

## VD\_GERICHTE ZD22.002493 vom 31. März 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-03-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.002493](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.002493)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.002493 du 31 mars 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.002493 del 31 marzo 2023

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 17/22 - 92/2023 ZD22.002493 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 31 mars 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Rondi, assesseure Greffière : Mme Toth \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexa Landert, avocate  
à Yverdon-les-Bains, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON  
DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au  
bénéfice d'un CFC de [...], mariée et mère de deux enfants nés en 2008 et 2014, travaillait  
comme [...] pour le compte de la [...] jusqu'au 31 octobre 2018, date de la résiliation de son  
contrat par son employeur, en raison de l'absence de poste vacant adapté à sa situation. Par  
l'intermédiaire de l'assureur perte de gain de son employeur, S. \_\_\_\_\_ SA (ci-après :  
S. \_\_\_\_\_), elle a déposé le 12 novembre 2018 une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud  
(ci- après : l'OAI ou l'intimé), en raison de crises d'angoisse, d'états de panique, de  
dépression et d'agoraphobie existants depuis 2013. Elle a ajouté être en incapacité de travail  
totale depuis le 5 décembre 2017 et avoir été tenue en otage lors d'un braquage en 2017.  
Répondant le 18 décembre 2018 au questionnaire de détermination du statut soumis par  
l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 %  
par intérêt personnel, étant une personne active. S'agissant du genre d'activité qu'elle  
exercerait, elle a répondu qu'ensuite du traumatisme subi, elle ne souhaitait plus travailler  
dans la vente, mais dans un bureau, ne souhaitant plus avoir de lien avec l'argent. Le 20  
décembre 2018, S. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une copie de l'expertise psychiatrique mise  
en œuvre par ses soins et réalisée le 19 novembre 2018 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
psychiatrie et psychothérapie. Dans cette expertise, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics  
de trouble panique avec agoraphobie (F40.01) et de trouble hypochondriaque (F45.2) et  
attesté une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a en outre relevé que les  
résultats de laboratoire indiquaient que l'expertisée était compliant à son traitement  
médicamenteux, lequel était indiqué et approprié. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée  
était suivie par un psychiatre depuis novembre 2017

- 3 - et qu'elle bénéficiait également d'un suivi infirmier dans le but de faire de la relaxation  
et un travail cognitif en lien avec l'agoraphobie, à raison d'une fois par semaine. Selon lui,  
il n'était pas possible, en l'état, de faire un pronostic quant à l'évolution ultérieure ; il fallait  
compter avec plusieurs mois de traitement avant de pouvoir envisager une reprise de  
l'activité professionnelle. Si une telle reprise ne devait pas intervenir d'ici six mois, une  
nouvelle appréciation de la situation de l'assurée serait indiquée. Était annexé au rapport  
d'expertise un courrier adressé le 5 novembre 2018 au Dr Q. \_\_\_\_\_, par lequel le

psychiatre traitant de l'assurée, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre sa patiente depuis le 15 novembre 2017 et a notamment posé les diagnostics d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), d'anxiété généralisée (F41.2), de crainte excessive d'avoir une maladie (F45.21) et de personnalité anxieuse (F60.6). Il a en particulier relevé qu'au vu du tableau clinique, il estimait que l'arrêt de travail à 100 % était indiqué. Il a également observé que l'intéressée était réticente à la réintroduction d'un traitement antidépresseur ; la Duloxetine introduite à 30mg le 29 août 2018 avait été arrêtée le 2 octobre 2018 dans les suites de fortes céphalées persistantes et l'introduction du Citalopram à 20mg par jour était bien tolérée, mais il ne constatait pas encore d'efficacité clinique ; une augmentation à 40mg était envisageable, à condition que la patiente surmonte ses réticences liées probablement à une pharmacophobie. Par rapport du 29 janvier 2019 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'otite moyenne aiguë bilatérale en 2019, de varices tronculaires grande veine saphène gauche sur incompétence ostiale opérée le 13 décembre 2018, de crises d'angoisse à multiples reprises après agression le 30 mars 2017, de douleurs musculosquelettiques multiples, d'hypovitaminose D en avril 2016 et avril 2018, de psoriasis palmaire traité, de status post-traumatisme crânien sans perte de connaissance le 18 février 2013 et de lombo-sciatalgies droites le

- 4 - 7 décembre 2012. Le médecin précité a relevé que sa patiente présentait des douleurs musculosquelettiques et des crises d'angoisse depuis l'agression dont elle avait été victime sur son lieu de travail, qu'elle était en difficulté pour travailler et voir du monde depuis cet évènement et était suivie par un psychiatre à cet égard. Aux termes d'un rapport du 15 avril 2019 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) depuis 2013 et de crainte excessive d'avoir une maladie (F45.21) depuis 2018, ainsi que le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de personnalité anxieuse (F60.6). Il a relevé s'agissant du traitement que l'Efexor (37,5mg) avait été introduit le 29 novembre 2017, ainsi que la Quétiapine (50mg) le 7 décembre 2017 ; ces traitements avaient été arrêtés le 17 février 2018 ensuite d'une prise de poids. Puis, la Duloxetine (30mg) avait été introduite le 29 août 2018 et arrêtée le 2 octobre 2018 à la suite de fortes céphalées persistantes. Enfin, du Citalopram (20mg) avait été introduit le 2 octobre 2018 et bien toléré au départ, le traitement ayant toutefois été arrêté le 4 janvier 2019 en raison d'effets secondaires sous forme de céphalées et de vertiges. A ce jour, le traitement consistait uniquement en Temesta 2,5mg trois fois par jour, en réserve, celui-ci étant toutefois rarement pris par la patiente à cause de sa peur de faire une réaction anaphylactique. Le traitement envisagé consistait en une psychothérapie et la prise d'un traitement antidépresseur à son cabinet, en présence du mari de la patiente, afin de la rassurer face aux craintes d'une réaction anaphylactique. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité, des ruminations anxieuses, un trouble de la concentration et de l'attention, une tendance à la désorganisation lors des situations de stress, une hypersensibilité émotionnelle, une réactivité marquée de l'humeur aux évènements, une sensibilité aux remarques associée parfois à un fort sentiment d'injustice, ainsi qu'une impression de rejet et d'échec. A son avis, la capacité de travail de l'assurée était nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et le pronostic était réservé. S'agissant des antécédents médicaux et de

- 5 - l'évolution de la situation de l'assurée, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état de ce qui suit : « La patiente a présenté les premiers symptômes anxieux en 2007 dans les suites du décès de sa

sœur aînée. Pendant une durée de trois mois après le décès de sa sœur, elle présente des angoisses paroxystiques nocturnes sous forme de palpitations et d'étouffement. Récidive des épisodes de symptômes anxieux en 2013, sur son lieu de travail. Ayant comme conséquence, plusieurs arrêts maladies et son licenciement de [...]. Selon les dires de la patiente, après son licenciement, elle a présenté une anxiété anticipatoire associée à une agoraphobie et plusieurs conduites d'évitement. Le 27.04.2015, elle bénéficie d'un suivi psychiatrique par Dre J.\_\_\_\_\_. Sa psychiatre traitante constate une évolution progressive d'une pathologie anxieuse à partir de 2013 jusqu'à une situation invalidante. Les absences répétées et arrêts de travail ont augmenté le stress au travail et la diminution importante de sa fonctionnalité. Elle note également une surcharge dans la gestion de la situation familiale avec survenue d'une nouvelle grossesse. Elle décrit une patiente paralysée par l'angoisse et nombreuses phobies associées à des TOC [troubles obsessionnels compulsifs]. Hypochondriaque, elle ne sort plus seule de chez elle et fait des passages aux urgences des hôpitaux en monopolisant son entourage, persuadée qu'elle fait un infarctus. La thymie est abaissée, avec pleurs, tristesse et idée d'incurabilité. Dre J.\_\_\_\_\_ retient un diagnostic d'anxiété généralisée, trouble panique et personnalité anxieuse. L'évolution clinique de la symptomatologie anxieuse s'améliore progressivement sous traitement antidépresseur d'Efexor, à raison de 225 mg/j, prescrit par Dre J.\_\_\_\_\_. Ce traitement a été arrêté par la patiente à cause d'une prise de poids. Madame C.\_\_\_\_\_ retrouve un emploi à la [...] de [...] en 2015, après deux ans d'inactivité. Le 30 mars 2017, elle est victime d'un braquage sur son lieu de travail. À la suite de cet événement traumatique, la patiente présente un tableau d'hypervigilance, troubles du sommeil, et épisodes d'attaque de panique avec gêne thoracique, dyspnée, palpitations, sensation de vertige et impression d'évanouissement. Le tableau s'est aggravé progressivement avec l'installation d'une symptomatologie agoraphobique avec la crainte de quitter son domicile, la peur des foules et peur de se déplacer seule. À noter aussi des rituels obsessionnels avec un souci excessif de l'ordre et du rangement associé à une irritabilité envers ses proches. Madame C.\_\_\_\_\_ rapporte qu'elle présente des crises d'angoisse sous forme d'attaques de panique environ 1 à 3 fois par jour. Elle ne sort de chez elle qu'accompagnée. Elle n'ose plus sortir seule craignant de se trouver sans aide en dehors de son domicile. Elle fait aussi des attaques de panique durant la nuit. La patiente se plaint d'une humeur plutôt basse et des préoccupations de nature hypochondriaque. Elle craint de faire un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque. Elle précise que sa sœur aînée est décédée en 2007 des suites d'un accident vasculaire cérébral [AVC] et que son père est aussi décédé d'un AVC en 2017. Elle se sent donc très rapidement inquiète et craint de présenter elle-même un problème

- 6 - vasculaire. Elle n'est pas rassurée par les examens médicaux et demande fréquemment des contrôles de prises de sang. À noter aussi une pharmacophobie marquée compliquant la prise en charge. » Répondant le 12 août 2019 à un formulaire adressé par l'OAI, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le 1er avril 2019, en ce sens qu'elle subissait plus de crises d'angoisse et de panique et qu'elle ne sortait plus de chez elle à cause de sa peur. Aux termes d'un rapport du 9 septembre 2019 à S.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de crainte excessive d'avoir une maladie depuis 2018 (F45.21), de trouble panique depuis 2013 (F41.0) et d'agoraphobie depuis 2018 (F40.00) et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de personnalité évitante (F60.6). Il a fait état d'une évolution stationnaire avec des préoccupations constantes de pouvoir développer une affection médicale sérieuse, associée

à une détresse et une anxiété importante liée aux interprétations de ses sensations physiologiques et les informations lues sur Internet sur la maladie suspectée ; les attaques de panique étaient provoquées par ces inquiétudes. Les restrictions existantes consistaient en une anxiété importante, une agoraphobie, de la fatigabilité, des difficultés de concentration, des oublis fréquents, une irritabilité, une thymie fluctuante, des troubles du sommeil, des ruminations centrées sur la santé physique ou sur la prise des médicaments avec la crainte de développer une allergie médicamenteuse. Le traitement actuel consistait en une psychothérapie cognitive avec une fréquence hebdomadaire et un traitement antidépresseur (Anafranil cpr 25mg, Temesta 2,5mg trois fois par jour en réserve). Le psychiatre traitant précisait toutefois que la compliance médicamenteuse était variable ensuite d'une réaction allergique au Fusicort®, déclenchant la peur de développer un œdème de Quinke. D'après le Dr T. \_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité d'[...] était nulle depuis le 4 juillet 2018. Le 6 janvier 2020, S. \_\_\_\_\_ a signifié à l'assurée que son droit à l'indemnité journalière perte de gain serait épuisé le 14 mai 2020,

- 7 - puisqu'elle aurait alors octroyé les 730 jours de prestations prévus par les clauses contractuelles. Répondant aux questions posées par l'OAI le 14 février 2020, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 13 avril 2020, que l'évolution depuis son dernier rapport du 15 avril 2019 était stationnaire. L'anxiété et les peurs concernant la santé étaient persistantes et présentes tous les jours, la patiente ne sortant plus de chez elle depuis plusieurs mois en lien avec la crainte d'un AVC ou d'une crise cardiaque. Le tableau d'agoraphobie s'était aggravé et le repli à domicile avait un impact sur la thymie associé à un fort sentiment d'inutilité. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a observé une hypersomnolence diurne, la patiente se plaignant d'une fatigabilité importante, qu'il pourrait interpréter comme un moyen de fuite de la réalité. A son sens, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle depuis le 4 juillet 2018. La principale cause d'invalidité en termes de fonctionnement était le repli à domicile à cause de la sévérité de l'agoraphobie. Le psychiatre traitant a également indiqué que les préoccupations et ruminations anxieuses centrées sur la crainte d'avoir une maladie étaient constantes et persistaient malgré plusieurs bilans médicaux, analyses de laboratoire et consultations aux urgences rassurants. Ces inquiétudes engendraient une souffrance cliniquement significative avec un retentissement fonctionnel sur la gestion de son ménage, qui était plus compliquée depuis trois ou quatre mois, et la prise en charge de ses enfants, en particulier les déplacements entre l'école et le domicile. Il a en outre noté des difficultés au travail liées aux traits de personnalité avec une crainte d'être rejetée, une sensibilité aux remarques, une appréhension des responsabilités et la recherche constante d'un regard valorisant. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 15 au 20 février 2017, du 6 au 10 décembre 2017, du 1er au 31 janvier 2018, puis une incapacité de travail de 50 % du 1er au 15 février 2018 et, enfin, une incapacité de travail totale du 4 au 21 juillet 2018 et du 22 août 2018 au 30 avril 2020. S'agissant du traitement en cours, il a expliqué que plusieurs traitements antidépresseurs avaient été proposés mais systématiquement interrompus à cause de la crainte d'effets secondaires. Le dernier traitement avait été la Sertraline (de - 8 - janvier au 25 février 2020) avec une bonne efficacité sur la fréquence des attaques de panique mais aucune efficacité sur les ruminations anxieuses ni sur les symptômes agoraphobes. Actuellement, la patiente ne suivait aucun traitement médicamenteux et était méfiante même pour la prise de Temesta avec pour conséquence une exacerbation du trouble panique avec crises d'angoisse paroxystiques nocturnes. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a

indiqué qu'il continuait à suivre sa patiente régulièrement, à la soutenir et à l'accompagner afin notamment qu'elle adhère à un traitement médicamenteux. Dans un rapport du 1er juin 2020 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a en particulier expliqué que l'état de santé de l'intéressée était stationnaire, qu'elle bénéficiait d'une psychothérapie de soutien avec une fréquence bimensuelle et qu'elle refusait de prendre un traitement médicamenteux. Il a précisé que des mesures de réinsertion étaient envisageables dès le 1er septembre 2020, l'assurée étant motivée à se réinsérer professionnellement. Selon lui, la prise en charge par un psychologue TCC (thérapie comportementale et cognitive) et l'éventuelle réintroduction d'un traitement antidépresseur pouvaient avoir un impact bénéfique avec une évolution favorable du tableau clinique. Le psychiatre traitant a de plus estimé qu'une activité sans exigence de rendement devait être mise en place pendant au moins six mois avec des mises au point régulières entre la conseillère en réorientation de l'OAI et les thérapeutes, ce qui pouvait avoir un effet positif sur l'estime de soi et la reprise de confiance de sa patiente. Par avis du 2 septembre 2020, le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'apprécier précisément les retombées fonctionnelles de l'atteinte à la santé et, par voie de conséquence, l'exigibilité de l'activité habituelle et d'une activité adaptée. L'OAI a conséquemment mis sur pied une expertise psychiatrique auprès de X. \_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : X. \_\_\_\_\_) à [...], où

- 9 - l'assurée a été examinée le 30 novembre 2020 par la Dre Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport transmis à l'OAI le 21 décembre 2020, l'experte a posé le diagnostic incapacitant de trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Les limitations fonctionnelles consistaient en des attaques de panique au moins trois fois par jour, un comportement évitant avec des difficultés à sortir de chez elle et des préoccupations anxieuses multiples. La Dre Y. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale de novembre 2018 à avril 2019, puis une capacité de travail entière d'avril 2019 à octobre 2020, puis une incapacité de travail totale depuis octobre 2020 à ce jour, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. D'un point de vue médicothéorique, elle a estimé que la capacité de travail devrait être entière dans un délai de trois mois, soit dès le 1er mars 2021, l'activité adaptée devant permettre d'éviter les situations phobogènes. L'experte psychiatre a en effet expliqué que l'intéressée ne prenait pas de traitement psychotrope, lequel était pourtant résolutif en trois à six semaines, selon les études cliniques ; les techniques de thérapies cognitives et comportementales étaient, du reste, particulièrement efficaces dans le traitement de ce type de troubles et la durée du suivi était peut-être plus longue qu'un traitement, soit en moyenne trois à six mois. Elle a motivé son appréciation comme suit (sic) : « Arguments Diagnostiques : La personne assurée décrit être connue du milieu psychiatrique depuis 2014, elle ne présente aucun antécédent psychiatrique familial. Elle a bénéficié d'un traitement psychotrope de 2014 à 2017 et a renoncé à tout type de traitement depuis lors. Actuellement, elle prendrait des traitements symptomatiques tels que des benzodiazépines. La personne assurée se plaint d'attaques de panique, elle en ferait environ 3/jour, des crises de panique peuvent durer de 5 minutes à 1h30, qui s'accompagnent d'une diarrhée incoercible, de nausées et de vertiges et d'une forme de malaise. La personne assurée décrit avoir de nombreuses phobies, tels que sortir de chez elle. Elle voit son psychiatre à domicile et n'a pas pu être suivie par une psychologue spécialisée en thérapie cognitive et comportementale car elle ne pouvait pas se présenter au cabinet.

- 10 - La personne assurée décrit une amélioration des symptômes 6 mois après le début de l'incapacité de travail avec une prise ponctuel de traitement anxiolytique, elle décrit un fonctionnement quotidien dans la norme, puis depuis cet été, la personne assurée se sentait à fleur de peau mais elle a pu partir en vacances et une recrudescence des troubles est décrite depuis 2 mois, en octobre 2020. L'assurée décrit craindre de prendre des médicaments, malgré une nouvelle prescription de son médecin psychiatre qui a introduit la Fluoxétine et la Quétiapine, la personne assurée décrit avoir des difficultés à envisager de prendre des médicaments et retarde le début de la prise du traitement. À l'examen ce jour la personne assurée ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de ralentissement psychomoteur, la thymie est neutre. La personne assurée ne décrit pas d'aboulie, pas d'anhédonie, pas de trouble des fonctions instinctuelles, mis à part un trouble du sommeil. Un sommeil non réparateur et des courtes nuits, non traitée et qu'elle ne récupère pas en journée. La personne assurée ne décrit pas d'idées noires et pas d'idées suicidaires. La personne assurée ne présente pas de trouble de l'attention, pas trouble de la concentration, pas de trouble de la mémoire. Celle-ci présente un manque de confiance en elle. En somme, aucun diagnostic de dépression ne peut être retenu ce jour. La personne assurée présente un syndrome neurovégétatif de l'anxiété visible en cours d'entretien, avec une forme d'irritabilité, elle se montre tendue lors de l'évocation de certaines questions, telle que le fait qu'elle prenne 2.5 mg de Temesta et non 1 mg, une question à la suite de laquelle la personne assurée lève le ton, or les bilans reviennent avec une absence de benzodiazépines, ce qui remet en question la collaboration de la personne assurée. Madame décrit un comportement évitant, elle évite de sortir pour ne pas être sujette à des crises d'angoisse, elle décrit les crises comme étant permanentes et appelle parfois le SAMU ou les urgences pour avoir des solutions. La personne assurée par ailleurs décrit des cauchemars liés à des reviviscence d'une symptomatologie liée à un braquage qu'elle a vécu, à l'issue de ce braquage, la personne assurée avait repris son activité professionnelle pendant 18 mois. La personne assurée décrit ses symptômes comme étant récurrents et apparaissant la nuit. A noter que les symptômes remplissent partiellement les critères diagnostic d'un syndrome de stress post traumatique, qui n'a pas fait l'objet d'une prise en charge spécifique à ce jour. Par ailleurs la personne assurée ne présente pas de trouble obsessionnel compulsif. Pas de récurrence d'allure dépressive, pas de trouble de l'humeur d'allure cyclothymique. Pas de symptômes d'allure psychotique, pas de syndrome hallucinatoire, pas d'élation de l'humeur.

- 11 - La personne assurée ne présente pas de consommation problématique de substances psychoactives. La personne assurée ne présente pas de traits de personnalité pathologique, pas d'antécédents particuliers durant son enfance liée à des traumatismes ou un comportement pathologique. Celle-ci ne décrit pas de relationnel, compliqué avec les proches, elle est bien entourée par sa famille et décrit des interactions psychosociales dans la norme. C'est une personne qui reste chez elle, elle se plaint d'une forme d'agoraphobie, par contre elle emmène ses enfants à l'école le matin, elle a pu partir en vacances en [...] pendant 15 jours, elle a pris l'avion, celle-ci décrit un retour difficile, car l'avion a dû passer plus d'1 heure de plus en vol et a dû atterrir dans un autre aéroport. La personne assurée décrit l'absence de traitement médicamenteux durant plusieurs années et une réactivation de tous ces symptômes depuis environ deux mois. Au total, l'évaluation de ce jour retient un diagnostic de trouble anxieux, évoluant depuis 2014, non traité actuellement. (...) Aucun autre diagnostic psychiatrique aggravant n'est retenu ce jour, ce qui permet de retenir un diagnostic de bon pronostic. La personne assurée à une vie quotidienne dans la norme, elle élève ses deux enfants. Les facteurs de maintien de cette problématique sont en lien avec

l'absence de traitements et la recherche de bénéfices secondaires, tel que le soutien de toute sa famille, elle se décrit être le centre de l'attention. La prise en charge auprès d'un thérapeute cognitivo- comportementale n'a pas été possible car celle-ci a présenté des attaques de panique en voulant se présenter à ce type de rendez- vous, ce qui empêche l'accès aux soins. En effet, la personne assurée ne prend pas de traitement psychotrope. Son médecin psychiatre a proposé la mise sous traitement par Fluoxétine et Quétiapine depuis 3 semaines, la personne assurée retarde la prise de ce traitement, or il s'agit d'un traitement efficace pour la prise en charge de ce type de trouble. Les techniques de thérapies cognitives et comportementales sont particulièrement efficaces dans le traitement de ce type de trouble, la durée du suivi peut être plus longue qu'un traitement, mais il s'agit de techniques résolutive de ce type de troubles, or la personne assurée refuse aussi de suivre ce type de thérapie. (...) 3.5 Limitations fonctionnelles, capacité de travail, réadaptation Attaque de panique au moins 3 x par jour, comportement évitant avec des difficultés à sortir de chez elle, préoccupation anxieuses multiples. 3.6 Recommandations thérapeutiques et pronostic Maintien de la prise en charge actuelle et une adhésion aux traitements prescrits par le médecin psychiatre.

- 12 - 3.7 Evaluation médicale et médico-assurantielle du point de vue psychiatrique  
Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'expertisé(e), y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle La personne assurée est âgée de [...] ans, originaire de [...], mariée et mère de deux enfants, sans emploi depuis novembre 2018 et sans revenus depuis avril 2020. Dans les mois qui ont suivi le décès de sa sœur, l'assurée a présenté une symptomatologie anxieuse qui s'est amendée spontanément au bout de quelques mois. En 2013, elle présente une nouvelle décompensation anxieuse caractérisée par des attaques de panique et une agoraphobie qui justifieront la mise en place d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux sous Eflexor®. En mars 2017, elle a été victime d'un braquage sur sa place de travail. Elle reprendra rapidement son activité professionnelle au bout d'un mois. Toutefois, en juin 2017, elle présente à nouveau des attaques de panique caractérisées par un sentiment d'oppression thoracique, de sensations vertigineuses et un vécu de déréalisation. Progressivement, elle va aussi développer des conduites d'évitement. L'assurée n'ose plus rentrer seule à son domicile par crainte d'être agressée. Par ailleurs, on constate aussi l'apparition progressive d'une agoraphobie. L'assurée est suivie depuis novembre 2017 en psychothérapie. Dans le rapport du 5 novembre 2018, sont retenus les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie, d'anxiété généralisée, de crainte excessive d'avoir une maladie et de trouble de la personnalité anxieuse. La personne assurée est suivie par un psychiatre pour un diagnostic de trouble anxieux, suivie depuis 2014 par un médecin psychiatre puis par le Dr T. \_\_\_\_\_ depuis 2018. La personne assurée ne bénéficie pas de traitement psychotrope, elle bénéficie d'un traitement symptomatique benzodiazépinique non pris. La personne assurée décrit une pathologie évoluant par accès et se trouve à l'acmé de ses crises depuis environ deux mois. Elle décrit une difficulté à envisager de prendre un traitement. La personne assurée décrit un évitement social et évite de sortir. C'est une personne qui s'occupe de sa famille, elle élève ses enfants et est très disponible pour eux au quotidien, elle prépare à manger, elle est bien entourée et apprécie le contact avec chaque membre de sa famille, elle est partie en vacances cet été pendant environ 15 jours, elle appréciait d'aller faire du sport en extérieur cet été. Elle décrit une relation de couple harmonieuse. L'évaluation objective de ce jour retient des diagnostics F 40.01 trouble panique avec agoraphobie. Non traité. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion

des chances de guérison

- 13 - La personne assurée est suivie par un médecin psychiatre qui se déplace à domicile, 1 fois tous les 15 jours. Elle refuse tous type de prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Les données subjectives ne sont que partiellement en corrélation avec l'examen clinique et les examens complémentaires. En effet, la personne assurée affirmait une prise importante de Benzodiazépines sans effet sur son état de tension perçue en entretien, en contradiction avec un bilan revenu négatif aux benzodiazépines. Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Facteurs ressource : la personne assurée a travaillé durant plusieurs années. Elle est détentrice d'une formation. Elle est bien entourée par son mari, ses enfants et tous les membres de sa famille. Facteurs de surcharge : la perte de son emploi est un facteur de surcharge important. Si l'on se réfère au canevas de la mini-CIF-APP (Instrument d'Évaluation des Aptitudes Psychiques) : L'hygiène et les soins corporels ne sont pas altérés. La personne assurée présente de bonnes capacités de déplacement même si elle ne conduit pas, c'est son mari ou un membre de sa famille qui l'accompagne en général. Madame présente peu d'activités spontanées, elle reçoit uniquement sa famille et ses proches dans les moments difficiles. Elle a apprécié de partir en vacances cet été. Elle arrivait à faire du sport régulièrement une activité qu'elle n'arrive plus à faire depuis deux mois. La personne assurée a des relations proches, elle est capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif, notamment à chacun de ses enfants et à son mari, avec lequel elle décrit des relations harmonieuses. Madame est capable d'évoluer au sein d'un groupe, elle peut en intégrer les règles et s'y adapter. Madame a un bon sens du contact envers des tiers. Madame présente une bonne capacité à s'affirmer. Madame présente de bonnes capacités d'endurance, malgré les plaintes liées au sommeil, celle-ci a un quotidien dans la norme. Madame sait faire usage de ses compétences. Madame présente de bonnes capacités de flexibilité, en dehors des périodes à l'acmé de ces troubles anxieux. Madame sait planifier et structurer des tâches, tant qu'elle ne sort pas de chez elle, sinon cela sera au prix de grand stress. Madame présente peu de capacité à s'adapter à des règles et des routines en lien avec le diagnostic retenu ce jour. »

- 14 - Par avis SMR du 29 juin 2021, le Dr W. \_\_\_\_\_ a émis l'appréciation suivante s'agissant de l'expertise psychiatrique du X. \_\_\_\_\_ : « L'expertise psychiatrique susmentionnée est bien documentée et argumentée. Cette jeune assurée de [...] ans, présente un trouble panique avec agoraphobie. Aucun autre diagnostic psychiatrique aggravant n'est retenu par l'expert psychiatre, ce qui permet de retenir un bon pronostic. Actuellement la CT [capacité de travail] est nulle dans toute activité. Un des facteurs de maintien de cette problématique est en lien avec l'absence de traitements. Des mesures médicales (traitement psychotrope et/ou thérapies cognitives et comportementales) permettrai[en]t de recouvrer une pleine CT dans toute activité, dans un délai maximum de 6 mois. Ces mesures sont raisonnablement exigibles. Concernant l'évolution de la CT, l'expert retrace (cf. p.25) que celle-ci est nulle dès novembre 2018. La personne assurée décrit une amélioration des symptômes 6 mois après le début de l'incapacité de travail avec une prise ponctuelle de traitement anxiolytique, elle décrit un fonctionnement quotidien dans la norme. Depuis l'été 2020, la personne assurée se sentait à fleur de peau mais elle a pu partir en vacances et une recrudescence des troubles est décrite depuis octobre 2020. De ce fait, la CT peut être retenue entière dès avril 2019, puis CT à 0% dès octobre 2020 à ce jour. » Par courrier du 6 août 2021, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à

une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % à partir du 1er octobre 2020. Il a toutefois indiqué que, selon l'expertise du 21 décembre 2020, il serait utile pour l'évolution de son état de santé de bénéficier d'une prise en charge médicale ajustée. De même, le SMR était d'avis qu'un traitement médical approprié (thérapie cognitive et comportementale et traitement de Fluoxétine et Quétiapine) améliorerait son état de santé et, par conséquent, sa capacité de travail et de gain. L'OAI a donc enjoint l'intéressée à suivre le traitement médical nécessaire, ce que celle-ci a accepté le 21 août 2021 en apposant le mot « oui » et sa signature au pied du courrier. Aux termes d'un avis juriste du 23 septembre 2021, une collaboratrice de l'OAI a relevé que l'analyse du dossier la conduisait à la conclusion que l'atteinte à la santé psychique de l'assurée ne constituait pas une atteinte à la santé durablement incapacitante du point de vue biomédical et, partant, n'était pas invalidante au sens de la LAI (loi

- 15 - fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). En effet, elle a retenu que l'atteinte psychique était susceptible d'être pleinement traitée et améliorée, comme l'assurée avait déjà pu l'expérimenter avec succès sur plusieurs mois, par un traitement psychiatrique adapté comportant un volet pharmacologique et un suivi psychothérapeutique approprié. La collaboratrice a expliqué à cet égard que l'assurée avait pu retrouver une pleine capacité de travail entre avril 2019 et fin septembre 2020, période durant laquelle elle avait adhéré non seulement au volet psychothérapeutique de son suivi psychiatrique, mais aussi à son volet médicamenteux, ce qui lui avait notamment permis de partir en voyage à l'étranger en avion, ainsi que de pratiquer régulièrement du sport en extérieur. Si, dès octobre 2020, une incapacité de travail était réapparue, c'était en raison du refus de l'assurée de prendre tout traitement médicamenteux, comme constaté par l'experte et par le SMR. Par ailleurs, la juriste a soutenu qu'une approche TCC serait bénéfique pour consolider le traitement du trouble agoraphobique ; l'assurée avait accepté une telle prise en charge mais n'y avait pas donné suite, ses symptômes ayant entraîné l'annulation de ses rendez-vous. Or, comme relevé par l'experte, le traitement médicamenteux permettrait précisément à l'assurée de traiter ses symptômes et de suivre la TCC recommandée par son psychiatre. Selon la collaboratrice de l'OAI, l'experte démontrait clairement que le maintien de l'incapacité de travail résultait du refus de l'assurée de suivre à nouveau un traitement pharmacologique, malgré le succès précédemment constaté. Un tel refus relèverait selon elle d'un choix de l'intéressée, d'ordre personnel et ne relevant pas de l'AI, à la fois en tant que facteur psycho-social et en termes d'obligation de diminuer le dommage incombant à toute personne assurée. Du reste, une obligation de traitement parallèle à un octroi de rente ne ferait pas sens, car elle reviendrait à reconnaître à tort un caractère invalidant à l'atteinte à la santé. Finalement, la juriste a soutenu que la durée de l'incapacité de travail n'atteignait à ce jour pas la durée du délai de carence d'une année, au sens de l'art. 28 al. 1 LAI, si bien que le droit à la rente ne serait a fortiori pas ouvert ; l'amélioration temporaire de la capacité de travail entre avril 2019 et septembre 2020 ferait en effet courir un nouveau délai d'attente, lequel ne serait échu qu'à fin septembre 2021. Compte tenu de

- 16 - ce qui précède, la collaboratrice de l'OAI a préconisé de statuer sur un refus de prestations faute d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Le 28 septembre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations. Dans sa motivation, l'office a retenu qu'après examen minutieux des pièces médicales au dossier, l'atteinte à la santé ne constituait pas une atteinte durablement incapacitante du

point de vue biomédical et n'était, partant, pas invalidante au sens de la LAI. Il a en effet estimé que l'atteinte à la santé était susceptible d'être pleinement traitée et améliorée, comme l'assurée avait pu l'expérimenter avec succès sur plusieurs mois, par un traitement psychiatrique adapté comportant un volet pharmacologique et un suivi psychothérapeutique approprié. Dès lors, l'assurée pouvait recouvrer l'entier de sa capacité de travail en adhérant au traitement adéquat. L'OAI a également rappelé à l'assurée sa responsabilité et son obligation de tout mettre en œuvre pour réduire le dommage éventuel que causait son atteinte à la santé sur sa capacité de travail (art. 7 al. 1 LAI), obligation n'étant pas remplie en l'espèce. Par rapport du 10 octobre 2021, le Dr T. \_\_\_\_\_ a requis de l'OAI qu'il réexamine son projet de décision du 28 septembre 2021. Il a tout d'abord relevé que l'expertise menée par le X. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de comprendre si le diagnostic de trouble hypochondriaque (F45.2) était retenu et l'éventuel effet de celui-ci sur la capacité de travail de sa patiente. En outre, selon lui, l'appréciation de la Dre Y. \_\_\_\_\_ selon laquelle, d'après des études cliniques, l'état psychique de l'assurée s'améliorerait dans les trois mois grâce à une psychothérapie TCC était simpliste, étant donné les attaques de panique et les idées hypochondriaques « quasi délirantes » de celle-ci. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a du reste indiqué que, selon la littérature, les patients atteints de trouble panique avec ou sans agoraphobie ne guérissaient pas tous grâce à la psychothérapie ; approximativement 20 % atteignaient une rémission complète, 20 % ne faisaient pas ou peu de progrès et 60 % montraient une réponse significative et substantielle au traitement en devenant nettement moins souffrants et plus fonctionnels. Ainsi, l'affirmation

- 17 - absolue de l'experte, qui ne citait d'ailleurs aucunement ses sources, selon laquelle la patiente guérirait si elle suivait une psychothérapie TCC, était erronée. Le psychiatre traitant a indiqué qu'à son sens, la seule possibilité de réussite était l'association d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie ; le problème principal consistait toutefois en une pharmacophobie excessive et irrationnelle. D'après lui, il était faux de prétendre que l'assurée refusait de prendre un traitement, puisqu'elle avait tenté de nombreuses reprises de le faire, mais qu'elle avait systématiquement arrêté en confondant effets secondaires et symptômes anxieux, pensant que les médicaments pouvaient entraîner des conséquences graves sur sa santé. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a notamment ajouté n'avoir jamais constaté un fonctionnement quotidien dans la norme entre novembre 2018 et avril 2019, les symptômes de panique, les idées hypochondriaques et l'agoraphobie étant toujours présents. Invitée par l'OAI à l'informer sur une éventuelle contestation de son projet de décision, l'assurée a fait part de ses objections le 1er novembre 2021. Elle a en particulier expliqué que l'approche de l'OAI, selon laquelle il lui suffisait de suivre un traitement médicamenteux et une psychothérapie, lui semblait simpliste. Elle a indiqué que ses peurs liées à la prise de médicaments et leurs effets secondaires, qui pouvaient éventuellement entraîner des conséquences mortelles, étaient plus fortes et qu'elle avait à chaque fois dû arrêter les médicaments, ce qui avait renforcé son sentiment d'échec. Elle a en outre rappelé que lorsqu'elle sortait de chez elle pour amener ses enfants à l'école, à deux cents mètres de chez elle, elle souffrait de fortes crises d'angoisse et était complètement épuisée psychiquement et physiquement à son retour. Dans ces conditions, elle n'envisageait pas de pouvoir se rendre sur un lieu de travail quelconque, ce d'autant plus qu'elle avait subi un traumatisme lors du braquage en 2017. Elle a enfin reproché à l'OAI de ne pas reconnaître ses souffrances et de ne lui accorder aucune aide. Dans un courrier du 6 décembre 2021 faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a signifié à l'assurée que ses objections, ainsi que celles de son psychiatre traitant, n'apportaient aucun élément

- 18 - médical objectivement nouveau, mais qu'elles se rapportaient à des éléments connus ayant été pris en compte dans le cadre de l'expertise psychiatrique et de l'instruction, de sorte qu'il ne pouvait que maintenir sa position. Pour l'essentiel, l'OAI a relevé que la préconisation de la Dre Y. \_\_\_\_\_ quant à une approche de thérapie cognitivo-comportementale était partagée par le Dr T. \_\_\_\_\_, qui avait invité sa patiente à suivre une telle approche à plusieurs reprises ; en outre, une référence tierce n'était pas nécessaire et l'efficacité éprouvée des techniques TCC était notoire pour son type d'atteinte. L'office a relevé que l'assurée avait d'ailleurs eu recours temporairement à un tel traitement avec succès dans le passé et qu'il ressortait du rapport d'expertise que c'était essentiellement le refus de traitement de l'intéressée qui entraînait la persistance de ses limitations et l'empêchait de retrouver une pleine capacité de travail et de gain. L'OAI a enfin retenu que la Dre Y. \_\_\_\_\_ avait bel et bien pris en compte dans son analyse la dimension hypochondriaque, puisque les peurs vis-à-vis des médicaments y étaient relatées. D'après lui, ces craintes n'avaient pas été ignorées mais l'experte les avait écartées en tant que diagnostic psychiatrique. Par décision du 7 décembre 2021, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations. B. Par acte du 21 janvier 2022, C. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Alexa Landert, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière à compter du 12 mai 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que l'appréciation de la Dre Y. \_\_\_\_\_ selon laquelle elle aurait disposé d'une pleine capacité de travail d'avril 2019 à octobre 2020 ne saurait être retenue, aucun fonctionnement quotidien dans la norme n'ayant été constaté durant cette période, les symptômes de panique, les idées hypochondriaques et l'agoraphobie étant toujours présents. En outre, la recourante allègue qu'il n'est pas possible d'affirmer avec certitude,

- 19 - comme le fait l'experte, que si elle suivait le traitement préconisé, son état s'améliorerait dans les trois à six mois. Elle se réfère à cet égard au rapport du 10 octobre 2021 du Dr T. \_\_\_\_\_, selon lequel seuls 20 % des patients atteindraient une rémission complète. A son avis, rien ne permettait d'affirmer qu'elle pourrait suivre ce traitement en raison de ses troubles, et encore moins que celui-ci lui permettrait de retrouver une pleine capacité de gain. Enfin, la recourante invoque qu'elle ne comprend pas pour quelles raisons l'experte n'a pas retenu les diagnostics de crainte excessive d'avoir une maladie (F45.21) et d'anxiété généralisée (F41.2) dans ses conclusions, alors qu'ils avaient été retenus en page 19 du rapport d'expertise. Pour étayer ses dires, la recourante a produit diverses pièces figurant déjà au dossier. Le 4 février 2022, la recourante, sous la plume de son conseil, a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 20 décembre 2021. Par prononcé du 7 février 2022, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé à la recourante avec effet au 20 décembre 2021 et un avocat d'office désigné en la personne de Me Alexa Landert. Par réponse du 28 février 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, renvoyant pour le surplus au courrier adressé à la recourante le 6 décembre 2021. Le 8 avril 2022, la recourante a produit un rapport établi le 27 mars 2022 par le Dr T. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante : « Depuis quand suivez-vous Madame C. \_\_\_\_\_ et à quelle fréquence ? Madame C. \_\_\_\_\_ est suivie à ma consultation depuis le 15 novembre 2018 à une fréquence hebdomadaire. A quel pourcentage estimez-vous sa capacité de travail actuelle ? La capacité de travail actuelle est nulle. Considérez-vous que des mesures médicales (traitement psychotrope et/ou thérapies

cognitives et

- 20 - comportementales) permettraient à Madame C. \_\_\_\_\_ d'améliorer la capacité de travail ? Si oui, lesquelles ? A la page 24, l'experte psychiatre Dr Y. \_\_\_\_\_ affirme que « Les techniques de thérapies cognitives et comportementales sont particulièrement efficaces dans le traitement de ce type de troubles, la durée du suivi peut-être plus longue qu'un traitement (en moyenne 3 à 6 mois, selon les études cliniques). Il s'agit de techniques résolutive de ce type de troubles (particulièrement fréquent dans la population générale). » De mon côté, je n'ai pas cette approche linéaire et je ne peux pas affirmer à 100% que les techniques de thérapies cognitives et comportementales sont des techniques résolutive de troubles. La preuve de non efficacité absolue serait les études et les ouvrages scientifiques. Selon l'ouvrage de Chaloult et coll (2008) : « Le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie est un bel exemple de l'efficacité accrue de la psychothérapie dans le traitement de certaines pathologies spécifiques. Non pas que tous les patients guérissent: approximativement 20 % atteignent la rémission complète, 20 % ne font pas ou peu de progrès et 60 % montrent une réponse significative et substantielle au traitement en devenant nettement moins souffrants et plus fonctionnels ». L'équipe de David H. Barlow a notamment effectué une étude randomisée contrôlée dans laquelle il est rapporté que 58 % des participants ayant reçu la thérapie cognitive comportementale ont répondu au traitement (amélioration de 20 % à 3 mesures de sévérité sur 4) et que cette proportion était significativement différente de celle du groupe contrôlé (liste d'attente) (Barlow et al. 1989). En ce qui concerne le traitement pharmacologique, suite à une réaction allergique cutanée limitée au fusicort, Madame C. \_\_\_\_\_ a eu des craintes excessives de faire une réaction anaphylactique et a refusé la prise des médicaments (même le temesta en réserve) pendant une longue période. En général, la méfiance et la non adhérence dans un traitement médicamenteux par crainte des effets secondaires ont rendu cette prise en charge complexe. Mais depuis deux ans environs, la patiente a fait beaucoup d'efforts, a surmonté partiellement ses peurs et elle a essayé plusieurs molécules de différentes classes (antidépresseurs et neuroleptiques). La plupart de ces médicaments ont été arrêtés suite à des effets secondaires (céphalées, nausées, vertiges, prise de poids). La sertraline constitue un traitement antidépresseur de choix pour le trouble panique. Madame C. \_\_\_\_\_ a pris ce traitement du 11.02.2021 au 29.12.2021 à 150mg par jour avec une efficacité modérée sur les attaques de panique et sans amélioration significative de l'agoraphobie et donc de sa qualité de vie. En conclusion et au vu de ce qui précède, la réponse à votre question est non. Il n'y a aucune preuve permettant d'affirmer que le traitement de thérapie cognitives-comportementales et/ou le traitement psychotrope permettrait à Madame C. \_\_\_\_\_ de retrouver une capacité de travail. Madame C. \_\_\_\_\_ est-elle en mesure de suivre ces mesures médicales ? Comme susmentionné, Madame C. \_\_\_\_\_ fait beaucoup d'efforts pour pouvoir suivre ces mesures médicales, malgré une

- 21 - pharmacophobie marquée toujours présente. Cependant, on ne peut pas prétendre que la patiente refuse catégoriquement la prise d'un traitement, en concluant qu'elle ne se donne pas les moyens d'aller mieux. La seule période où elle a complètement refusé, c'est après la réaction allergique au fusicort en 2019. Mais après cet épisode, elle a essayé divers traitements médicamenteux, mais ensuite, elle les arrête systématiquement en confondant effets secondaires et symptômes anxieux sur une réflexion sous-jacent des craintes hypochondriaques en pensant que les médicaments peuvent avoir des conséquences graves sur sa santé. La pharmacophobie est définie comme une crainte malade des médicaments.

Comment alors, on peut [sic] lui reprocher un manque de collaboration ? Si elle était capable de maîtriser ses émotions et contrôler ses peurs de toute façon elle aurait une capacité de travail à 100% et elle n'aurait pas besoin de faire recours à l'AI. Avez-vous des remarques à émettre concernant le courrier de réponse OAI du 6 décembre 2021 ? L'AI insiste sur la prise d'un traitement résolutif approprié et fait référence à « une amélioration évoquée par l'experte » de son quotidien suite à la prise d'un benzodiazépine, le Temesta. Actuellement, Madame C. \_\_\_\_\_ est sous traitement antidépresseur avec une posologie journalière de Temesta à 10mg par jour, mais je n'observe pas une amélioration significative de son état psychique lui permettant une reprise d'activité. L'experte psychiatre affirme que la prise de Temesta (faisant partie de la classe des Benzodiazépines) aurait atténué légèrement ses symptômes d'anxiété. Tout d'abord, le Temesta est un traitement symptomatique de l'anxiété et ne constitue pas un traitement de fond. A cause de l'accoutumance liée à ce traitement, ses bénéfices sont de courte durée et sa prise expose le patient à un risque de dépendance. La prise ou non de ce traitement ne permettrait pas, de toute façon, une amélioration durable de sa capacité de travail. « Les benzodiazépines imposent en revanche une appréciation soigneuse du rapport bénéfice-risque en raison de leur risque de dépendance et on essaie de limiter leur application à de courtes phases de traitement. Les benzodiazépines peuvent être donnés durant quelques jours sur 3-4 semaines au maximum pour combler le délai d'entrée en action des ISRS/ADT ou pour atténuer les états d'anxiété/nervosité accompagnant parfois le début de la mise en route de ces derniers [2,3]. (le traitement des troubles anxieux : 1ère partie : Trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques KECK, Martin E, et al.-archive ouverte Université de Genève). Monsieur Wuarchot affirme que « l'expert prend soin de fournir les indicateurs requis à l'appui de son évaluation...vos aptitudes résiduelles démontrées, votre personnalité... ». Je me permets de rester en désaccord avec ces propos. Les traits de personnalité anxieux et perfectionnistes retenus à la discussion de l'expertise du 5 novembre 2018 (effectuée par [...]) sont rejetés avec comme seule argumentation de ne pas avoir « d'antécédents particuliers durant son enfance liées à des traumatismes ou un comportement pathologique ». Or, les possibles traits de personnalités évitants ou anxieux sont un point important car la crainte d'être rejetée et l'hypersensibilité aux remarques pourraient être un facteur aggravant pour le trouble anxieux pouvant expliquer ses difficultés relationnelles sur le plan

- 22 - professionnel et la capacité de résilience très limitées (comme mentionnée dans mon rapport du 1er juin 2020). » Le 10 mai 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions, en renvoyant à un avis médical du SMR du 4 mai 2022, dont il ressort ce qui suit : « Discussions : Suite au rapport du 27.3.22 du Dr T. \_\_\_\_\_ [sic] : > Ce rapport n'apporte pas d'éléments objectifs sur lesquels le diagnostic d'un trouble mental ou psychique nouveau ou en aggravation notable peut se reposer. > Les mesures médicales proposées par l'expert (...) incluent un traitement psychotrope (antidépresseur) et/ou des techniques de thérapies cognitives et comportementales. L'assurée ne présente pas de contre-indication formelle à la mise en place de ce type de traitement pour son trouble anxieux. Ces mesures médicales ne mettent pas en danger la vie ou l'état de santé psychique de l'assurée. Ce sont par ailleurs les mêmes propositions que celles formulées par le Dr T. \_\_\_\_\_ [sic] dans son rapport du 1.6.20. > Le Temesta (qui est un benzodiazépine et ne fait pas partie de la classe des antidépresseurs) est une médication à visée symptomatique rapide. L'absence d'amélioration significative de l'état psychique de l'assurée avec cette médication ne présage pas de l'échec d'un traitement de fond mené selon les règles de l'art. Les approches

psychothérapeutiques cognitivo-comportementales constituent le traitement psychopharmacologique de choix. Une vaste littérature est disponible sur le sujet (American Psychiatric Association. Practice guidelines for treatment of patients with panic disorder, Part V – Review and synthesis of available evidence, 2019). > Les critères diagnostics psychiatriques selon la CIM-10 pour un trouble de personnalité, qui représente des modalités de comportement profondément enracinées et durables, se manifestant dans des situations personnelles et sociales variées, faisaient clairement défaut au terme de l'appréciation minutieuse par l'experte psychiatre (...). Le rapport du 27.3.33 du Dr T. \_\_\_\_\_ [sic] n'apporte pas d'élément nouveau, objectif et étayé de nature à faire reconsidérer cette appréciation. » Le 15 juillet 2022, la recourante a produit deux courriels du Dr T. \_\_\_\_\_ à son conseil, datés des 27 juin et 4 juillet 2022, dont il ressort que, malgré une bonne observance médicamenteuse et la mise en place d'un suivi infirmier en psychiatrie, son tableau clinique était stationnaire, sans aucune amélioration. Le psychiatre traitant a en outre transmis à Me Landert les résultats de laboratoire attestant selon lui la bonne observance médicamenteuse, sauf pour la Quiétapine en 2021 en raison des effets

- 23 - secondaires, précisant toutefois que le traitement le plus important pour le trouble anxieux à cette période était la Sertraline. Par déterminations du 29 août 2022, l'intimé a maintenu sa position. Le 21 octobre 2022, Me Alexa Landert a déposé la liste de ses opérations. 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). 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, compte tenu des fêtes hivernales (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA), 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 a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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

- 24 - 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 7 décembre 2021 (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. 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. 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).

- 25 - 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

- 26 - 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). aa) 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). bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du

déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 6. En l'espèce, l'OAI a refusé de prester au motif que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante, fondant principalement sa décision sur les conclusions de l'expertise du 21 décembre 2020 menée par le X.\_\_\_\_\_. Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise, se référant aux rapports de son psychiatre traitant.

- 27 - a) Aux termes de son rapport d'expertise du 21 décembre 2020, la Dre Y.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Elle a estimé que la capacité de travail de l'intéressée avait été nulle de novembre 2018 à avril 2019, puis a retenu une capacité de travail entière d'avril 2019 à octobre 2020, et, enfin, a constaté une incapacité de travail totale depuis octobre 2020. D'après l'experte, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail devrait être de 100 % dans un délai de trois mois, soit dès le 1er mars 2021. En effet, selon elle, un traitement médicamenteux à base de Fluoxétine et de Quétiapine, ainsi que des techniques de thérapie cognitive et comportementale permettraient une amélioration des troubles en trois mois. Dès lors, l'OAI a estimé que l'atteinte à la santé psychique de la recourante ne constituait pas une atteinte à la santé durablement incapacitante du point de vue biomédical, puisqu'elle était susceptible d'être pleinement traitée et améliorée par un traitement psychiatrique adapté (cf. avis juriste du 23 septembre 2021). Les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par la Dre Y.\_\_\_\_\_ ne sauraient toutefois être suivies, faute de valeur probante. L'appréciation de cette experte est en effet insuffisamment motivée, contient des contradictions et est sérieusement mise en doute par les pièces au dossier, comme cela sera examiné ci-après. aa) On relèvera tout d'abord que le diagnostic retenu par l'experte varie au fil du rapport. Si, au point 3.4 (cf. rapport d'expertise, p. 17), la psychiatre pose uniquement le diagnostic incapacitant de trouble panique avec agoraphobie et ne relève aucun diagnostic non incapacitant, elle retient ensuite, à la page 19, le diagnostic de trouble anxieux. Puis, dans le chapitre consacré à la discussion s'agissant des divers diagnostics ressortant des rapports médicaux au dossier (ibidem, bas de la p. 19), elle observe que le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son expertise du 5 novembre 2018, a posé les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie et de trouble hypochondriaque, et soutient que ces derniers sont également retenus ce jour. Elle constate ensuite que le Dr T.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'agoraphobie avec trouble panique, d'anxiété généralisée, de crainte

- 28 - excessive d'avoir une maladie et de personnalité anxieuse et note que « les diagnostics retenus ci-dessus se recourent globalement avec les observations de ce jour, en dehors du diagnostics F60.6 [de personnalité anxieuse] ». On peine dès lors à comprendre quels diagnostics sont définitivement retenus par la Dre Y.\_\_\_\_\_, celle-ci n'étayant d'ailleurs pas pour quelles raisons elle écarterait ou retiendrait les diagnostics posés par les

différents médecins, en particulier le diagnostic de trouble hypochondriaque ou de crainte excessive d'avoir une maladie. De même, l'experte n'explique pas quelle serait l'influence de ces diagnostics sur la capacité de travail. Il découle de ces éléments que, sur le plan des diagnostics psychiatriques, l'évaluation de l'experte Y. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincante et ne peut être suivie. bb) L'appréciation de l'experte paraît en outre être fondée sur ses seules constatations au cours de l'examen, sans prendre en compte l'ensemble des pièces au dossier. La Dre Y. \_\_\_\_\_ expose en effet que l'assurée lui a décrit une amélioration des symptômes six mois après le début de l'incapacité de travail avec une prise ponctuelle de traitement anxiolytique et un fonctionnement quotidien dans la norme ; l'expertisée aurait ensuite expliqué qu'elle se sentait à fleur de peau depuis cet été et décrit une recrudescence des troubles depuis octobre 2020. Sur cette base, l'experte a retenu une capacité de travail entière d'avril 2019 à octobre 2020. Or, cette évaluation est en complète contradiction avec l'ensemble des éléments au dossier. Il ressort en effet du rapport du 15 avril 2019 du Dr T. \_\_\_\_\_ que les diagnostics consistaient en une agoraphobie avec trouble panique depuis 2013, une crainte excessive d'avoir une maladie depuis 2018, ainsi qu'une personnalité anxieuse ; ensuite de l'évènement traumatique du 30 mars 2017, soit le braquage subi sur son lieu de travail, la recourante présentait une hypervigilance, des troubles du sommeil, des épisodes

- 29 - d'attaque de panique avec gêne thoracique, dyspnée, palpitations, sensation de vertige et impression d'évanouissement environ une à trois fois par jour. Le tableau s'était aggravé progressivement avec l'installation d'une symptomatologie agoraphobique avec la crainte de quitter son domicile, la peur des foules et la peur de se déplacer seule, ainsi que des TOC, une irritabilité et des préoccupations de nature hypochondriaque. D'après le psychiatre traitant, la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et le pronostic réservé. Dans ses rapports des 9 septembre 2019, 13 avril 2020 et 1er juin 2020, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution stationnaire ; l'anxiété et les peurs concernant la santé étaient persistantes et présentes tous les jours, la patiente ne sortant plus de chez elle en lien avec la crainte d'un AVC ou d'une crise cardiaque, rendant très compliquée la prise en charge de ses enfants, en particulier les déplacements entre l'école et le domicile. Elle souffrait toujours d'attaques de panique, d'une anxiété importante, de fatigabilité, d'une agoraphobie, de difficultés de concentration, d'oublis fréquents, d'irritabilité, d'une thymie fluctuante, de troubles du sommeil, de ruminations centrées sur la santé physique ou la prise de médicaments avec la crainte de développer une allergie médicamenteuse. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis l'été 2018. De même, le 12 août 2019, la recourante a rempli un formulaire que lui avait adressé l'OAI et indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le 1er avril 2019, en ce sens qu'elle subissait plus de crises d'angoisse et de panique et qu'elle ne sortait plus de chez elle à cause de sa peur. Il apparaît par ailleurs que S. \_\_\_\_\_ a octroyé des indemnités journalières à l'assurée jusqu'en mai 2020, reconnaissant une incapacité de travail totale jusqu'à cette date à tout le moins. Ainsi, contrairement à ce que retient l'experte psychiatre, les éléments au dossier attestent d'une évolution stationnaire, voire d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre les mois d'avril 2019 et de juin 2020. Il en ressort également que, durant cette période, le quotidien de l'intéressée ne pouvait être qualifié de « dans la norme », celle-ci ne sortant pratiquement pas de chez elle, sauf pour mener ses

- 30 - enfants à l'école, ce qui était en soi très compliqué (cf. rapport du 13 avril 2020 du Dr T. \_\_\_\_\_). Elle n'était en effet pas capable ne serait-ce que d'aller faire des courses ou de se rendre chez son psychiatre, lequel se déplaçait à son domicile afin de la traiter (cf. expertise psychiatrique, p. 14 et 17). C'est le lieu de relever que l'intéressée travaillait à 100% avant l'aggravation de son état de santé et que son quotidien à l'époque ne consistait pas à rester au foyer et à s'occuper de ses enfants. A cela s'ajoute que l'affirmation de l'experte psychiatre selon laquelle l'assurée avait pris ponctuellement des traitements anxiolytiques durant la période incriminée est erronée. Il ressort bien plutôt des nombreux rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ que plusieurs traitements antidépresseurs ont été introduits depuis novembre 2017, mais qu'ils ont systématiquement été interrompus après quelques mois, voire quelques semaines, à cause de la crainte d'effets secondaires. Le 15 avril 2019, le psychiatre traitant a indiqué à ce sujet que le dernier traitement antidépresseur avait été pris du 2 octobre 2018 au 4 janvier 2019 et que le traitement actuel consistait uniquement en du Temesta, que sa patiente prenait toutefois rarement à cause de sa peur d'une réaction anaphylactique. Aux termes de son rapport du 13 avril 2020, le Dr T. \_\_\_\_\_ a également expliqué que le dernier traitement antidépresseur avait été pris entre le mois de janvier et la fin du mois de février 2020, que la patiente ne suivait actuellement aucun traitement médicamenteux et était méfiante même pour la prise de Temesta, avec pour conséquence une exacerbation des troubles paniques et des crises d'angoisse paroxystiques nocturnes et qu'il l'accompagnait afin qu'elle adhère à un tel traitement. Du reste, il a mentionné dans l'ensemble de ses rapports que la compliance médicamenteuse était variable. Face à ces éléments, la Dre Y. \_\_\_\_\_ n'a pas questionné davantage l'assurée ni ne l'a confrontée aux rapports de son psychiatre traitant contredisants ses dires. Elle n'a ainsi pas cherché à connaître la situation réelle de l'expertisée durant la période litigieuse. Elle ne s'est du reste pas positionnée sur les rapports du psychiatre traitant susmentionnés, se contentant d'affirmer qu'à l'anamnèse de ce jour, la

- 31 - personne assurée décrivait un environnement social dans la norme, qu'elle était une mère aimante et organisée, s'occupait de ses enfants, était bien entourée et s'était rendue en vacances en été 2020 (cf. rapport d'expertise p. 20 et 21). Ses conclusions s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail ne sont donc pas fondées sur une analyse complète et fouillée de tous les éléments au dossier et ne sauraient être qualifiées de convaincantes. cc) Enfin, l'expertise de la Dre Y. \_\_\_\_\_ est incomplète, en ce sens qu'elle relève que l'intéressée refuse tout antidépresseur et soutient qu'un traitement médicamenteux et une thérapie cognitive et comportementale permettraient une amélioration de l'atteinte à la santé dans les trois mois, sans analyser l'influence du trouble hypochondriaque et, ainsi, de la crainte de prendre des médicaments de l'expertisée sur la possibilité effective de suivre un tel traitement. Il ressort pourtant des rapports du psychiatre traitant, comme examiné plus haut (cf. consid. 6a bb supra), que la prise d'un traitement antidépresseur est rendue extrêmement compliquée par les craintes de l'assurée et que les nombreuses tentatives de celle-ci de se médicamer entre 2017 et 2020 ont systématiquement échoué. Le Dr T. \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs plusieurs fois noté que sa patiente souffrait d'une pharmacophobie, à savoir d'une crainte malade des médicaments (cf. rapports du 5 novembre 2018 au Dr Q. \_\_\_\_\_ et du 15 avril 2019 à l'OAI). Du reste, l'assurée a elle-même fait part à plusieurs reprises de ses craintes à l'experte Y. \_\_\_\_\_, indiquant notamment en début d'entretien « J'ai peur des médicaments, ça me met en panique » (cf. rapport d'expertise, p. 10). Cette peur s'est d'ailleurs vérifiée le jour de l'expertise, lors de laquelle l'assurée a affirmé avoir pris du Temesta le matin même, alors que les analyses

sanguines ont révélé le contraire. Dans ces conditions, l'experte ne pouvait partir du principe que le refus de se traiter correspondait à un manque de volonté de l'intéressée et renoncer à examiner si celle-ci souffrait effectivement de pharmacophobie, probablement en lien avec un trouble hypochondriaque, et, cas échéant, l'influence de cette phobie sur les chances de succès d'un

- 32 - traitement médicamenteux. Les réponses à ces questions sont en effet essentielles pour juger du cas de la recourante, puisqu'un refus de se soumettre à un traitement antidépresseur ou l'échec des traitements entrepris en raison d'une comorbidité ne saurait être considéré comme un indice du peu de gravité du diagnostic retenu, mais justifieraient au contraire de retenir des indicateurs en faveur du degré de gravité des atteintes psychiques, temporairement du moins (cf. notamment TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3). Au surplus, on peut s'interroger sur les affirmations de l'experte selon lesquelles, d'après les études cliniques – qu'elle ne cite au demeurant pas –, le traitement préconisé engendrerait un recouvrement de la capacité de travail à 100 % en trois mois, et, sans traitement médicamenteux, les techniques de thérapie cognitive et comportementale seules seraient résolutive des troubles de l'intéressée en trois à six mois. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a en effet exposé dans ses rapports des 10 octobre 2021 et 27 mars 2022 qu'il ne partageait pas cet avis et s'est référé à de la littérature médicale qui rapporte certes un bon taux d'efficacité de la TCC sur les personnes atteintes de trouble panique avec ou sans agoraphobie de manière générale, sans toutefois que la totalité des patients ne montre une réponse significative ; environ 20 % des patients ne feraient pas ou peu de progrès et seuls 20 % atteindraient une rémission complète. Cela est corroboré par les conclusions de l'expertise menée le 19 novembre 2018 par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce dernier a noté que la recourante était compliant à son traitement antidépresseur introduit le 2 octobre 2018, qu'elle était suivie par un psychiatre et bénéficiait en outre d'un suivi infirmier dans le but de faire de la relaxation et un travail cognitif en lien avec l'agoraphobie. Pourtant, à son avis, malgré ce traitement approprié, la capacité de travail de l'assurée était nulle et il n'était pas possible, en l'état, de faire un pronostic quant à l'évolution ultérieure. Du reste, dans son rapport du 27 mars 2022, le Dr T. \_\_\_\_\_ a attesté que sa patiente avait surmonté partiellement ses peurs et pris un traitement antidépresseur (Sertraline, 150mg par jour) du 11 février au 29 décembre 2021, avec une efficacité modérée sur les attaques de panique et sans amélioration significative de l'agoraphobie et donc de sa qualité de vie.

- 33 - Par conséquent, les éléments au dossier font planer un sérieux doute sur les conclusions de l'experte Y. \_\_\_\_\_. dd) Compte tenu des éléments qui précèdent, l'expertise du X. \_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit. Dès lors, l'intimé ne pouvait se fonder sur celle-ci pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, ainsi que sur l'exigibilité du traitement et, partant, refuser de prester. 7. Vu ce qui précède, l'état de santé de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Les rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ sont en effet insuffisants pour se prononcer à la lumière des indicateurs jurisprudentiels. L'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet donc pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle

devra notamment se prononcer sur l'influence d'un éventuel trouble hypochondriaque sur l'échec des traitements entrepris et sur l'incidence d'un traitement adéquat sur la capacité de travail de l'intéressée. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'intimé rendra une nouvelle décision. 8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

- 34 - soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La 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 LPG). La liste des opérations déposée le 21 octobre 2022 par Me Landert ne saurait être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, le temps consacré à la rédaction du recours est excessif. En outre, il convient de retrancher les opérations liées à la rédaction et à la préparation d'un bordereau de pièces, ainsi qu'à la préparation de la demande d'assistance judiciaire. Celles-ci étant opérées par le secrétariat, elles sont incluses dans l'indemnisation forfaitaire des débours et ne peuvent donc faire l'objet en sus d'une rémunération horaire au tarif applicable à un avocat breveté. Enfin, il apparaît que la transmission à la cliente de lettres adressées au Tribunal ou au psychiatre traitant a été facturée systématiquement par dix minutes, ce qui est également excessif. Partant, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 35 - I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 7 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 C.\_\_\_\_\_ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Alexa Landert (pour C.\_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurance sociales, par l'envoi de photocopies.

- 36 - 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 :

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