. de sorte qu'il relève de la compétence de la Cour dans sa composition ordinaire (art. 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

b) En vertu de 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 dernière 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Selon l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2).

d) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008

du 27 avril 2009 consid. 3.2). Par ailleurs, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. a) En l'espèce, il existe des divergences entre l'appréciation du Dr F._____, ressortant de ses rapports médicaux successifs, et celle du Dr W._____ dans son expertise du 15 juillet 2010, tant s'agissant des diagnostics psychiatriques posés par ces deux spécialistes, que de la capacité de travail de la recourante. En effet, d'une part, le Dr F._____, psychiatre traitant de la recourante, a diagnostiqué, en particulier dans ses rapports des 22 mai et 17 septembre 2010, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un trouble panique ainsi qu'une anxiété généralisée, considérant que ces atteintes empêchaient sa patiente de reprendre une activité lucrative et que son état de santé n'était pas stabilisé. Pour sa part, le Dr W._____ a diagnostiqué en juillet 2010 un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, estimant que ce trouble était en majeure partie résorbé et que l'expertisée pouvait reprendre le travail dès cette date. Dans un nouveau rapport médical du 9 décembre 2011, postérieur au séjour de sa patiente à l'hôpital de jour de la clinique N._____, le Dr F._____ a relevé la difficulté à poser un diagnostic satisfaisant dans le cas de l'assurée, compte tenu de l'anamnèse qui montrait qu'elle alternait des phases de mieux être et des phases d'aggravation.

Par ailleurs, ni l'appréciation ressortant des différents rapports du Dr F._____, ni l'expertise réalisée par le Dr W._____ ne permettent d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de travail de la recourante. En effet, les conclusions du Dr F._____ dans son rapport médical du 9 février 2010 sont contradictoires, car il estime que sa patiente est totalement incapable de travailler tout en relevant que l'activité exercée est encore exigible, avec une diminution de rendement de 50%. D'autre part, il apparaît que le Dr F._____ ne s'est pas exclusivement fondé sur des considérations médicales pour évaluer la capacité de travail de la recourante ; il ressort ainsi en particulier de son rapport du 9 décembre 2011 que l'assurée présente une totale incapacité de travail, alors que cette évaluation est fondée en partie sur le fait que la reconnaissance d'une incapacité de travail partielle la placerait dans une situation très inconfortable car cela impliquerait qu'elle dépende de l'assurance-chômage avec peu de chances de retrouver un emploi dans sa

profession actuelle. Quant à l'appréciation du Dr W._____ selon laquelle les atteintes de la recourante se sont en majeure partie résorbées en juillet 2010, ce qui lui permettait de reprendre le travail, elle n'emporte pas non plus conviction. En effet, il ressort tant du rapport du Dr F. _____ du 17 septembre 2010 que de la lettre de sortie de la clinique N. _____ du 23 août 2011 que la recourante a continué de présenter des symptômes psychiatriques postérieurement à l'expertise du Dr W._____.

b) Au vu des divergences importantes entre l'appréciation du Dr F. _____ et celle de l'expert W. _____, et compte tenu du fait que ni l'une ni l'autre n'ont une valeur probante suffisante pour établir la capacité de travail de la recourante, une expertise judiciaire a été confiée au Dr L. _____. Celui-ci s'est entretenu à deux reprises avec la recourante (le 9 décembre 2013 et le 16 janvier 2014), a fait réaliser un examen psychologique par une psychologue et a discuté de la situation de la recourante avec son psychiatre traitant.

En préambule de son expertise, le Dr L. _____ a mentionné que l'état psychique de la recourante n'était pas aisé à décrire, ce qui expliquait que des diagnostics différents aient été posés par les psychiatres précédents et les appréciations divergentes de sa capacité de travail. L'expertisée se montrait en effet très fluctuante dans sa présentation clinique et avait une tendance à taire des difficultés affectives et familiales significatives, qui étaient pourtant sources de souffrance personnelle.

Les explications de l'expert L. _____ à l'appui des diagnostics qu'il pose sont claires et sérieusement étayées. En effet, à l'instar des psychiatres de la clinique N. _____ (lettre de sortie du 23 août 2011) et du Dr F. _____ (dans son rapport médical du 9 décembre 2011), l'expert estime que la recourante souffre d'un trouble de la personnalité, parce que les perturbations des pensées, des sensations et des relations à autrui, en raison des traits caractériels et persécutoires qu'elle présente, sont suffisamment marquées et discordantes pour rentrer dans le champ de la psychopathologie. En se fondant sur ses entretiens avec l'expertisée,

les éléments cliniques rapportés par le Dr F._____ et l'examen psychologique qu'il a fait réaliser, le Dr L._____ qualifie le trouble de la personnalité de mixte, avec des éléments borderline (l'expertisée présentant des instabilités d'humeur ainsi qu'une tendance à entrer en conflit et vu la discordance entre son discours lisse et la présence de difficultés affectives, le flou dans ses objectifs de vie et le clivage des intervenants), immatures (l'expertisée se présentant comme une « petite fille qui boude », ne comprenant pas bien les tenants et aboutissants de sa situation, s'opposant de façon caractérielle à l'aide qui lui est proposée et présentant des difficultés d'autonomisation) et une composante paranoïaque (l'expertisée vivant de toute évidence très mal toute critique et toute agression). De même, l'expert explique de façon convaincante et étayée, soit en se fondant notamment sur l'anamnèse médicale et ses entretiens avec l'expertisée, pourquoi il retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent de degré moyen. A cet égard, il expose que pour diagnostiquer un trouble dépressif récurrent, au moins deux épisodes dépressifs délimités dans le temps doivent pouvoir être mis en évidence. Or l'expertisée avait déjà manifesté des symptômes dépressifs dans les années 2000 après avoir perdu un enfant (époque où un suivi psychiatrique avait été nécessaire), la thymie s'étant ensuite stabilisée dans les années ultérieures. Puis elle a présenté une nouvelle décompensation dépressive - laquelle est décrite par le Dr F._____ notamment dans un rapport du 12 octobre 2009 à l'assureur perte de gain (avec troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration, irritabilité, une angoisse massive, troubles de l'appétit, une anhédonie et une asthénie) - dans le contexte du conflit sur son lieu de travail en 2009. De manière convainquante, l'expert en déduit que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive retenu par le Dr W._____ en juillet 2010 n'est pas exact : ce dernier n'a en effet pas tenu compte de l'épisode dépressif que l'expertisée a présenté dans les années 2000 - l'anamnèse établie par ce médecin se révélant ainsi lacunaire - et qui aurait dû le conduire à retenir un trouble dépressif récurrent. Enfin, à l'appui du diagnostic de trouble anxieux mixte, l'expert L._____ fait état de différents symptômes rapportés par l'expertisée, à savoir des accès paroxystiques d'angoisse, avec la crainte que de nouvelles crises

surviennent, un sentiment diffus d'anxiété et des éléments phobiques à certaines périodes ; il relève que l'intensité des symptômes a selon toute vraisemblance varié au cours du temps au vu de l'anamnèse.

Le Dr L. _____ estime que la recourante présente, depuis les premiers arrêts de travail rédigés par le Dr F. _____ en juin 2009, une incapacité de travail de 50% en moyenne, dans son activité de décoratrice comme dans toute autre activité. Là encore son appréciation est soigneusement étayée. L'expert explique en effet qu'il s'agit d'une évaluation moyenne compte tenu du fait qu'au vu de l'anamnèse, la présentation clinique de la recourante a toujours fluctué depuis le mois de juin 2009. C'est encore le cas au moment de l'expertise, le Dr L. _____ constatant notamment que la recourante s'est montrée très fermée lors du premier entretien et plus enjouée lors des suivants. Il relève toutefois qu'elle regagne un processus de travail au moment de l'expertise. Cela étant, sa symptomatologie résiduelle, tant anxieuse que dépressive, plutôt moyenne dans sa sévérité, est susceptible de générer de la lenteur, une fatigabilité accrue et une baisse des capacités à soutenir l'attention sur une tâche. Par ailleurs, le trouble de la personnalité pathologique que présente la recourante est susceptible de générer des conflits et des ruptures relationnelles. Quant au pronostic, l'expert explique qu'il y a lieu de présager une chronicité de la pathologie psychiatrique, car la recourante présente des caractéristiques défavorables, à savoir une rigidité mentale et un vécu persécutoire, ainsi qu'un fonctionnement intellectuel limite et dysharmonique. Par ailleurs, comme l'a constaté son psychiatre traitant, elle se révèle difficile à soigner. L'expert en conclut qu'il y a lieu de s'attendre à la poursuite de l'incapacité partielle de travail.

Vu ce qui précède, on constate que l'expertise du Dr L. _____ est fondée sur une anamnèse complète, deux entretiens avec la recourante, de même qu'un examen psychologique et prend en compte les plaintes de l'expertisée. L'expert a procédé à une analyse approfondie du cas particulier, l'appréciation de la situation médicale s'avère méticuleuse et nuancée, et ses conclusions sont motivées de manière cohérente et convaincante. Enfin, l'expert a discuté les divergences

concernant les aspects diagnostics et la capacité de travail de la recourante qui ressortaient du dossier, et a expliqué en particulier pourquoi il s'est écarté de l'opinion du Dr W._____. Dès lors, l'expertise du Dr L._____ remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante, ce dont les parties ne disconviennent pas.

c) Par conséquent, la Cour de céans considère que la recourante présente, depuis le mois de juin 2009, une incapacité de travail de 50% en moyenne dans toute activité, y compris celle de décoratrice.

Il s'ensuit que le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI a commencé à courir en juin 2009, pour arriver à échéance en juin 2010. Au terme de ce délai, la recourante présente un taux d'invalidité de 50%, car en l'occurrence le degré d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et TFA I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3), ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. En vertu de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI, la rente lui sera versée à compter du 1^{er} juillet 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande du 18 janvier 2010.

5. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est réformée en ce sens que la recourante a le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2010.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 francs et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 3'000 francs, vu le double échange

d'écriture et les déterminations sur l'expertise (cf. également art. 7 TFJAS [tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière du droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). Les dépens sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD). Au surplus, ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 30 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2010.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre 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 la recourante un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour J. _____),
- 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 :