

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a
al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], célibataire, est mère de deux enfants (nés en [...] et [...]). Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce mais sans emploi depuis de nombreuses années, elle est bénéficiaire du Revenu d'Insertion (RI) depuis le mois de juillet 2003.

Le 2 juillet 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison des suites d'un cancer du sein.

Dans le cadre de l'instruction menée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée s'est soumise, le 2 septembre 2005, à un examen clinique, effectué par les Drs G. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, dans les locaux du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) à [...]. Dans leur rapport du 23 septembre 2005, ces médecins ont posé le diagnostic incapacitant de brachialgies gauches (sur status après curage ganglionnaire en raison d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche en décembre 2002), ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après tumorectomie d'un carcinome canalaire du sein gauche en novembre 2002, de status après chimiothérapie et radiothérapie complémentaires, de syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.25), de migraines et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les Drs G. _____ et K. _____ ont admis, à ce titre, une incapacité de travail totale de novembre 2002 jusqu'à août 2003, puis de 30 % depuis le mois de septembre 2003 dans toute activité.

Par décision confirmée par décision sur opposition du 28 juin 2007, l'OAI a refusé le droit à la rente. Le motif était qu'en raison de la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 70 % dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, son degré d'invalidité était de 30

%, taux inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Cette décision sur opposition n'a pas été contestée.

B. Le 30 septembre 2016, M._____ a déposé une seconde demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité. Au titre d'atteinte à la santé, elle a indiqué à nouveau les suites du cancer du sein en 2002, une bronchite chronique en 2016, ainsi qu'un état dépressif accentué d'angoisses et d'attaques de panique.

Par attestation du 24 octobre 2016 puis par rapport médical du 7 novembre 2016 adressé à l'OAI, le Dr A._____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ([F33] ; depuis février 2016) ainsi que de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de tabagisme (de longue date). Dans ses réponses du 24 avril 2017 à un questionnaire de l'OAI, ce médecin a fait part d'un état stationnaire sur le plan de l'humeur et de la concentration mais avec une amélioration du sommeil. Il a maintenu son estimation d'une totale incapacité de travail de l'assurée dans toute activité depuis le 15 août 2016.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les renseignements médicaux recueillis (avis des 31 août et 10 octobre 2017), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui a établi son rapport le 14 décembre 2018. Comme pathologie ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01). Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle (secrétaire de direction) et de 20 % dans une activité adaptée au jour de l'expertise, avec une reprise progressive. Il préconisait une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire de l'assurée, avec changement de médicaments.

Invité à se prononcer par le biais d'un complément d'expertise, le Dr J._____ a répondu à l'OAI le 31 mars 2019 comme il suit :

“Aux points 8.2 b et d, la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée est évaluée à 20 % avec augmentation progressive. Pouvez-vous chiffrer l’augmentation de la CT à un mois, deux mois et trois mois ?

CT au 15.12.2018 40 %

CT au 15.01.2019 60 %

CT au 15.02.2019 80 %

Pouvez-vous préciser et détailler les limitations fonctionnelles objectives qui entraînent une incapacité de travail de 80 % dans une activité adaptée chez une assurée souffrant d’un trouble dépressif récurrent avec un épisode que vous qualifiez vous-même de léger ?

Les limitations fonctionnelles observées sont : fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration, vulnérabilité au stress, retrait social. Etant donné la fragilité de l’assurée, nous pensons qu’une reprise progressive devrait être envisagée dans une activité adaptée pour limiter les risques de rechute.

Au point 8.3 dans son ensemble, pouvez-vous chiffrer l’amélioration de la CT attendue avec le traitement que vous préconisez et donner les détails plus précis pour pouvoir constater cette amélioration ?

Un délai pouvant atteindre 2 à 3 semaines est souvent nécessaire pour que les effets bénéfiques du traitement médicamenteux se fassent sentir. Du fait de la chronicité de la dépression, il faudra au moins 3 à 6 mois pour espérer obtenir, dans l’idéal, une rémission, à compter de la mise en place effective des adaptations médicamenteuses.

Pouvez-vous évaluer le rapport bénéfice risque du traitement dans l’optique de l’amélioration de la CT sachant qu’il s’agit d’une dépression légère donc, à un gain potentiel de la CT en principe limité ?

Hormis l’Indéral qui doit être validé sur le plan cardiovasculaire, nous ne retenons pas [de] risque en lien avec ce traitement.”

Sur la base des constatations et conclusions de ce rapport d’expertise et de son complément, les médecins du SMR ont considéré que la capacité de travail de l’assurée était nulle dans l’activité habituelle dès le 15 août 2016, et de 80 % dans l’exercice d’une activité adaptée depuis le 15 février 2019. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « fatigabilité, troubles de la concentration et vulnérabilité au stress ». Les médecins notaient que les brachialgies, respectivement les restrictions fonctionnelles mises en évidence lors de l’examen bidisciplinaire du 2 septembre 2005 au SMR, qui n’étaient pas mentionnées par le médecin traitant, n’avaient aucune incidence et qu’il se justifiait de retenir une

capacité résiduelle de travail de 80 %, et non plus de 70 %, au vu d'une amélioration sur le plan somatique à plus de treize ans de l'estimation initiale (cf. avis du 16 avril 2019 du SMR).

Par projet puis par décision du 5 septembre 2019, l'OAI a accordé à l'assurée une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1^{er} août 2017 au 31 mai 2019, au motif que la capacité de gain de l'intéressée était fortement réduite depuis le 15 août 2016, mais qu'elle avait retrouvé une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de 80 % depuis le 15 février 2019, dont il découlait un degré d'invalidité, après comparaison des revenus, de 28 %, excluant le droit à la rente avec effet au 31 mai 2019 (soit trois mois après l'amélioration retenue).

C. M. _____, représentée par Me Karim Hichri, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 7 octobre 2019. Elle conclut de manière incidente au retrait de l'effet suspensif, conclusion rejetée par décision incidente du 21 octobre 2019, et à titre principal à la réforme de la décision attaquée dans le sens du maintien du droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2019. Subsidiairement, elle conclut au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle critique le rapport d'expertise psychiatrique du 14 décembre 2018 du Dr J. _____ et son complément du 31 mars 2019 sur lesquels se base l'OAI. Elle relève en particulier que l'expert se contredit au sujet de l'évaluation de la capacité de travail retenue, et que son rapport est lacunaire faute d'explication sur la période de trois mois conduisant à l'amélioration de l'état de santé de la recourante dès la mi-février 2019. Selon elle, l'expert ne devait évaluer la capacité de travail de la recourante qu'après la mise en place « effective des adaptations médicamenteuse[s] ». La recourante critique encore le point de vue de l'expert psychiatre selon lequel elle serait en mesure de travailler sur le premier marché de l'emploi exigeant des travailleurs d'être performants, endurants, d'avoir un certain rendement et plus généralement de pouvoir gérer le stress.

Le 12 novembre 2019, la recourante a produit un rapport médical du 25 octobre 2019 du Centre de psychiatrie et psychothérapie V._____, à [...]. Il en ressort les diagnostics de troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2), de troubles du sommeil non organiques (F51), de troubles mixtes et autres troubles de la personnalité (F61) ainsi que d'autres événements liés à la famille (Z63.7). Les médecins considèrent que la capacité de travail de l'intéressée est nulle compte tenu d'un état psychique qu'ils qualifient de grave.

Dans sa réponse du 18 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Sur la base des explications complémentaires de l'expert psychiatre, analysées le 16 avril 2019 par les médecins du SMR, l'intimé explique avoir retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis la mi-février 2019, et non 70 %, au vu d'une amélioration intervenue sur le plan somatique depuis l'évaluation initiale de l'automne 2005. Cette capacité résiduelle de travail est susceptible d'être mise en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement et dans la vente simple).

Le 15 janvier 2020, dans sa réplique, la recourante a indiqué renoncer à produire un nouveau rapport médical portant sur son état de santé physique, dans la mesure où elle ne présentait qu'une atteinte à la santé essentiellement psychiatrique.

Dans sa duplique du 14 février 2020, l'OAI, se référant à l'avis des médecins du SMR (avis du 12 février 2020), a relevé que le rapport médical du 25 octobre 2019 produit par la recourante n'apportait aucun élément nouveau. L'intimé a confirmé ses conclusions précédentes.

Par courrier du 26 février 2020, la recourante a fait grief aux médecins du SMR de ne pas être compétents pour se prononcer sur la problématique psychiatrique.

Le 12 mars 2020, la recourante a produit un nouveau rapport médical du Centre de psychiatrie et psychothérapie V._____ du 9 mars 2020, co-signé par les Dres T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et Z._____, rédigé en ces termes :

“L'évolution symptomatique de Mme M._____ demeure fluctuante et les éléments anxio-dépressifs pluriquotidiens, à savoir faible estime de soi, diminution de la motivation (aboulie), diminution des capacités d'adaptation, de concentration et à éprouver du plaisir (anhédonie), sentiment de surcharge perpétuelle, de ne pouvoir faire face aux exigences du quotidien et de culpabilité de ne pas être à la hauteur. La vulnérabilité au stress s'accompagne d'une fatigabilité importante et d'une anxiété pouvant culminer en attaque de panique.

Nous notons que les rapports médicaux précédents ne semblent pas avoir mentionné la dépendance aux benzodiazépines à courte demi-vie qui, installée dans un contexte oncologique, participe actuellement - en le péjorant - à un état de tension, d'anxiété, d'impulsivité et d'irritabilité en lien avec la réduction des capacités d'adaptation.

Nous nous questionnons à propos de la conclusion de l'expertise AI telle que vous nous la relatez, notamment en ce qui concerne la possibilité d'une reprise de travail à 80%, en l'espace de trois mois, dans une activité adaptée. Mme M._____ souhaite retrouver du travail à temps partiel mais se trouve dans l'incapacité de faire face seule à des recherches d'emploi et à des attentes vécues comme excessivement exigeantes, au vu de la symptomatologie chronique mentionnée ci-dessus. Le pourcentage d'activité de 80 % nous semble excessif compte tenu de cette symptomatologie, notamment par rapport à la composante de résistance au stress et de vulnérabilité thymique. Rappelons, pour faire suite aux précédents rapports, qu'il s'agit d'une symptomatologie chronique, installée depuis de nombreuses années et sans évolution notoire jusqu'ici.

Il semble nécessaire que la reprise progressive d'activités de la patiente, en sus d'un taux d'activité inférieur à 80%, s'inscrive dans un cadre protégé, sans attente initiale de performance et avec un accompagnement psychosocial adapté.

Dans ce contexte, nous ne comprenons pas la temporalité des trois mois qui ne nous semble aucunement tenir compte de l'intensité de la diminution des capacités d'adaptation mentionnées et de l'anxiété conséquente qu'elle provoquerait, risquant sans doute de mettre à mal tout processus de réinsertion, en plus de péjorer le pronostic psychique de Mme M._____.”

Le 21 avril 2020, se ralliant à un avis SMR du 15 avril 2020, l'OAI s'est déterminé sur le nouveau rapport des médecins traitants de la recourante. Il relève que les limitations fonctionnelles énoncées dans ce rapport, soit la fatigabilité et l'hypersensibilité au stress, ont déjà été prises en considération par l'expert. S'agissant de la dépendance aux benzodiazépines, elle aussi connue lors de l'expertise, elle ne devait pas être prise en considération. Quant à l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée inférieure à 80 %, l'intimé considère qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait. L'intimé a maintenu sa position.

Le 2 juin 2020, la recourante s'est encore déterminée en maintenant ses conclusions. Elle a produit un rapport des médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie V. _____ du 26 mai 2020 rédigé à l'intention de son conseil, dont la substance est notamment la suivante :

“[...] Critères diagnostiques pour retenir un syndrome de dépendance active

Concernant la réfutation du diagnostic de syndrome de dépendance aux benzodiazépines (CIM-10 : F13.25), nous nous permettons d'insister sur l'existence de ce trouble et des répercussions associées sur la santé de Mme M. _____.

Nous ne pouvons certes attester de la temporalité exacte de l'installation de la dépendance aux benzodiazépines, progressive par nature, et antérieure au début de notre suivi. Il va néanmoins de soi que les limitations fonctionnelles préexistantes se sont malheureusement révélées être un terrain fertile pour l'installation et la poursuite de cette dépendance.

Concernant l'argumentation du terme de « dépendance » et non « d'utilisation nocive pour la santé » comme le suggère l'AI, nous notons pour l'attester la présence de cinq critères sur six selon la classification CIM-10 :

- La présence d'un désir puissant de consommer des benzodiazépines ;
- L'altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation ;
- Un syndrome de sevrage se caractérisant par une péjoration de la tension interne, de l'irritabilité, de l'anxiété, pouvant culminer en une sensation de perte de contrôle de soi-même et en attaque de panique. Nous notons que la durée de sevrage

- n'a jamais été suffisante pour entraîner des complications physiques au vu de la détresse psychique mentionnée.
- Le développement d'une tolérance, c'est-à-dire le besoin de majorer les quantités pour obtenir l'effet désiré ;
 - La poursuite de la consommation malgré une détresse significative à l'égard de la conscience de la dépendance et de la diminution de ses capacités mnésiques et de résistance au stress.

Concernant la posologie

Par ailleurs, nous réfutons également l'argument portant sur la posologie. S'il est vrai que certaines dépendances concernent des quantités bien supérieures, une liaison entre la dépendance et la posologie n'est étayée par aucune des connaissances médicales évidence-based actuelles et contredit tout simplement les critères diagnostiques CIM-10 et DSM-5 qui font autorité. La quantité de Xanax de 4mg/j. est conséquente et entraîne bien des limitations fonctionnelles comme rappelé ci-dessous.

Mme M. _____ témoigne par ailleurs de grands efforts pour limiter le dommage de l'atteinte à la santé en ayant accepté malgré une crainte importante de sevrage de débiter une substitution progressive du Xanax en faveur de l'Anxiolit, molécule à plus longue demi-vie, davantage susceptible de permettre un sevrage progressif à moyen-terme.

Répercussions sur la santé de la patiente et sur sa capacité de travail

Comme mentionné dans notre précédent rapport, les répercussions fonctionnelles des troubles anxieux et dépressifs chroniques de la patiente sont importantes et pluriquotidiennes, sous forme de faible estime de soi, diminution de la motivation (aboulie), diminution des capacités d'adaptation, de concentration et à éprouver du plaisir (anhédonie), sentiment de surcharge perpétuelle, de ne pouvoir faire face aux exigences du quotidien et de culpabilité de ne pas être à la hauteur. La vulnérabilité au stress s'accompagne d'une fatigabilité importante et d'une anxiété pouvant culminer en attaque de panique avec une symptomatologie physique intense, un sentiment d'irréalité et une crainte de mourir. Les limitations sur le plan cognitif, mnésique et exécutif sont péjorées par la dépendance aux benzodiazépines mais ne sauraient ainsi s'y limiter. Mme M. _____ témoigne bien de limitations importantes au quotidien par les conduites d'évitement qu'occasionnent ses troubles psychiques, ce qui cause des difficultés à entreprendre des démarches, à rester seule et à acquérir de nouvelles compétences.

Concernant la reprise de travail à 80% en l'espace de trois mois demandée par l'AI, nous rappelons que Mme M. _____ ne travaille plus dans l'économie libre depuis près de trente ans et bénéficiait du soutien du revenu d'insertion. Les limitations fonctionnelles sont telles qu'elle n'a pas pu mettre en place d'activité occupationnelle ni thérapeutique, également en raison des soins pluriquotidiens qu'elle prodigue à sa mère âgée et à l'un de ses fils polyhandicapé. Une situation familiale complexe se surajoute donc à la fragilité chronique de la patiente. En conséquence, il semble clair que Mme M. _____ n'a pas les ressources nécessaires pour trouver du travail dans l'économie libre, également en bénéficiant de mesures d'aide

de retour à l'emploi, et que le risque de péjoration de la symptomatologie serait conséquent. Au vu de la fragilité décrite et de la durée du déconditionnement professionnel, le maintien de la rente serait plus à même de favoriser une diminution symptomatique et de permettre dans un premier temps une structuration par des activités thérapeutiques. Il ne nous semble en effet pas exigible de la part de Mme M. _____ une capacité de travail supérieure à 40% dans un emploi adapté et aménagé et moyennant un soutien important, avec un réentraînement à l'effort préalable."

Le 6 juillet 2020, l'OAI a observé que, selon la jurisprudence de la Haute Cour, le déconditionnement résultant du mode de vie sédentaire et inactif de la recourante n'était pas suffisant pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité, ce déconditionnement n'étant pas la conséquence inévitable d'une atteinte à la santé. Produisant un ultime avis SMR du 16 juin 2020, auquel il se ralliait, l'office intimé a maintenu sa position dans le sens du rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2019.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques

assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît

clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) En l'espèce, à la suite du précédent refus de rente signifié le 28 juin 2007, l'intimé est entré en matière, à juste titre, sur la nouvelle demande déposée le 30 septembre 2016 par la recourante, compte tenu de la problématique psychiatrique inexistante lors de la première décision. En revanche à la suite de cette seconde demande, seule l'atteinte à la santé psychique doit être prise en considération au vu d'une amélioration intervenue sur le plan somatique depuis l'évaluation initiale de l'automne 2005, les brachialgies gauches n'étant à ce stade plus documentées.

Cela étant précisé, il convient d'examiner si le rapport d'expertise psychiatrique du Dr J._____ du 14 décembre 2018, sur lequel se base l'intimé, dispose d'une valeur probante suffisante et si le déconditionnement de l'intéressée ainsi que sa dépendance aux benzodiazépines sont en lien direct avec sa problématique de santé et influencent sa capacité de travail.

b) A la suite de l'expertise mise en œuvre dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, le rapport du Dr J._____ et son complément (pièces 64 et 68) font état du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01). S'agissant de la capacité de travail, l'expert a considéré qu'au jour de l'expertise, le 15 novembre 2018, elle était nulle dans l'activité habituelle

(secrétaire de direction), mais de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration, vulnérabilité au stress et retrait social).

L'expert a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ([F33] ; depuis février 2016) ainsi que de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de tabagisme (de longue date). Au titre des constats psychiatriques, il a observé une thymie triste sans idée de mort. Sur le plan cognitif, il a constaté que l'entretien d'expertise demandait des efforts permanents de concentration. L'assurée était d'ailleurs très fatiguée en fin d'entretien. Subjectivement, elle avait l'impression d'avoir le cerveau embrumé ce qui rendait impossible l'accomplissement de plusieurs tâches simultanément. Sur le plan anxieux, l'expert relevait une tendance à se faire du souci à propos de problèmes mineurs. Concernant la personnalité, la naissance de son fils prématuré lorsqu'elle avait vingt-neuf ans faisait le lit du trouble dépressif récurrent actuel. Dans ce contexte, certains traits de personnalité s'étaient développés notamment une tendance anxieuse (tension et panique en réaction à des situations diverses), une anhédonie (déficit de la capacité à ressentir du plaisir ou de s'intéresser aux choses), un évitement de l'intimité (évite les relations proches et les attachements interpersonnels), une insécurité liée à la séparation (très peur de perdre les personnes qui comptent pour elle, notamment sa mère ainsi que le départ prochain de son fils cadet du domicile familial), et une dépressivité (sentiments fréquents d'être au plus bas et sans espoir avec une grande difficulté à s'en remettre ainsi que très pessimiste à propos du futur). Dans le cadre de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble dépressif récurrent, à savoir : de la fatigue, une fatigabilité, des troubles de la concentration, une vulnérabilité au stress, et un retrait social. Il a constaté des ressources disponibles limitées au jour de l'examen chez l'assurée sur le plan externe (pas d'amies sauf le soutien chaleureux de son fils et la fréquentation de sa mère tous les jours) ainsi que des ressources quasi inexistantes au plan interne (conscience limitée de ses troubles et tout événement de vie

stressant ou imprévu provoquant des angoisses massives qu'elle n'a pas la possibilité de contrôler). L'intéressée évaluait sa souffrance comme étant due à l'accumulation d'événements de vie difficiles et douloureux. Sur le plan de la coopération, il lui était difficile d'investir une relation thérapeutique et elle avait tendance à interrompre les suivis dès qu'elle ne constatait pas d'amélioration de son état de santé. Ce manque de coopération était selon lui lié à un manque de ressources. Compte tenu de la répétition des épisodes dépressifs, il existait d'une part le risque de déclencher un nouvel épisode dépressif en augmentation après chaque décompensation et, d'autre part, un délai de récurrence qui se modifiait avec un délai de rémission jusqu'à l'épisode suivant qui se réduisait de quatre à un an et demi chez les sujets ayant un nombre supérieur ou égal à trois épisodes. L'évolution de la maladie se caractérisait donc par des longs intervalles entre les premiers épisodes dépressifs, mais les périodes de rémission entre les épisodes devenaient de plus en plus courtes avec la répétition des décompensations. Par ailleurs, après chaque épisode la symptomatologie anxieuse tendait à s'accroître et à devenir elle aussi de plus en plus résistante. Les troubles fonctionnels étaient en lien avec l'affection médicale de l'assurée, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique. Selon l'expert, en l'état clinique actuel, l'intéressée n'avait aucune capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu (secrétaire de direction) et il était nécessaire d'attendre la rémission complète de l'état dépressif actuel avant d'envisager une reprise du travail. En raison de l'état dépressif important, l'expert a estimé la capacité de travail au jour de l'examen à 0 %. A la question de savoir comment cette capacité de travail évoluerait au fil du temps, l'expert a répondu qu'elle pourrait évoluer de manière favorable moyennant la mise en place d'un traitement efficient. Il préconisait l'exercice d'une activité adaptée impliquant la réalisation de tâches simples ne demandant pas trop d'efforts de concentration dans un environnement bienveillant et peu stressant avec une limitation des interfaces relationnelles. L'expert a évoqué au demeurant une possible amélioration théorique de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle (secrétaire de direction) « avec la mise en place d'un traitement efficient », mais il en limitait d'emblée le pronostic compte tenu

de facteurs extra-médicaux tels que l'âge et le laps de temps écoulé depuis la dernière activité professionnelle. L'expert motivait également cette reprise progressive par le fait qu'un retour direct à l'emploi pouvait être une source de stress et d'anxiété compte tenu de la fragilité de l'assurée. Il sous-entendait également que cette reprise professionnelle progressive se justifiait aussi compte tenu de la durée de l'éloignement du monde professionnel (un tel élément ne constituant toutefois pas une problématique de santé du ressort de l'assurance-invalidité). A son avis, après la mise en place d'un traitement comportant une thérapie cognitive et comportementale avec des entretiens hebdomadaires en lieu et place d'entretiens trimestriels et la prise d'antidépresseurs actuelle avec adjonction de petites doses d'Anafranil et ajout d'un anxiolytique de type Propranolol, une évaluation de la capacité de travail par le biais de mesures de réadaptation pouvait être envisagée ; l'intéressée pourrait dans un premier temps travailler à 20 % dans un milieu bienveillant puis augmenter progressivement en fonction de sa résistance. Toutefois compte tenu de la situation observée, selon l'expert, la prise en charge thérapeutique « sera[it] nécessairement longue et la fragilité de l'assurée restera[it] conséquente ». L'expert était toutefois sceptique sur la « faisabilité d'une reprise d'activité professionnelle régulière » (expertise pp. 28 - 29). Cette estimation de la capacité de travail résiduelle découlait de la gravité de la situation clinique observée au jour de l'expertise.

Dans ses réponses du 31 mars 2019 au questionnaire complémentaire de l'OAI, l'expert a admis une capacité de 40 % au 15 décembre 2018, 60 % en janvier 2019, et 80 % en février 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Du fait de la chronicité de la dépression, un délai d'au moins trois à six mois était nécessaire pour espérer obtenir, dans l'idéal, une rémission à compter de la mise en place effective des adaptations médicamenteuses. Si cette évaluation optimiste s'intègre dans la fourchette inférieure évoquée par l'expert le 31 mars 2019, elle apparaît néanmoins difficilement conciliable avec la gravité du tableau clinique observé par l'expert lors de l'expertise principale. En l'état actuel, faute d'explications permettant d'expliquer le court délai finalement retenu pour la reprise de travail, les réponses de

l'expert s'agissant de l'augmentation progressive de la capacité de travail telle que retenue ne sont pas suffisantes.

Ce à plus forte raison que les médecins du Centre de psychiatre et psychothérapie V._____ sont d'avis qu'une reprise progressive d'activité, à un taux inférieur à 80 %, qui s'inscrit dans un cadre protégé, semble nécessaire. Ils doutent de la temporalité des trois mois qui ne leur paraît pas prendre en compte l'intensité de la diminution des capacités d'adaptation et de l'anxiété consécutive qu'elle est susceptible d'engendrer, risquant de mettre en échec tout processus de réinsertion en plus de péjorer le pronostic psychique de la recourante.

Compte tenu de ces incohérences entre le rapport principal d'expertise et le rapport complémentaire, renforcées par l'appréciation des médecins des V._____, il y a lieu de constater que les conclusions de l'expert s'agissant de l'évolution de la capacité de travail ne peuvent pas être admises telles quelles par la Cour.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan

médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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

c) En l'espèce, il appartiendra à l'OAI de réinterpeller l'expert psychiatre afin que ce dernier explique les raisons qui lui permettent de concilier l'évaluation faite de la progression de la capacité de travail de la recourante en mars 2019 avec les constatations cliniques notées dans son rapport du mois de décembre 2018, et si ces conclusions sont à son avis encore d'actualité. Il lui appartiendra également de se prononcer sur la question de la dépendance aux benzodiazépines et leur éventuelle incidence sur la capacité de travail.

8. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 2'300 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 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 M. _____ une indemnité de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :