

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 avril 2023

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 43, 44 et 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196[...], est la mère d'une enfant, née en 199[...]. Sans formation professionnelle, elle a travaillé du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 30 avril 2017 en qualité de secrétaire pour EM.\_\_\_\_\_ AG.

En incapacité de travail depuis le 20 juin 2016 en raison d'un fibrolipome du filum terminal à la hauteur L3-L4, d'une discopathie avec protrusion discale, de lombalgies chroniques aggravées, d'un déconditionnement important, d'un accident d'ascenseur intervenu le 18 mai 2016, d'une fibromyalgie, d'une dépression sévère, d'insomnies, de crises d'angoisse et de problèmes cardiaques, l'assurée a déposé le 18 janvier 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, et les médecins du PZ.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 4 avril 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait savoir que sa patiente était connue depuis 20 ans pour des lombalgies chroniques sur discopathies mises en évidence lors d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) le 10 février 2016 et s'étant accentuées après un accident d'ascenseur le 18 mai 2016. Il a également évoqué un diagnostic d'épicondylopathie bilatérale depuis 2017. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était d'au minimum 20 % depuis le mois d'avril 2017. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a produit, en annexe à son envoi, un rapport du 2 février 2017 du Prof. C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au HJ.\_\_\_\_\_, mentionnant un reconditionnement du rachis de l'assurée durant trois semaines. Invité à préciser la capacité de travail de l'assurée par téléphone le 25 juin 2018,

le Dr D.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il lui était difficile d'attester une capacité de travail dans une activité adaptée du point de vue rhumatologique au motif que l'assurée travaillait à titre occupationnel trois demi-journées par semaine. Sur le plan psychiatrique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mentionné un état dépressif réactionnel à la perte de son emploi et à l'augmentation des douleurs chroniques depuis 2017, traité par Cymbalta®.

Dans deux rapports datés des 10 et 24 avril 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée était connue pour un status post-infarctus inférieur (2003) ayant entraîné la mise en place d'un stent et que son état de santé était stable. Il a mentionné une coronarographie de contrôle le 23 janvier 2017 montrant une bonne perméabilité du stent et des lésions coronariennes mineures. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée était à risque d'effectuer des troubles du rythme, de sorte qu'une activité professionnelle avec des efforts physiques ou amenant un stress relevant était déconseillée.

Dans un rapport du 26 février 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au PZ.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, de fibromyalgie, de trouble obsessionnel compulsif et de probable attaque de panique avec agoraphobie. Ce spécialiste a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un traitement de Fluctine® et d'Imovane®. Il a attesté d'une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle avec les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles ; difficultés dans les émotions et en autonomie ; hypersensibilité au stress ; troubles de la concentration.

L'OAI a également recueilli le dossier d'UY.\_\_\_\_\_ AG, assureur perte de gain maladie selon la LCA d'EM.\_\_\_\_\_ AG, lequel contenait notamment une expertise psychiatrique mise en œuvre auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 2 mai 2018, ce spécialiste a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble anxieux et dépressif

mixte en rémission partielle, celui de trouble obsessionnel compulsif n'étant pas incapacitant (p. 6). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 40 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2018 dans une activité adaptée (sans situation anxiogène ni responsabilités élevées).

Après avoir sollicité le Service médical régional de l'assurance-invalidité (avis du 19 juin 2018 de la Dre A.\_\_\_\_\_), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie dont il a confié la réalisation au U.\_\_\_\_\_.

Le 23 janvier 2019, désormais représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne, l'assurée a communiqué à l'OAI un questionnaire destiné aux experts.

Dans leur rapport d'expertise du 3 septembre 2019, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail (cf. p. 5, ch. 4.2) de discopathie modérée L5-S1 (M51.9), de tendinite du *fascia lata* à gauche (M70.6), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de fibromyalgie (M79.7) et de trouble obsessionnel compulsif avec pensées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.1). Ils ont décrit les limitations fonctionnelles comme il suit (p. 6, ch. 4.3) :

Limitations fonctionnelles : Pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos, pas de rotation du buste. Eviter les montée et descente d'escalier et le travail en hauteur, les positions à genoux ou accroupie (tendinite de hanche).

Les limitations fonctionnelles, du point de vue psychiatrique : il faut privilégier un travail répétitif, ne nécessitant pas d'implication cognitive trop importante.

Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée en ces termes (p. 6) :

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Son activité étant adaptée, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne soit pas à 100 % du point de vue rhumatologique.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 100 % jusqu'en novembre 2018. Depuis novembre 2018, la capacité de travail est de 75 %, en raison d'une diminution de 25 % du rendement en rapport avec une fatigabilité d'intensité moyenne, d'envahissement cognitif par des idées obsédantes qui limitent la concentration.

100 % depuis toujours pour la médecine interne générale.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

100 % pour les 3 experts.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

La limitation est d'origine psychiatrique pour l'ensemble des diagnostics et c'est cet ensemble (Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, Agoraphobie avec trouble panique, Fibromyalgie et Trouble obsessionnel compulsif, avec pensées ou ruminations obsédantes) qui limite le rendement de 25 % dans l'activité de secrétaire.

Dans un rapport SMR du 24 septembre 2019, la Dre A. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions communiquées par le U. \_\_\_\_\_.

Sur demande de l'OAI, le U. \_\_\_\_\_ a répondu le 23 avril 2020 à un questionnaire de Me Métille du 23 janvier 2019, maintenant les conclusions de son rapport d'expertise du 3 septembre 2019.

Par projet de décision du 27 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Par actes des 3 juin et 4 septembre 2020, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a soutenu qu'elle présentait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique et a demandé l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du U. \_\_\_\_\_ et principalement son volet de psychiatrie. A l'appui de ses contestations, elle a produit un rapport du 21 juillet 2020 du Dr XB. \_\_\_\_\_, médecin au PZ. \_\_\_\_\_, lequel retenait, sur le plan psychiatrique, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

(F33.2), d'agoraphobie avec troubles panique (F40.01), de trouble obsessionnel compulsif, avec pensées ou ruminations obsédantes, au premier plan (F42.1), de jeu pathologique avec dépendance aux jeux en ligne (F63.0), de trouble du comportement alimentaire avec attirance pour les produits riches en sucre (F50) et de trouble du sommeil avec insomnie non organique (F51.0). Le Dr XB. \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de l'assurée à 20 % dans une activité adaptée.

Par décision du 22 octobre 2020, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité, motifs pris qu'elle présentait un degré d'invalidité de 18 %, lequel excluait le droit à la rente, et qu'aucune mesure de réadaptation ne pouvait objectivement et subjectivement réduire le préjudice économique encouru en raison des limitations fonctionnelles psychiatriques retenues.

**B.**           **a)** Par acte du 24 novembre 2020, R. \_\_\_\_\_, représentée par Me Métille a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 22 octobre 2020, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle se prévalait de l'absence de valeur probante de l'expertise du 3 septembre 2019 du U. \_\_\_\_\_. Elle requérait en particulier la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**b)** Dans sa réponse du 7 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise du U. \_\_\_\_\_ et ses conclusions étaient probants.

**c)** Par réplique du 29 avril 2021, R. \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions et produit un rapport du 23 février 2021 du Dr XB. \_\_\_\_\_, lequel estimait que l'état de santé psychique de l'assurée était tout au

plus stationnaire avec une péjoration des troubles du sommeil et que sa capacité de travail était inférieure à 20 %.

**d)** Dupliquant le 6 avril 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions.

**e)** Le 15 décembre 2021, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**f)** Dans son rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2022, le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans syndrome somatique (F33.10 ou F33.2), un trouble obsessionnel compulsif avec des comportements compulsifs au premier plan (F42.1), une agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a retenu que R.\_\_\_\_\_ présentait une incapacité de travail de 100 % du 19 mai au 6 juin 2016, de 50 % du 7 juin au 31 décembre 2016, de 70 % du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 30 avril 2018 et de 60 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2018 pour une durée indéterminée.

**g)** Dans ses déterminations du 16 janvier 2023, l'OAI s'est référé à un avis de la Dre A.\_\_\_\_\_ du SMR du même jour, selon lequel il n'y avait pas d'élément qui permettait de s'écarter de l'évaluation du Dr B.\_\_\_\_\_.

**h)** R.\_\_\_\_\_ s'est déterminée le 24 janvier 2023, suggérant de nouvelles questions pour le Dr B.\_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 22 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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)** 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 a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication

prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**6. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7.** En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise du U.\_\_\_\_\_, que la recourante présentait une incapacité de travail de 25 % dans son activité habituelle depuis le mois de novembre 2018, mais qu'elle bénéficiait, depuis toujours, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (expertise U.\_\_\_\_\_, évaluation consensuelle, p. 6 ; voir aussi rapport SMR de la Dre A.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2019). Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de cette expertise.

**8. a)** Sur le plan ostéoarticulaire, il est constant que la recourante présente une discopathie modérée L5-S1 (M51.9) et une tendinite du *fascia lata* à gauche (M70.6) se répercutant sur sa capacité de travail

(expertise U.\_\_\_\_\_, volet rhumatologique, p. 12, ch. 6). En raison des atteintes à la santé ostéoarticulaires, les activités nécessitant un effort de soulèvement de plus de 10 kg, une position en porte-à-faux du buste, un port de charge de plus de 10 kg, une rotation du buste, des montées et descentes d'escaliers, du travail en hauteur et en position à genoux ou accroupie (tendinite de hanche) sont contre-indiquées (Ibid., p. 13, ch. 7.4). L'activité de secrétaire reste toutefois adaptée aux limitations fonctionnelles (Ibid.). Le Dr V.\_\_\_\_\_ a évalué l'évolution de la capacité de travail de la recourante en ces termes (Ibid., pp. 13-14, ch. 8) :

**Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

100 % des 80 %.

L'IT était de 100 % de 25/5/2016 au 6/6/2016.

De 50 % du 7/6/2016 au 19/6/2016.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail est de 100 % depuis le 19/6/2016, l'IRM lombaire étant très rassurante, ce n'est pas la chute de l'ascenseur qui a créé les discopathies, celles-ci préexistaient (traitement à la Clinique E.\_\_\_\_\_ en 1990).

La CT est de 0 % en novembre 2018 (accident de voiture) puis de 100 %, à partir de fin janvier 2019, l'IRM cervicale étant normale.

L'expertisée est, d'ailleurs, remontée d'elle-même, de 40 % à 60 %, il y a 1 mois.

Son activité étant adaptée, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne soit pas à 100 % des 80 %.

**b)** Sur le plan de la médecine interne générale, la Dre X.\_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'atteintes à la santé se répercutant sur la capacité de travail (expertise U.\_\_\_\_\_, pp. 27-28).

**c)** Les experts somaticiens du U.\_\_\_\_\_ ont ainsi considéré de manière concluante que les atteintes à la santé ostéoarticulaires n'entraînaient pas de répercussion sur l'exercice de l'activité habituelle de secrétaire, la capacité de travail étant de 100 % de ce point de vue. Aucun élément du dossier ne remet en cause ces conclusions - d'ailleurs non contestées - lesquelles peuvent être confirmées.

**9. a)** Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu d'attribuer une quelconque valeur probante au volet spécialisé de l'expertise U. \_\_\_\_\_ réalisé par le Dr W. \_\_\_\_\_, tant son rapport apparaît peu fiable.

**b) aa)** Il convient tout d'abord de relever l'existence de points de vue divergents – portant principalement sur l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de la recourante – entre les psychiatres ayant prodigués des soins à la recourante au PZ. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assureur perte de gain maladie selon la LCA, et l'expert du U. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_. Certes, les rapports émanant du PZ. \_\_\_\_\_ sont confus quant à la capacité de travail et peu informatifs quant aux diagnostics et au développement des troubles psychiques (rapport du 26 février 2018 du Dr P. \_\_\_\_\_ ; rapports des 21 juillet 2020 et 23 février 2021 du Dr XB. \_\_\_\_\_). Le Dr P. \_\_\_\_\_ a annoncé une capacité de travail de 60 % ; quant au Dr XB. \_\_\_\_\_, il a mentionné une capacité de travail de 20 % dans son premier rapport du 21 juillet 2020 avant de la réduire à moins de 20 % dans son second rapport du 23 février 2021 en raison d'une fatigue qui s'était aggravée. Ces rapports ne pouvaient cependant pas être écartés sans la moindre discussion comme l'a fait l'expert psychiatre du U. \_\_\_\_\_. En effet, dans une procédure séparée, le Dr S. \_\_\_\_\_ a également attesté d'une importante réduction de la capacité de travail de la recourante dans un rapport d'expertise du 2 mai 2018 adressé à UY. \_\_\_\_\_ AG, retenant une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. Or le Dr W. \_\_\_\_\_ n'a pas pris position par rapport à cette première expertise pourtant réalisée dans un contexte asséculo-logique. Il n'a pas davantage contacté le PZ. \_\_\_\_\_ pour échanger avec les psychiatres traitants au sujet de conclusions pourtant nettement divergentes, y compris à l'interne de ce centre, quant aux diagnostics et à la capacité de travail.

Il convient ensuite de souligner le caractère sommaire et relativement superficiel de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr W. \_\_\_\_\_. En particulier, l'anamnèse est pauvre sur le plan professionnel (cf. expertise U. \_\_\_\_\_, volet psychiatrique, pp. 16-17, ch. 3.2). Ainsi, malgré l'évocation de difficultés professionnelles avec son

dernier employeur en 2016 (harcèlement par un supérieur), l'expert W.\_\_\_\_\_ n'a pas investigué plus en avant ces problèmes. Aussi, l'expertise du U.\_\_\_\_\_ ne renseigne pas de manière suffisante sur le contexte professionnel du dernier emploi ni sur le contexte psychiatrique, questions pourtant centrales lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité de travail de la recourante. En présence d'une personne au discours « *flou et souvent peu organisé* » et dont « *l'attention et la concentration sont fluctuantes* » (cf. rapport d'expertise du 2 mai 2018, p. 4), l'expert W.\_\_\_\_\_ aurait dû prêter une plus grande attention à l'examen du dossier et approfondir l'anamnèse, voire probablement réaliser plusieurs entretiens.

Sur le plan clinique, les constatations du Dr W.\_\_\_\_\_ sont particulièrement sommaires : le rapport contient peu d'information sur les symptômes présentés par la recourante, notamment sur le contexte de leur survenance et leur répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Quant aux diagnostics, ils ne sont pas contextualisés de manière systématique. Ainsi, le diagnostic d'épisode dépressif n'est pas suffisamment discuté : le Dr W.\_\_\_\_\_ a notamment nié le caractère récurrent du trouble dépressif, non pas du fait d'une appréciation divergente, mais en raison d'une anamnèse incomplète qui ne lui a notamment pas permis d'identifier le suivi chez le Dr XC.\_\_\_\_\_ dans les années 1995-1996 (p. 19). Il en va de même du trouble obsessionnel compulsif qualifié de réactionnel et récent (un an) par le Dr W.\_\_\_\_\_ (p. 19) alors que le Dr S.\_\_\_\_\_ relatait un tel trouble de longue date dans son rapport (pp. 4-5). S'agissant de la question des douleurs, présentes de longue date (le rapport de la Fondation F.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2017 mentionne un séjour de réhabilitation à la Clinique E.\_\_\_\_\_ en 2000 en raison de fibromyalgie), elle n'est pas discutée de manière conforme aux exigences jurisprudentielles. A cet égard, l'expert V.\_\_\_\_\_ renvoyait dans son rapport au volet psychiatrique pour discuter des incohérences concernant la fibromyalgie (p. 13, ch. 7.4). Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'en dit mot. L'évaluation de la cohérence est difficile à comprendre pour les mêmes motifs, à savoir un manque de contextualisation, une étude insuffisante du dossier et une prise d'anamnèse inachevée (p. 20, ch. 7.3). De plus, le

Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas présenté le traitement psychiatrique de la recourante de manière complète, celle-ci bénéficiant d'un soutien infirmier à domicile.

Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée - à savoir la question de la qualification des troubles affectant la recourante et de leur impact sur sa capacité de travail (cf. avis SMR du 19 juin 2018 de la Dre A.\_\_\_\_\_) -, il apparaissait pourtant indispensable que le Dr W.\_\_\_\_\_ discute des diagnostics divergents et prenne position de manière circonstanciée sur les éléments médicaux du dossier. Or tel n'a pas été le cas que ce soit dans le rapport d'expertise du U.\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2019 ou dans les réponses données par les experts du U.\_\_\_\_\_ le 23 avril 2020 au questionnaire de Me Métille du 23 janvier 2019. Au final, le volet psychiatrique de l'expertise du U.\_\_\_\_\_ se conclut sur des explications peu explicites quant à la capacité de travail résiduelle : l'appréciation - tout de même inquiétante - des ressources par l'expert (p. 20, ch. 7.4) apparaît, faute d'un argumentaire détaillé, en décalage avec ses conclusions quant à la capacité de travail (p. 20, ch. 8).

**c)** Aussi, la Cour des assurances sociales n'était pas en mesure, au vu des différentes pièces versées au dossier de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire confiée au Dr B.\_\_\_\_\_.

**10. a)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes du rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2022 du Dr B.\_\_\_\_\_, ce que l'intimé ne conteste d'ailleurs pas (cf. avis SMR du 16 janvier 2023).

**b)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 16 décembre 2022 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel examen. L'expert judiciaire a rencontré la recourante à deux reprises et lui a demandé de

compléter des questionnaires *ad hoc* à son domicile (Toronto Alexithymia Scale et questionnaire de personnalité NEO-PI-3). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a examiné le dossier médical complet de la recourante. Il est revenu sur son historique familial, personnel, professionnel, social, affectif et médical, sur ses problèmes de santé somatiques et sur son parcours professionnel chaotique. Il s'est renseigné sur ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps et a décrit un isolement social important avec une vie sociale limitée à son ami, la recourante ne voyant guère sa fille. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes de la recourante tant sur le plan psychiatrique que sur celui de la symptomatologie douloureuse (cf. p. 10, ch. 5.1, pp 12-13, ch. 5.2.3, p. 19 ch. 7.1).

**c)** Sur le plan matériel, l'expert judiciaire a effectué un examen clinique approfondi. Il a résumé ses observations de la manière suivante (pp. 15 à 17) :

R. \_\_\_\_\_ est une femme de cinquante-six ans, de petite taille, svelte, vêtue simplement. Elle est soignée de sa personne. Elle s'exprime facilement et répond adéquatement aux questions.

Elle est orientée dans le temps et l'espace. Elle ne présente pas de trouble de la pensée ni de troubles perceptifs.

Le sommeil est perturbé par une insomnie d'endormissement et de maintien. R. \_\_\_\_\_ dit mettre une demi-heure à trois quarts d'heure pour s'endormir puis se réveiller toutes les deux heures. Elle se plaint de faire des cauchemars (idées suicidaires, idées noires, le décès de mes parents, des catastrophes qui se passent et qui impliquent des membres de ma famille). R. \_\_\_\_\_ dit qu'elle a toujours l'impression d'être jugée. Après deux heures de sommeil elle se réveille. *"Je me lève et je vais à la cuisine. Je prends un verre de Coca et je m'allume une cigarette. Je discute de moi avec mon chat. Je vais me recoucher après une demi-heure environ. Je me rendors en un quart d'heure vingt minutes et je me réveille à nouveau deux heures après."* Le sommeil est calme sans somniloquie ni ronflement. *"Quand je me réveille, je suis perdue. Je peux tomber de mon lit. Je suis déphasée au réveil. Je suis fatiguée."* R. \_\_\_\_\_ ne dort pas en cours de journée.

L'appétit est préservé mais R. \_\_\_\_\_ dit qu'elle mange parce qu'il le faut. Son poids est de 65 kg (4 kg de moins que lors de l'expertise de 2019) pour une taille de 161 cm, soit un indice de masse corporel (IMC) de 25.1 kg/m<sup>2</sup> léger excès pondéral.

De la sexualité, R. \_\_\_\_\_, dit que *"ça va, quand je dois. C'est pas tous les jours."*

R. \_\_\_\_\_ dit qu'elle est triste, déprimée et sombre. "*Je passe une allée d'arbres et je pense qu'un jour j'emboutirai ma voiture. Je me demande ce que je fais dans ce bas monde.*" Au cours de l'entretien, elle est morose. Elle ne pleure pas. Elle présente des idées suicidaires. Elle dit qu'il lui arrive de pleurer. "*Tout d'un coup, ça coule et je pleure. Je pleure également dans mes cauchemars.*" Elle n'est pas ralentie. Elle ne présente de troubles manifestes de l'attention ni de la concentration.

R. \_\_\_\_\_ dit faire sa déclaration d'impôts et utiliser son ordinateur. Elle dispose d'un téléphone portable. Elle dit avoir dû sous-louer une chambre car elle dépend des services sociaux. "*Mon appartement est mon refuge. J'y suis depuis douze ans.*"

Les troubles obsessionnels compulsifs consistent à compter les chiffres. Par exemple sur une plaque d'immatriculation elle additionne les chiffres et a besoin de trouver un chiffre pair. Lorsqu'elle écrit une lettre elle compte les mots et les lettres des mots. Elle dit mettre une demi-heure pour dactylographier une lettre. Ce trouble est présent, aux dires de R. \_\_\_\_\_, depuis environ dix ans.

Lors du second entretien, j'ai interrogé R. \_\_\_\_\_ au sujet des douleurs car elle ne les avait strictement pas évoquées spontanément lors du premier entretien. Elle dit qu'elle essaie dans la mesure du possible de ne pas se plaindre et de vivre avec ses douleurs. "*J'ai un seuil de douleur très élevé. J'ai mes dix-huit points [de Waddel] qui me font mal. La fibromyalgie a été diagnostiquée en 1999 à Clinique E. \_\_\_\_\_.*" R. \_\_\_\_\_ dit faire des crises de douleur deux fois par année environ, "*J'ai de la peine à marcher. Je ne peux pas me lever de mon lit.*" Je n'ai constaté au cours des deux examens aucune attitude antalgique ni aucun comportement exprimant la douleur.

R. \_\_\_\_\_ dit que ce qui lui fait le plus peur c'est de perdre la mémoire.

R. \_\_\_\_\_ fume une vingtaine de cigarettes par jour et vapote à côté.

Elle consomme un peu d'alcool occasionnellement. Elle ne consomme pas, et n'a jamais consommé, d'autres substances psychoactives soumises à un contrôle international.

Sur cette base, l'expert judiciaire a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans syndrome somatique (F33.10 ou F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec des comportements compulsifs au premier plan (F42.1), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a discuté de manière approfondie les diagnostics psychiatriques en ces termes (pp. 17-21) :

Il est essentiel de motiver de manière précise les diagnostics. En effet dans le rapport d'expertise des médecins du U. \_\_\_\_\_ du 3

septembre 2019 quasiment aucun des diagnostics posés n'est réellement motivé de manière précise.

À ses dires, R.\_\_\_\_\_ a présenté à l'âge dix-huit ans un premier épisode dépressif qui a été pris en charge par le Dr XC.\_\_\_\_\_ avec une prescription, à l'époque, de Fluctine. Actuellement R.\_\_\_\_\_ présente une humeur triste, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une diminution de l'énergie et de l'activité. Elle connaît une diminution de l'estime de soi, une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires scénarisées, des troubles du sommeil. Néanmoins elle ne présente pas une symptomatologie que, d'un point de vue psychiatrique, on considère comme somatique tel qu'un réveil matinal précoce ou une polarité matinale de la symptomatologie dépressive. Le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2019 a donc posé à tort un diagnostic de trouble dépressif avec syndrome somatique, en ne tenant pas compte des critères diagnostics de la CIM-10 et en considérant vraisemblablement que les atteintes somatiques justifiaient le syndrome somatique. Je pose donc un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans syndrome somatique et sans symptômes psychotiques. Cette affection s'est aggravée au fil du temps. Elle est vraisemblablement présente depuis fin 2017.

R.\_\_\_\_\_ présente un trouble obsessionnel compulsif avec des comportements compulsifs au premier plan. J'ai décrit plus haut les comportements compulsifs de R.\_\_\_\_\_ qui se caractérisent par des comptages. Il s'agit bel et bien de comportements compulsifs et non de pensées ou de ruminations au premier plan contrairement à ce qu'affirme le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2019. En effet la CIM-10 est très claire dans les exemples qu'elle donne des pensées ou des ruminations : une mère craint de ne pas pouvoir résister à l'impulsion de tuer son enfant qu'elle adore ou une personne a des pensées obscènes ou blasphématoires ego-dystoniques. Il est évident qu'une telle symptomatologie ne correspond pas au trouble que décrit R.\_\_\_\_\_. Je pose donc un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif avec des comportements compulsifs au premier plan. Cette affection est présente de longue date. R.\_\_\_\_\_ dit qu'elle est présente depuis une dizaine d'année, soit depuis environ 2012.

R.\_\_\_\_\_ ne sort quasiment pas de chez elle, sauf si elle est accompagnée. Elle n'est pas à même de prendre les transports publics. Elle présente dans la foule des crises d'angoisse. Elle ne présente néanmoins pas d'attaque de panique isolée sans facteur déclenchant. Je pose donc un diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique. Cette affection est présente de manière manifeste depuis environ 2018. Le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas cette symptomatologie alors que le rapport des Drs P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 26 février 2018 la mentionne.

Bien que R.\_\_\_\_\_ ne se soit pas plainte spontanément de ses douleurs, les douleurs sont constamment présentes. Le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2019 a posé le diagnostic de fibromyalgie mais ne l'a pas motivé. Je pose donc un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en raison des douleurs persistantes depuis de nombreuses années. Ce diagnostic est posé mais je considère qu'il est au seuil d'être posé. Cette affection est présente depuis 2000.

R.\_\_\_\_\_ ne présente aucun trouble cognitif manifeste. Je n'ai pas noté de trouble de l'attention ni de la concentration au cours des deux examens que j'ai pratiqués. Je n'ai pas non plus mis en évidence des troubles de la mémoire. R.\_\_\_\_\_ a pu mener une vie sociale et professionnelle habituelle jusqu'en 2016. J'exclus donc le diagnostic de retard mental ou de handicap intellectuel. J'exclus également les diagnostics d'affection cérébrale dégénérative, de type maladie d'Alzheimer.

R.\_\_\_\_\_ ne présente aucune dépendance à des substances psychoactives, mis à part une dépendance au tabac. Elle consomme de l'alcool de manière épisodique mais toujours de manière modérée, à ses dires. Aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute ses affirmations. Elle n'a jamais consommé d'autres substances psychoactives soumises à un contrôle international. Je choisis de ne pas mentionner la dépendance au tabac dans les diagnostics car cette consommation n'a aucun effet notable sur le comportement ou les troubles mentaux même si elle est nuisible à la santé. J'exclus donc l'ensemble de diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.

R.\_\_\_\_\_ ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations, idées délirantes ou troubles de la pensée ni négative tel qu'anhédonie, asocialité, avolition, affects émoussés ou alogie. J'exclus l'ensemble des diagnostics du spectre de la schizophrénie tel que schizophrénie, trouble schizotypique, trouble délirant ou trouble schizo-affectif.

À ma connaissance, R.\_\_\_\_\_ n'a jamais présenté d'élévation de l'humeur, d'épisode hypomane ni d'épisode franchement maniaque. J'exclus donc les diagnostics de trouble affectif bipolaire.

R.\_\_\_\_\_ ne présente pas de symptomatologie somatique à teinte neurologique. Elle ne présente aucune théâtralité ni la "belle indifférence". J'exclus les diagnostics de trouble dissociatif ou de conversion.

R.\_\_\_\_\_ a pu mener une vie habituelle, être intégrée socialement et professionnellement. Elle n'a pas connu de problèmes particuliers et réitérés dans ses relations interpersonnelles. J'exclus donc un diagnostic de trouble de la personnalité.

J'ai demandé à R.\_\_\_\_\_ de répondre au questionnaire de personnalité NEO-PI-32. Le résultat met en évidence des notes élevées dans les domaines du névrosisme et de l'agréabilité, des notes particulièrement faibles dans les domaines de l'extraversion et de l'ouverture des notes moyennes à faibles dans le domaine du caractère consciencieux. Dans le domaine du névrosisme l'anxiété et de la dépression sont particulièrement élevées, la colère-hostilité et la timidité sociales sont élevées. Seule l'impulsivité est basse. Dans le domaine de l'agréabilité, la franchise et la complaisance sont particulièrement élevées, l'altruisme, la modestie et la sensibilité sont élevées. Seule la confiance est faible. Ces résultats sont en accord avec l'observation clinique. Mais ils ne mettent pas en évidence de traits de personnalité pathologique à proprement parler. J'ai également demandé à R.\_\_\_\_\_ de remplir le questionnaire d'alexithymie. Le résultat est de 59. Un score de 56 ou supérieur indique la présence d'une alexithymie. L'alexithymie se caractérise par une difficulté à identifier ses émotions et à les

exprimer. Elle peut également rendre difficile la compréhension des émotions des autres. Cette difficulté peut induire que les émotions sont exprimées somatiquement par des douleurs ou des angoisses car elles ne peuvent être exprimées autrement. Je considère l'alexithymie comme un trait de personnalité pathologique.

J'exclus le diagnostic de jeu pathologique car R. \_\_\_\_\_ n'a jamais mis en danger son activité professionnelle par le fait de jouer et de passer du temps à jouer.

J'exclus également le diagnostic de trouble de l'alimentation car l'appétence pour les sucres n'est pas pathologique et n'est pas une affection reconnue par la CIM-10.

L'expert judiciaire a ainsi pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il retenait les diagnostics posés ainsi que les corrélations existantes entre ceux-ci. Il a ensuite décrit l'évolution médicale et médico-assurantielle de l'assurée et établi une chronologie circonstanciée du développement des troubles psychiques (pp. 21-23). Ce faisant, il a soigneusement évalué les indicateurs jurisprudentiels relatif à la gravité de l'atteinte fonctionnelle et aux axes « personnalité » et « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1, 4.3.2 et 4.3.3). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a conclu à une évolution habituelle d'un conflit du travail avec une dégradation progressive de l'état de santé de la recourante en raison de la désinsertion professionnelle et sociale impliquée par l'éloignement du marché du travail (p. 23, ch. 8.2). Dans ce contexte, l'expert a motivé de manière convaincante une altération des ressources professionnelle de la recourante (notamment sa longue expérience de secrétaire) en raison de capacités d'adaptation limitées. Il a décrit les répercussions de la personnalité de la recourante dont les domaines d'ouverture et d'extraversion sont très faibles, ce qui se traduit par un isolement social, un détachement interpersonnel et un manque de réseau de soutien, ainsi qu'une restriction des centres d'intérêt. Il a également considéré que l'alexithymie, évaluée *de lege artis* au moyen d'un questionnaire *ad hoc*, jouait également un rôle, entraînant une difficulté à vivre les émotions autrement que sur un mode anxieux et dépressif. Evaluant les ressources de la recourante à l'aide du formulaire Mini CIF-APP, le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté des limitations modérément prononcées dans la flexibilité et l'adaptation, la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, la proactivité, la capacité d'endurance et de résistance, la capacité de contact et de conversation avec des tiers, la

capacité d'intégration à un groupe, ainsi que pour la mobilité et la capacité de déplacement. Il a aussi relevé des limitations peu prononcées de la capacité de la requérante à s'affirmer et de sa capacité à tenir des relations privilégiées à deux (Mini CIF-APP en annexe à l'expertise).

Appelé à examiner la cohérence, le Dr B. \_\_\_\_\_ a considéré que les troubles psychiques présentés par la requérante limitaient de manière importante sa vie sociale et professionnelle. Selon l'expert judiciaire, la description de la vie quotidienne de la requérante était cohérente avec les limitations fonctionnelles dont elle se plaignait et il n'y avait pas d'incohérence notable entre les plaintes de la requérante, les éléments au dossier et ses propres observations (p. 24, ch. 8.4 ; cf. ATF 141V 281 consid. 4.4.1).

Appelé à évaluer le traitement psychiatrique mis en place, l'expert judiciaire a fait savoir ce qui suit (pp. 23-24, ch. 8.3) :

R. \_\_\_\_\_ est en traitement psychiatrique depuis janvier 2018. Certes les traitements entrepris et suivis de manière adéquate n'ont pas permis un amendement notable de la symptomatologie. Ils n'ont pas non plus empêché une certaine aggravation des troubles psychiques.

Cette aggravation ne peut pas être mise sur le compte des traitements entrepris mais tient vraisemblablement à la complexité de la pathologie que présente R. \_\_\_\_\_, à sa fragilité psychique et aux ressources limitées dont elle dispose.

Actuellement R. \_\_\_\_\_ suit un traitement psychothérapeutique auprès de la Dre P. \_\_\_\_\_, une fois par semaine. Ce traitement psychiatrique intégré est complété d'un traitement d'ergothérapie et d'un traitement avec une infirmière en psychiatrie.

Le traitement psychotrope pourrait être adapté mais j'estime que l'on ne peut pas attendre du traitement psychotrope seul une amélioration notable de l'état de santé psychique de R. \_\_\_\_\_.

Je considère donc que le traitement actuel est adéquat et qu'il faut le maintenir. Il pourra peut-être permettre à R. \_\_\_\_\_ d'actualiser une capacité de travail, partielle au moins. R. \_\_\_\_\_ suit les traitements prescrits et fait les demandes de soin adéquates.

On constate ainsi que le traitement entrepris, qualifié d'adéquat par l'expert judiciaire, et auquel la requérante a collaboré de manière optimale n'a pas permis de réduire les répercussions des troubles

psychiques en raison de la complexité de ceux-ci et de la fragilité de la recourante. Une telle situation est typique de ressources limitées et entamées sur le plan psychique (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). En présence d'une bonne observance thérapeutique, la situation de la recourante apparaît aussi cohérente avec le caractère invalidant des atteintes à la santé psychiques (ATF 141V 281 consid. 4.4.2).

Pour évaluer la capacité de travail de la recourante, l'expert judiciaire a dûment tenu compte des répercussions sur le rendement du trouble obsessionnel compulsif et du syndrome douloureux somatoforme persistant, de la fatigue, de la baisse d'énergie et des légers troubles cognitifs pouvant être induits par le trouble dépressif récurrent ainsi que de l'agoraphobie avec attaques de panique limitant les capacités d'adaptation dans toute activité professionnelle. Il a évalué les périodes d'incapacité de travail de manière convaincante sur la base du dossier et des éléments cliniques objectifs qu'il a recueillis (pp. 25-26, ch. 8.6). Il a considéré, suivant en cela les propres déclarations de la recourante, que les contraintes de l'activité habituelle de secrétaire, exercée à domicile dans un cadre rassurant et avec des exigences de rendement pas trop élevées, étaient compatibles avec l'état de santé de la recourante.

**d)** En tant qu'elle constate une capacité résiduelle de travail de 40 % dans l'activité habituelle de secrétaire, l'expertise judiciaire peut se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux indicateurs jurisprudentiels (cf. ATF 141V 281). Sur le vu des conclusions de l'expertise judiciaire, il n'y a pas lieu de poser des questions complémentaires à l'expert comme le requiert la recourante dans son écriture du 24 janvier 2023, les réponses que le Dr B. \_\_\_\_\_ serait amené à formuler n'étant pas susceptibles de modifier ses conclusions. En effet, s'agissant de la première question (« *Lors de sa consultation d'expertise psychiatrique du 4 septembre 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu une baisse de la capacité de travail de la recourante depuis novembre 2018 à concurrence de 25%, dans le contexte de l'accident de la route dont celle-ci a été victime. Selon les éléments en votre possession, est-ce qu'il existe une évolution dans le sens d'une baisse complémentaire du taux de*

*rendement dans la capacité résiduelle de travail à partir de novembre 2018 ? Dans la négative, pour quels motifs ? »*), il apparaît que le Dr B.\_\_\_\_\_ a déjà évalué de manière détaillée l'évolution médicale de la recourante ainsi que l'échelonnement dans le temps de sa capacité de travail dans son rapport du 16 décembre 2022. Il a aussi expliqué de manière convaincante pour quelles raisons il écartait l'évaluation du Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. pp. 25-26, ch. 8.6 et pp. 21 à 23, ch. 8.1 et 8.2), si bien qu'il est exclu de reprendre cette dernière comme base de discussion tant ses lacunes sont importantes. S'agissant de la seconde question (*« Compte tenu des contraintes retenues en termes de capacité de travail de 40% dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles sur un plan psychiatrique, à savoir une activité exercée si possible à son domicile [télétravail], dans un cadre rassurant, avec des exigences pas trop élevées, est-ce que dans ces circonstances, la recourante présente encore une capacité résiduelle de travail sur le marché ouvert de l'emploi ? »*), il y a lieu de relever qu'elle n'est pas du ressort de l'expert judiciaire, en l'occurrence médecin, appelé à élucider pour le tribunal des questions de fait, dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales, en l'occurrence en psychiatrie (cf. JACQUES OLIVIER PIGUET, in ANNE-SYLVE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, 2018, n. 10 ad. art. 44 LPGa). Au demeurant, il apparaît que l'activité de secrétaire peut être exercée sous des formes des plus variées et qu'un travail à domicile ne constitue pas un obstacle sur le marché du travail équilibré. Cela étant constaté, le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans son écriture du 24 janvier 2023 - soit un complément d'expertise judiciaire - doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**11. a)** Aussi, dans la mesure où il est admis que la recourante peut exercer son activité habituelle de secrétaire, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par le Dr B.\_\_\_\_\_ (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et les références citées).

**b)** En l'occurrence, la recourante a présenté une incapacité de travail de plus de 40 % sans interruption dès le 19 mai 2016 (rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2022, pp. 25-26), date du début du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente de la recourante ne prend cependant naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt tardif de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 janvier 2017 (art. 29 al. 1 LPGA), à savoir le 1<sup>er</sup> juillet 2017. A cette date, la recourante présentait un degré d'invalidité de 70 % (rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2022, p. 25), lequel ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Depuis le 1<sup>er</sup> août 2018, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 40 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2018, (rapport d'expertise judiciaire du 16 décembre 2022, p. 25), la recourante présente un degré d'invalidité de 60 %, lequel ouvre le droit à trois-quarts de rente d'invalidité (art. 88a al. 1 RAI ; art. 28 al. 2 LAI)

**12. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 juillet 2018, puis à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2018.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposées le 6 février 2023, laquelle ne prête pas le flanc à la critique compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter cette indemnité à 4'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, 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 22 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 juillet 2018, puis à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2018.
  
- 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 R. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 4'200 fr. (quatre mille deux cents francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :