

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 44 LPG

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, originaire du [...], mariée et mère de deux enfants, est arrivée en Suisse le 4 janvier 1999. Elle a travaillé du 1^{er} juillet 2004 au 30 janvier 2013 en qualité d'employée au service de la logistique à 100% auprès de L. _____ SA à [...]. Elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 7 octobre 2011.

L'assurée a déposé une demande de prestations le 23 mars 2012 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde débutante associée à un probable syndrome de Sjögren.

Dans un rapport du 14 mai 2014, le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de polyarthrite séronégative présente depuis plus de deux ans et d'état dépressif réactionnel et a mentionné une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un rapport d'examen clinique du Service médical régional de l'AI (SMR) du 1^{er} juillet 2014, les Drs W. _____ et D. _____, tous deux spécialistes en rhumatologie, ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2014.

Un rapport du 8 décembre 2014 de la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée depuis le 30 juin 2014, fait état d'une incapacité de travailler en raison de douleurs et d'un syndrome anxieux et dépressif.

Dans un rapport du 6 mars 2016, la Dresse R. _____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) dans un contexte de douleurs ostéo-articulaires, se manifestant par une thymie triste, de l'anxiété, un manque de confiance, des troubles du sommeil en lien avec des troubles neuro-

végétatifs ainsi que de l'abattement. Cette spécialiste a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par projet de décision du 23 août 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2012 au 31 juillet 2014, basée sur un degré d'invalidité de 100%.

L'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a contesté le projet précité en date du 21 septembre 2016.

Un rapport établi le 6 octobre 2016 par la Dresse R. _____ fait état de la réintroduction d'un traitement antidépresseur à la suite d'une interruption de grossesse début 2016 et de l'adaptation du traitement psychotrope en cours, l'incapacité de travail étant toujours totale selon ce médecin et le pronostic réservé. Les symptômes suivants y sont mentionnés : thymie triste, asthénie importante, anhédonie, symptômes neuro-végétatifs, douleurs articulaires, musculaires, anxiété, manque de confiance et abattement.

Le 2 février 2017, le médecin précité a notamment précisé, en réponse à un questionnaire qui lui a été soumis par l'OAI, que l'état de stress post-traumatique se manifestait sous forme de flash-backs, de ruminations intrusives, d'angoisses, de cauchemars et d'évitement des endroits en lien avec le traumatisme.

Dans un rapport du 6 avril 2017, le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'hémorroïdes intra-rectales, de fibromyalgie, d'état dépressif moyen à sévère et de polyarthrite rhumatoïde, mentionnant en particulier une fatigabilité, des douleurs diffuses, un état de tristesse et d'anxiété.

Par communication du 21 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale psychiatrique était nécessaire et que la Dresse T._____, avait été mandatée, avec notamment l'indication que des objections fondées portant sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue, de même que le nom de l'expert, pouvaient être formulées par écrit et adressées à l'OAI dans un délai fixé au 3 janvier 2018. Le questionnaire qui allait être soumis à l'experte était également joint au courrier et l'assurée pouvait faire parvenir des questions complémentaires qu'elle souhaitait poser dans un délai de dix jours.

Par courrier du 12 janvier 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a indiqué à l'OAI n'avoir aucune question complémentaire à soumettre à l'experte désignée et l'a prié de lui faire parvenir une convocation officielle.

La Dresse T._____ a fait parvenir une convocation à l'assurée le 16 janvier 2018 pour le 7 février 2018.

Par courrier du 13 février 2018, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a mentionné que des éléments de prévention étaient à déplorer s'agissant de la désignation de la Dresse T._____ et que ce médecin aurait dû se récuser « pour des motifs sur lesquels [il] reviendrait ultérieurement, après avoir pris connaissance du dossier de la cause (...). »

Par courrier du 27 février 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait savoir à l'OAI que l'expertise auprès de la Dresse T._____ s'était mal déroulée, dénonçant en particulier le comportement agressif de l'experte durant le déroulement de l'expertise et précisant avoir quitté le cabinet en pleurs, sans que l'expertise ait pu être menée plus avant. Elle a ainsi demandé que le rapport y relatif soit retranché du dossier.

Après s'être entretenu avec la Dresse T._____, l'OAI a, par courrier du 31 mai 2018, pris position quant au grief de prévention soulevé

par l'assurée à l'encontre de ce médecin, en estimant qu'il n'y avait aucun motif de récusation et en précisant que le rapport d'expertise serait versé au dossier, une fois qu'il lui serait parvenu.

Par courrier du 5 juin 2018, l'assurée a rappelé certains éléments invoqués dans son courrier du 27 février 2018 et a précisé ne pas comprendre pour quels motifs le rapport d'expertise serait versé au dossier, dès lors qu'il devait, à son avis, être désormais très largement assujetti à caution.

Le 20 juin 2018, la Dresse T._____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel elle a retenu, comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte, en rémission complète (F41.2) depuis 2014 et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique (symptomatologie résiduelle) (F43.1) depuis 1998, puis dès 2016. On extrait en outre ce qui suit du rapport précité :

« Ni anamnesticquement ni cliniquement, je n'ai pu identifier d'élément parlant en faveur d'un trouble de la personnalité ni pré morbide ni actuel chez Mme B._____ . (...)

Mme B._____ et sa psychiatre précisent toutes les deux, que la symptomatologie de stress post-traumatique existait et perdurait depuis le traumatisme subi en 1998.

Je n'ai pas de raison de mettre en doute la crédibilité de ce diagnostic. En revanche, aucune explication pour une réactivation, voire aggravation de la symptomatologie liée au PTSD n'a pu être identifiée ni cliniquement ni anamnesticquement.

Le syndrome de stress post-traumatique n'a été aucunement invalidant pour sa vie en Suisse jusqu'en 2014, soit pendant environ seize ans.

Dans l'examen clinique de la présente évaluation psychiatrique, j'ai mis en évidence des symptômes d'asthénie psychique, de manque de motivation ainsi que des douleurs somatiques, ce qui ne donne pas les critères majeurs pour le diagnostic de dépression. Les symptômes cités correspondent, selon les critères diagnostiques, à un trouble anxieux et dépressif mixte, et cela en rémission incomplète (...)

Les symptômes cliniques qui accompagnent le trouble anxieux et dépressif mixte sont certes gênants pour le confort de la vie quotidienne, mais ne limitent pas la capacité de travail. Cependant,

le rendement de Mme B. _____ est probablement réduit d'environ 30% en raison d'une réduction de sa rapidité et de sa résistance psychique. »

La Dresse T. _____ a ainsi conclu que l'assurée disposait, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail de 100% dans toute activité avec une baisse de rendement de 20 à 30% pour raisons psychiques.

Ce médecin a encore indiqué ce qui suit :

« Je relate que l'assurée a fui son pays d'origine suite à un stress post-traumatique survenu dans le cadre de la guerre civile en ex-Yougoslavie.

J'ai été surprise que Mme B. _____ ait accepté une évaluation par un médecin experte d'origine serbe, qu'elle a convenablement participé à l'examen d'évaluation, puis qu'elle a proclamé farouchement avoir été particulièrement stressée par cet examen, et ensuite a refusé catégoriquement tout contact téléphonique. Madame ne voulait plus même m'informer du nom du laboratoire qu'elle a choisi pour l'examen sanguin, raison d'un grand retard de transmission du rapport d'évaluation. Madame a dirigé tout (sic) tentative d'entrée en contact avec elle vers son avocat de la protection juridique. »

Dans un avis SMR du 16 juillet 2018, le Dr N. _____ a précisé que les difficultés psychiques s'étaient manifestées après amélioration de l'atteinte somatique considérée comme non incapacitante dès mai 2014. Il a en outre indiqué adhérer aux conclusions de l'experte, soulignant que les ressources encore présentes chez l'assurée justifiaient une exigibilité de 100% avec baisse de rendement de 25% en lien avec la symptomatologie anxio-dépressive résiduelle chronicisée, associée à une identité d'invalidé.

Par décision du 24 septembre 2018, confirmant le projet de décision du 23 août 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2012 au 31 juillet 2014, basée sur un degré d'invalidité de 100%. Il a considéré que dès le 1^{er} mai 2014, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, tout en indiquant plus avant dans la motivation de la décision que la capacité de travail de l'assurée était de

70%. La comparaison des revenus sans et avec invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 32.52%, n'ouvrant pas le droit à une rente.

B. Par acte du 25 octobre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à ce qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée ultérieurement au 31 juillet 2014 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision rendue le 24 septembre 2018 par l'OAI, le dossier étant renvoyé à cet office pour nouvelle instruction et nouvelle décision. La recourante fait en substance valoir que la décision attaquée est difficilement compréhensible dès lors qu'elle retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2014, tout en basant le calcul du salaire exigible sur une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, ce qui va à l'encontre des avis des Drs Q._____ et R._____. Elle estime à ce égard que si l'OAI retient une incapacité de travail de 30% sur le plan somatique et également de 30% sur le plan psychiatrique, il conviendrait au final de retenir une capacité de travail de 40% (et non de 70%). La recourante soutient également que la Dresse T._____ a fait preuve de prévention à son égard, ce qui aurait dû conduire à la récusation de celle-ci et au retranchement du rapport d'expertise. Enfin, la recourante estime que le rapport de l'experte apparaît défaillant à plusieurs égards et serait ainsi dénué de toute valeur probante.

Par réponse du 4 décembre 2018, l'intimé se réfère à son courrier du 31 mai 2018 s'agissant des motifs de prévention invoqués par la recourante à l'encontre de la Dresse T._____. Il mentionne en outre la question de la rétribution de l'experte et relève que la recourante ne s'est exprimée ni sur les éléments médicaux, ni sur les conclusions de l'experte. Enfin, il répond à l'argument de la recourante quant au taux d'incapacité de travail appliqué en s'appuyant sur une jurisprudence selon laquelle l'incapacité de travail ne saurait aucunement résulter d'une simple addition de deux taux d'incapacité de travail mais procède au contraire d'une évaluation globale.

Par réplique du 4 janvier 2019, la recourante revient sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé, en relevant qu'elle requiert la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, ayant précisément pour vocation de procéder à une évaluation globale de l'incapacité. Elle réitère par ailleurs le grief de prévention invoqué dans son acte de recours. Enfin, elle s'étonne de l'argument soulevé par l'intimé relatif au tarif appliqué à l'expertise alors qu'elle n'a pas formulé d'objections en tant que telles à ce propos dans son recours.

L'intimé a dupliqué le 28 janvier 2019, en admettant une erreur dans la décision litigieuse (indication d'une capacité de travail de 100% au lieu de 70%), tout en précisant que cette indication erronée n'avait pas d'incidence sur le fond. Il mentionne que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante, ne s'avère pas nécessaire, les pièces médicales au dossier étant suffisantes. Enfin, l'intimé renvoie pour le surplus à son écriture du 4 décembre 2018.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2014.

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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

En vertu 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 ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 ne soit à craindre.

4. 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) On rappellera brièvement que l'assuré peut soulever des motifs formels de récusation d'un expert, mais également des motifs matériels de récusation, soit tout motif pertinent au sens de l'art. 44 LPGA.

Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves

(ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité ; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c, 125 II 541 consid. 4). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 la 135 consid. 3b, 126 I 168 consid. 2a ; Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011 p. 133).

5. a) A titre liminaire, la recourante reproche à l'intimé de s'être fondé sur un rapport qui a été établi par une experte qu'elle estime partielle.

Il convient, en l'occurrence, de rappeler certains faits. Le 21 décembre 2017, l'OAI a informé la recourante qu'une expertise médicale

était nécessaire en lui communiquant le nom de l'experte, à savoir la Dresse T._____. Il l'a rendue attentive à son droit de s'opposer à l'expertise et d'obtenir des renseignements complémentaires. La recourante s'y est néanmoins rendue sans soulever d'objection. A la suite de l'expertise du 7 février 2018, la recourante, par son conseil, s'est adressée à l'OAI par courrier du 13 février 2018 en indiquant qu'elle déplorait des éléments de prévention, précisant que l'experte aurait dû se récuser pour des motifs sur lesquels elle reviendrait ultérieurement, ce qu'elle a fait par courrier du 27 février 2018. Elle a alors dénoncé le comportement agressif de l'experte durant le déroulement de l'expertise et précisé avoir quitté le cabinet en pleurs, l'expertise n'ayant pas été menée plus avant.

En l'occurrence pour qu'une prévention de l'experte puisse être retenue *in casu*, il faudrait que les termes utilisés par celle-ci dans son rapport, relativement aux origines albanaise de l'expertisée et serbe de l'experte, soient tels qu'ils suscitent l'impression d'un parti pris *ab initio* de l'expertise. Outre que le contexte décrit par l'intéressée ne figure pas comme tel dans le rapport d'expertise, le seul fait qu'un expert-psychiatre emploie des expressions qui peuvent subjectivement être ressenties comme déplaisantes par la personne expertisée ne constitue pas en soi un indice de prévention à l'égard de celle-ci tant que les termes utilisés demeurent dans les limites de ce qui est nécessaire pour poser un diagnostic psychiatrique. En tout état de cause, on ne saurait voir dans les conclusions de la psychiatre ne serait-ce qu'un indice d'une attitude de prévention de sa part envers la recourante, ou d'un quelconque sentiment d'animosité de nature à entacher le comportement empreint d'objectivité que l'expert doit adopter à l'égard de la personne soumise à son expertise. L'experte s'est en effet contentée d'exprimer sa surprise quant au fait que l'assurée ait accepté d'être évaluée par un médecin d'origine serbe et quant au changement de comportement de l'assurée à son égard (tout d'abord collaborante puis refusant tout contact), sans qu'il ne transparaisse une quelconque attitude de prévention. Aucun autre élément dans le rapport d'expertise ne vient appuyer cette hypothèse. Le

grief tiré d'une violation des règles sur l'impartialité de l'expert médical doit en conséquence être rejeté.

b) Autre est la question de la valeur probante du rapport d'expertise en cause, respectivement en lien avec l'examen clinique pratiqué par le SMR en 2014.

En l'espèce, l'OAI a sous-entendu, dans la décision litigieuse, que le taux d'incapacité somatique englobait le taux d'incapacité psychique, de sorte que le taux d'incapacité déterminant était de 30% au maximum. L'intimé a rappelé au stade de la réponse que selon la jurisprudence, la fixation du taux d'incapacité de travail déterminant ne devait pas résulter de la simple addition des taux d'incapacité sur le plan somatique et psychique, mais d'une évaluation globale. La position de l'OAI n'est cependant pas étayée par des explications claires quant aux motifs pour lesquels les atteintes à la santé psychique de la recourante ne nécessiteraient pas un allègement supplémentaire du rythme ou du temps de travail, par rapport à l'incapacité de travail de 30% déjà admise en raison des atteintes à la santé physique.

On précisera à ce sujet qu'on ne saurait admettre d'emblée, comme l'indique à tort le Dr N._____ (cf. avis du 16 juillet 2018) se fondant sur l'expertise psychiatrique, que l'atteinte somatique est considérée comme non incapacitante depuis mai 2014, alors que la diminution de rendement sur le plan psychique est de 20 à 30%. En effet, l'un des objectifs d'une expertise multi- ou bidisciplinaire est précisément d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale. Or, en l'espèce, force est de constater que les pièces médicales ne permettent pas de se prononcer sur les répercussions de la conjonction des troubles physiques et psychiques sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. Celles-ci font l'objet d'avis médicaux divergents de la part des médecins traitants (cf. rapport du Dr Q._____ du 14 mai 2014 et rapports de la Dresse R._____ des 8 décembre 2014,

6 mars 2016 et 6 octobre 2016), de l'experte (cf. rapport du 20 juin 2018), respectivement du SMR (cf. rapport du 1^{er} juillet 2014 et avis du 16 juillet 2018) sans que l'une ou l'autre appréciation apparaisse plus convaincante qu'une autre. Il manque en effet au dossier une évaluation médicale globale qui tienne compte des atteintes aussi bien psychiques que somatiques dont souffre la recourante et porte sur les effets conjoints de celles-ci sur la capacité de travail de l'intéressée. On relèvera au demeurant que l'examen clinique du SMR a été pratiqué en 2014, alors que l'expertise psychiatrique a été réalisée en 2018 et qu'il n'a été procédé à aucune évaluation globale de la situation de la recourante.

L'OAI a ainsi statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan médical. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à cet office - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) - pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, comportant un volet rhumatologique et psychiatrique. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et 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, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, 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 B. _____ le montant de 2'000 fr. (deux 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour B. _____),
- 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 :