

VD_GERICHTE ZD20.010018 vom 5. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.010018

FR: VD_GERICHTE ZD20.010018 du 5 mars 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.010018 del 5 marzo 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 71/20 - 68/2021 ZD20.010018 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 5 mars 2021 _____ Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause
pendante entre : N. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, en la
personne de Me Séverin Tissot-Daguette, avocat à Bienne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 28 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1980, a obtenu
un master en sciences sociales en 2008 et a travaillé du 1er octobre 2009 au 15 juillet 2013
comme coordinatrice de l'association [...] à 60 %. Selon le certificat de travail du 15 mai
2013, elle s'est acquittée, avec brio et à l'entière satisfaction de son employeur, de tâches
multiples requérant des compétences administratives, organisationnelles, logistiques,
relationnelles et communicationnelles. Selon des certificats médicaux établis par des
médecins du Centre de psychiatrie et de psychothérapie P. _____, l'assurée a connu des
périodes d'incapacité de travail durant les premiers mois de l'année 2013, puis dès le 1er
juillet 2015. Après avoir épuisé ses indemnités de chômage, l'assurée a touché le revenu
d'insertion à partir du 1er mai 2015. Le 8 septembre 2016, elle a déposé une demande de
prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :
l'OAI ou l'intimé), annonçant un trouble bipolaire de type II diagnostiqué en 2009 et un
épuisement professionnel survenu en 2013. Elle a mentionné avoir effectué des
remplacements scolaires à des taux variables de novembre 2013 à mai 2014. Selon le
rapport établi le 8 décembre 2016 par le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et
psychothérapie, le Dr D. _____ et la psychologue R. _____ du Centre P. _____,
l'assurée souffrait d'un trouble affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte, épisode
actuel de dépression moyenne (F31.3). Ils estimaient que son incapacité de travail était
totale depuis juin 2015, ses limitations fonctionnelles étant une fatigabilité accrue, des
difficultés de concentration, une irritabilité, un absentéisme, ainsi que des crises anxieuses
dans les situations très stressantes ou lorsqu'elle ressentait trop de pression. Selon ces
médecins, une activité à temps partiel pourrait être envisageable dans un domaine

- 3 - d'activité qui limiterait les facteurs de stress, mais la situation devait être réévaluée
début 2017. Le 4 septembre 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle était désormais
suivie par le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un avis du 5
octobre 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a
constaté que la symptomatologie, décrite principalement par l'assurée, semblait modérée et
que le traitement était léger, ce qui contrastait avec la totale incapacité de travail attestée
depuis deux ans. Dans un rapport du 22 novembre 2017, le Dr B. _____ a posé les

diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée comme sociologue était nulle depuis juin 2015 et que seule une activité à temps partiel était envisageable, dans un domaine qui limiterait les facteurs de stress et de fatigue. Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes que celles posées par les médecins du Centre P._____. S'y ajoutaient un besoin de se mettre en retrait dans les moments de tristesse et une capacité à gérer les relations interpersonnelles perturbée par son irritabilité et son hypersensibilité. Le Dr B._____ a précisé qu'il était difficile de mesurer objectivement les impacts quantitatifs des limitations fonctionnelles au vu de la durée de l'absence d'activité professionnelle. A l'initiative du SMR (avis du 6 février 2018), une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr S._____, sous la supervision du Dr L._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par la psychologue H._____. Dans leur rapport du 24 octobre 2018, ils ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cyclothymie (F34.0) dès 2009, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline dès le début de l'âge adulte (Z73.1) ainsi que

- 4 - des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance dès 20 ans, actuellement abstinent (F10.2). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle, mais qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dans un milieu peu stressant, sollicitant peu les émotions, de préférence une activité intellectuelle ou créative, avec la possibilité d'un passage à un plein temps dans un laps de temps de douze mois en cas de bonne expérience sous traitement stabilisateur de l'humeur. Dans un avis du 14 février 2019, le SMR a relevé qu'il n'était pas habituel de retenir un diagnostic de cyclothymie comme incapacitant et ne comprenait pas pourquoi l'activité de sociologue ne serait pas possible au vu des limitations fonctionnelles retenues, ni pourquoi la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait que de 50 %. Il a estimé nécessaire d'interroger les experts sur ces points. Dans un complément d'expertise du 26 février 2019, le Dr L._____ a indiqué que la reprise d'une activité devait se faire progressivement pour éviter une nouvelle décompensation tant sur le plan de la personnalité (avec l'apparition d'un trouble borderline franc) que sur le plan thymique (passage de la cyclothymie à une bipolarité franche). Les limitations fonctionnelles, à savoir une vulnérabilité au stress, la difficulté à gérer ses émotions et son investissement (sans osciller entre enthousiasme excessif et démission), mais également son sentiment de vide la poussant au repli n'empêchaient pas stricto sensu un travail dans le domaine du social, mais l'assurée ne devait pas être exposée au stress ni à une multitude de contacts humains, qu'elle peinait à gérer sans se désorganiser. Un travail dans le champ social était dès lors envisageable au sein d'une équipe restreinte et bienveillante. Dans un avis du 11 avril 2019, le SMR a retenu ce qui suit : « Au vu des éléments à disposition, on ne comprend pas selon quel motif la symptomatologie légère retenue présente depuis 2009 engendre une incapacité totale de travail continue depuis 2015, ni selon quelle évolution elle se serait améliorée de 50% actuellement.

- 5 - Les LF [réf. : limitations fonctionnelles] décrites semblent essentiellement en lien avec les traits de personnalité émotionnellement labile, ce qui pourrait correspondre à certains éléments du parcours de l'assuré (instabilité relationnelle, appétence pour les toxiques, ...), mais qui ne sont pas reconnus comme incapacitants et permettent une vie quotidienne

relativement normale. L'expert explique par ailleurs pour quelles raisons un diagnostic en lien avec une atteinte plus sévère ne peut être retenu. Même si les recommandations de l'expert quant à un environnement de travail sans stress et sans multitudes de contacts humains semblent sensées pour permettre un fonctionnement optimal de l'assurée, nous n'avons pas pu mettre en évidence des éléments suffisamment convaincants permettant d'expliquer une IT [réd. : incapacité de travail] totale depuis 2015, ni de retenir une atteinte significativement incapacitante, au sens de l'AI, qui ne pourrait être compensée par un effort raisonnablement exigible de l'assurée avec la prise d'un traitement usuel. » Par projet de décision du 1er octobre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, au motif que son atteinte à la santé n'avait pas un caractère incapacitant au sens de l'AI. L'assurée a fait valoir ses objections par l'intermédiaire de son mandataire le 21 novembre 2019. Le 28 janvier 2020, l'OAI a rendu une décision similaire à son projet du 1er octobre 2019. Dans une lettre à l'assurée du même jour, il a détaillé les raisons pour lesquelles il considérait qu'il y avait lieu de s'écarter des conclusions des experts en lien avec sa capacité de travail. B. Par acte du 4 mars 2020, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi « des prestations légales découlant de la LAI », subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle s'est pour l'essentiel prévalu des conclusions du rapport d'expertise, estimant que l'OAI s'en était écarté sans motif objectif. Dans sa réponse du 31 mars 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

- 6 - Par réplique du 30 juillet 2020, la recourante a rappelé que l'expert avait répondu aux interrogations du SMR et maintenu ses conclusions. Elle a fait valoir que l'appréciation du caractère incapacitant relevait davantage de l'examen des ressources de l'assuré plutôt que du diagnostic à proprement parler. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, sur le plan économique ou médical, puis nouvelle décision. Par duplique du 6 août 2020, l'OAI a maintenu sa position. 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, plus particulièrement le droit à une rente. 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

- 7 - 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). 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). 4. a) En l'espèce, l'OAI a fait réaliser une expertise psychiatrique de la recourante par le Dr L. _____, qui a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cyclothymie (F34.0) dès 2009, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline dès le début de l'âge adulte (Z73.1) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente, dès 20 ans (F10.2). Il a estimé que la capacité de

- 8 - travail de l'assurée dans sa dernière activité, exposée au stress et à une multitude de contacts humains, est nulle, mais qu'elle bénéficie d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dans un milieu peu stressant, sollicitant peu les émotions, de préférence dans une activité intellectuelle ou créative. Il prévoyait un passage à 100 % dans un laps de temps de douze mois après introduction d'un stabilisateur de l'humeur. Le médecin du SMR a toutefois considéré que l'expert n'avait pas fait une appréciation convaincante du caractère incapacitant du trouble de la recourante, qu'il y avait lieu de relativiser, et a conclu à l'absence d'atteinte significativement incapacitante au sens de l'AI. Sur cette base, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. Celle-ci fait grief à l'OAI de s'être écarté sans motif objectif des conclusions du rapport de l'expertise psychiatrique qu'il avait lui-même mise en œuvre. b) Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré, c'est-à-dire de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics. En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281, dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou

- 9 - psychosomatiques (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 et les références citées ; voir consid. 5 infra). Il existe ainsi des constellations dans lesquelles l'autorité chargée de l'application du droit peut s'écarter de l'estimation de la capacité de travail réalisée dans le cadre d'une expertise judiciaire, sans pour autant que celle-ci perde sa valeur probante ; la notion de capacité de travail (art. 6 LPGA) est une notion de droit indéterminée sur laquelle il n'appartient pas au médecin de se déterminer de manière définitive. Dans le cadre de la libre appréciation des preuves dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient en effet ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 consid. 3.1 et 3.2 ; TF 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.3 et les références citées). c) 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

- 10 - 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). d) Il ressort de ce qui précède que la possibilité existe, pour le SMR et l'OAI, de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique pour ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. Il convient dès lors d'examiner si c'est à juste titre qu'ils ont fait usage de cette possibilité en l'occurrence, au regard des règles applicables à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques. 5. 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 (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,

- 11 - 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

- 12 - attribué à une incapacité (inévitabile) 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). 6. a) En l'occurrence, le Dr L. _____ retient comme diagnostic principal une cyclothymie (F34.0), qui fait partie des troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants et qui se traduit par une instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31) ou de trouble dépressif récurrent (F33). L'expert explique les motifs pour lesquels il a posé ce diagnostic plutôt que celui de trouble bipolaire. Il constate en effet que depuis 2009 à tout le moins, les fluctuations de l'humeur sont toujours présentes, mais ne dépassent pas le seuil qualifiant pour une bipolarité franche, ces fluctuations représentant davantage une toile de fond alimentant une instabilité chronique avec une vulnérabilité au stress. Il reconnaît que le diagnostic différentiel par rapport à une forme modérée de bipolarité de type II n'est pas aisé, mais relève que la fréquence des fluctuations d'intensité

modérée, leur courte durée et leur rythmicité soutiennent davantage un diagnostic de cyclothymie (expertise pp. 13-14). De même, l'absence de dépression moyenne, atteinte que l'expert écarte sur la base de ses observations et des témoignages de l'hétéro-anamnèse, renforce le diagnostic de cyclothymie au lieu d'une bipolarité en décompensation (expertise p. 15). L'expert expose ainsi de manière convaincante pourquoi il s'écarte du diagnostic de bipolarité retenu par les psychiatres traitants, dont il a pris les rapports médicaux en compte dans le cadre de son évaluation. L'expert pose en outre les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de traits de personnalité émotionnellement labile de

- 13 - type borderline depuis le début de l'âge adulte (Z73.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.2). A nouveau, l'expert explique de manière motivée pourquoi il s'écarte du diagnostic de troubles mixtes de la personnalité posé par le Dr B. _____ en novembre 2017. Il mentionne que la recourante a développé une personnalité marquée par la difficulté de gérer son impulsivité, par l'instabilité des représentations sur un plan affectif et par un sentiment de vide occasionnel. Il constate que ces traits borderline sont toutefois restés modérés et n'ont jamais été invalidants, relevant notamment qu'on ne retrouvait ni tendance auto-dommageable, ni position abandonnique, ni utilisation du clivage ou d'autres défenses archaïques pouvant signer un trouble de personnalité constitué (expertise p. 13). Concernant le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, l'expert indique que les substances psychoactives ont été utilisées comme palliatifs de l'anxiété ressentie et que la dépendance à l'alcool a existé jusqu'à ce que la recourante ait 36 ans, mais qu'elle pouvait actuellement être considéré comme abstinent (expertise p. 13). Au vu de ce qui précède, il se justifie de suivre l'argumentation motivée de l'expert quant à la pose de ces deux diagnostics et à leur caractère non invalidant. b) Comme mentionné plus haut, si le Dr L. _____ estime que la cyclothymie présentée par la recourante a des répercussions sur sa capacité de travail, tel n'est pas le cas de l'OAI et du SMR. Il convient donc de procéder à l'examen du caractère invalidant de ce trouble au moyen des indicateurs définis par la jurisprudence, qui s'appliquent désormais à l'ensemble des affections psychiques. aa) Cet examen porte, d'une part, sur le critère de gravité fonctionnelle de l'atteinte. i) S'agissant de l'atteinte à la santé, il y a lieu d'examiner le caractère plus ou moins prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. En l'occurrence, la fréquence des fluctuations d'intensité modérée, leur courte durée et leur rythmicité ont

- 14 - favorisé la pose du diagnostic de cyclothymie plutôt qu'une forme modérée de bipolarité de type II (expertise p. 14). Compte tenu du degré de sévérité moindre inhérent à ce diagnostic, on ne saurait en déduire un degré de gravité important, limitant par principe l'exercice de toute activité adaptée. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert indique que le milieu professionnel doit être peu stressant et peu solliciter les émotions, qu'il doit s'agir de préférence d'une activité intellectuelle ou créative et il cite la gestion de bibliothèque à titre d'exemple (expertise p. 16). Il apparaît que ces limitations résultent avant tout de l'anamnèse recueillie et non des constatations objectives de l'expert. Celui-ci explique toutefois à cet égard qu'il est fréquent que le status soit peu contributif lors des périodes de stabilité relative d'un trouble thymique, comme c'est le cas en l'occurrence (complément d'expertise p. 1). Il retient ainsi chez la recourante l'existence d'une vulnérabilité au stress, de la difficulté à gérer ses émotions et son investissement sans osciller entre enthousiasme excessif et démission, et également un sentiment de vide la

poussant au repli (complément d'expertise p. 2). Il reconnaît que ces limitations fonctionnelles n'empêchent pas stricto sensu un travail dans le champ du social, mais plutôt tout emploi impliquant une exposition au stress et à une multitude de contacts humains, que l'expertisée peine à gérer sans se désorganiser. Il faut constater, d'une part, que les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas, en tant que telles, particulièrement restrictives et qu'elles permettent l'exercice d'un grand nombre d'activités, y compris dans le champ de compétences de la recourante (complément d'expertise p. 2). D'autre part, il résulte des explications de l'expert que ces limitations fonctionnelles sont avant tout préventives, en vue d'empêcher une dégradation de la thymie de la recourante, qui se trouve dans une période de stabilité relative sur le plan psychique. En cela, on ne saurait considérer que les limitations fonctionnelles retenues comportent un degré de gravité particulier. En ce qui concerne les plaintes de l'assurée, celles-ci sont relativement peu étayées et reposent sur une constante depuis l'enfance,

- 15 - avec l'alternance de périodes de thymie basse à très basse avec des phases plus euphoriques (expertise p. 9). La recourante n'a présenté qu'une seule période maniforme et une seule phase très euphorique en 2009. L'expert fait d'ailleurs remonter le début de la cyclothymie à 2009 (expertise p. 12). Actuellement, la recourante décrit que les fluctuations de l'humeur sont moins intenses. Sans remettre en cause l'impact de ces fluctuations sur la vie quotidienne de la recourante, il ressort toutefois de son parcours professionnel qu'elle a été, malgré celles-ci, en mesure de travailler de 2009 jusqu'en 2013, en donnant entière satisfaction à son employeur dans une activité à 60 % très variée, à en croire son certificat de travail. Elle a par la suite pu effectuer divers remplacements en milieu scolaire en 2013 et 2014, à un taux d'occupation situé entre 20 à 80 %. Rien au dossier ne permet de comprendre pourquoi son atteinte à la santé aurait tout à coup, à partir de 2015, eu un caractère invalidant. Il en résulte qu'on ne saurait déduire du diagnostic et des symptômes pertinents un degré de gravité important de la maladie. Le succès du traitement ou la résistance au traitement sont également d'importants indicateurs du degré de gravité. Or, on relève en premier lieu que les traitements ne sont en l'occurrence pas d'une grande intensité. Le suivi avec le psychiatre n'est que d'une séance tous les trois mois environ et le suivi par la psychothérapeute a lieu actuellement de manière mensuelle, avec pour objectif de favoriser la réinsertion professionnelle et d'accompagner la recourante dans sa transition de genre (expertise pp. 10-11). L'évolution depuis 2011 est décrite comme étant positive avec une meilleure gestion des fluctuations d'humeur et des ressources internes et externes, même si la vulnérabilité au stress reste importante. Il y a en outre une bonne adhérence à la thérapie (p. 11). Le traitement médicamenteux, constitué d'un antidépresseur à faible dose et d'un anxiolytique en réserve, est un indice supplémentaire permettant de relativiser la gravité du trouble. La posologie était d'ailleurs la même en 2016, selon le rapport des Drs D._____ et I._____ du 8 décembre 2016.

- 16 - L'expert considère qu'un traitement stabilisateur de l'humeur est nécessaire dans la perspective d'une reprise d'activité en milieu adapté à temps plein (expertise p. 14). Le Dr B._____ a également envisagé ce traitement, précisant dans son rapport de novembre 2017 que cette question revenait régulièrement dans la discussion, mais que la patiente avait connu des effets secondaires indésirables lorsqu'elle avait déjà bénéficié d'un tel traitement en son temps. Il faut rappeler qu'aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, une diminution de la capacité de gain ne peut être reconnue que lorsque l'atteinte à la santé persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. A la lecture de l'expertise et du rapport

du Dr B. _____, il apparaît qu'une médication en vue de stabiliser l'humeur de la recourante est indiquée en l'occurrence. Le Dr L. _____ précise même qu'il n'y a aucun doute que la reprise d'une activité à plein temps pourra avoir lieu rapidement avec ce traitement (complément d'expertise p. 3). Il appartient dès lors à la recourante de discuter avec son psychiatre traitant des options thérapeutiques disponibles pour stabiliser son humeur, en recourant le cas échéant à d'autres médications que celles utilisées par le passé. S'agissant de la présence d'éventuelles comorbidités, les traits de personnalité émotionnellement labile de la recourante n'en constituent pas une étant donné que le fonctionnement de type borderline n'atteint pas le niveau d'un trouble de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (expertise p. 13). Le Tribunal fédéral a du reste déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et les références citées, notamment TF 9C_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). En outre, les substances psychoactives ont été utilisées par la recourante comme palliatifs de l'anxiété ressentie et la dépendance à l'alcool n'est plus d'actualité, la recourante étant abstinente depuis ses 36 ans (expertise p. 13). On ne peut pas déduire de ces éléments que le trouble est grave au point de générer une invalidité. On constate d'ailleurs que l'expert, finalement, admet dans le complément d'expertise que la reprise

- 17 - d'un emploi dans l'ancien domaine d'activité est exigible rapidement à plein temps à condition de prendre le traitement indiqué et que la réserve qu'il a émise par rapport à l'intégration dans une équipe soutenante ne relève pas du choix du champ d'activité. ii) Sur le plan de la personnalité, comme déjà mentionné, le fonctionnement de type borderline n'atteint pas le niveau d'un trouble de la personnalité. Le Dr L. _____ mentionne qu'il retrouve chez la recourante un moi éprouvé par l'instabilité affective, en léger retrait, avec un sentiment de vide qui devient par période envahissant. La recourante décrit une instabilité relationnelle avec des moments de violence verbale et physique, qui est en régression. L'expert relève une intégration partielle du surmoi, qui prend parfois un caractère sadique et punitif, ainsi qu'une représentation du self aux élans victimaires avec sentiment de maltraitance subie pendant son jeune âge (expertise p. 10). Il explique que la recourante a développé ces traits de personnalité dans le cadre d'un milieu familial pathogène, où la gestion de la violence et de l'impulsivité ont été défailants. Il ressort cependant de cette analyse fouillée et convaincante que le fonctionnement de la recourante n'est pas entravé par les traits de personnalité présents, qui n'ont jamais été invalidants (expertise p. 13). iii) S'agissant du contexte social, on constate que les éléments recueillis tant auprès de la recourante que de ses proches sont favorables. La recourante dispose de bonnes ressources mobilisables tirées de son contexte de vie ainsi que du soutien de son réseau social. Elle n'est pas isolée, elle voit régulièrement des amis et a une relation positive avec sa compagne, avec laquelle elle partage diverses activités (expertise p. 11). La recourante entretient quelques amitiés de longue date et s'est également construit un nouveau réseau à travers le Net sur les questions d'identité du genre (expertise p. 8). Elle bénéficie notamment du soutien d'un ami de longue date, avec qui elle entretient une relation positive et familiale, son ami la considérant « comme un grand frère duquel il est assez proche et en qui il a une confiance totale » (expertise p. 12).

- 18 - bb) L'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » conduit plutôt à nier le caractère sévère et invalidant de la cyclothymie. Pour ce qui est de la cohérence, on constate que les limitations fonctionnelles ne se manifestent pas de la même

manière dans la vie professionnelle que dans la vie privée ou, à tout le moins, pas du tout avec la même intensité. La recourante est en effet capable d'effectuer toutes les tâches ménagères et toutes les tâches quotidiennes sans difficulté, alors qu'elle serait totalement incapable de travailler en qualité de sociologue et partiellement incapable de travailler dans une tout autre activité. On constate en outre qu'elle gère bien ses fluctuations d'humeur dans le cadre de ses relations personnelles, sa compagne décrivant une bonne gestion des conflits et son ami de longue date relevant qu'elle est consciente de ses limites en tout temps (expertise pp. 11 et 12), alors que, sur le plan professionnel, ses fluctuations seraient totalement incapacitantes dans son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles n'ont ainsi pas une influence identique sur les deux plans. La comparaison des limitations dans le domaine professionnel, qui seraient importantes puisqu'elles ont conduit à retenir une incapacité de travail totale, et dans le domaine privé, qui sont très peu présentes, laisse ainsi apparaître des incohérences profondes. En outre, les niveaux d'activité avant et après l'atteinte à la santé, soit avant et après 2009, semblent équivalents. La recourante a travaillé avant et après cette date, sans que l'on ne constate de changement dans ses capacités de travail à cette époque, hormis un épisode unique de décompensation maniforme sous l'effet d'un stress professionnel intense durant l'année 2009 (expertise p. 13 ; complément d'expertise pp. 1-2). L'expert fait référence aux rapports médicaux des psychiatres traitants, qui attestaient une incapacité de travail depuis 2015, sans toutefois se prononcer lui-même sur ce point. Or on ne décèle pas d'argument permettant de retenir une péjoration de la situation conduisant à une incapacité de travail en 2015. Il ressort des rapports médicaux des médecins traitants que la recourante a présenté un burnout en 2013, qui a occasionné deux courtes périodes d'incapacité de travail, mais on n'y trouve aucun élément permettant d'expliquer pourquoi la

- 19 - recourante se trouverait en incapacité de travail depuis 2015. Au contraire, la psychothérapeute de la recourante expose que l'évolution est positive depuis le début du suivi, en 2011, avec une meilleure gestion des fluctuations d'humeur et une meilleure utilisation des ressources internes et externes (expertise p. 11). Seule la question de l'identité du genre paraît surgir en 2015 (expertise p. 7), mais sans que cela n'ait d'incidence sur la capacité de travail selon l'expert (expertise p. 13). En conséquence, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut pas être retenu sous l'angle de la cohérence. cc) En définitive, l'examen des indicateurs ne permet pas de retenir l'existence d'une atteinte de gravité suffisante pour être invalidante. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer la position du SMR, respectivement de l'OAI, à savoir que l'on n'est pas en présence d'une maladie significativement invalidante et qui ne peut être traitée. Non seulement, la gravité de l'atteinte n'est pas suffisante pour considérer qu'elle a une incidence significative et durable sur la capacité de travail, mais en plus, les symptômes peuvent être soignés par un traitement usuel. C'est dès lors à juste titre que l'intimé n'a pas suivi l'appréciation de l'expert sur la qualification « invalidante » de l'atteinte, malgré la valeur probante du rapport pour ce qui concerne les conclusions purement médicales. 7. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

- 20 - 8. a) 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 la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 28 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- 21 - IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. V. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse, Me Séverin Tissot-Daguette (pour N. _____), - 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 :

- 22 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.