

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 44 LPG

E n f a i t :

A. a) A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de F._____, née en 1970, veuve et mère d'un enfant né en 1991, séjournant en Suisse depuis 2002, sans formation professionnelle, a travaillé dès le 3 janvier 2012 en qualité d'employée viticole au sein de la société K._____ SA (ci-après : l'employeur). Elle est en incapacité totale de travail depuis l'automne 2014.

Dans un rapport du 24 novembre 2014 adressé à l'assurance perte de gain en cas de maladie (LAMal) de l'employeur (ci-après : l'assurance perte de gain), le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la Fondation W._____, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F.62) et une expérience de guerre et d'autres hostilités (F.65.5) depuis 1992, ainsi que de rechute d'un trouble dépressif récurrent (F33.1) existant depuis le printemps 2014. Il a en outre indiqué que le pronostic était réservé, tout en s'interrogeant sur la capacité de l'assurée à entreprendre une activité professionnelle dans le marché de travail commun compte tenu de sa fragilité, « offrant peu des ressources psychiques ». Au nombre des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le Dr V._____ a énuméré une symptomatologie anxieuse et dépressive comportant une désorganisation psychique incompatible avec une activité professionnelle compte tenu des ressources psychiques et probablement intellectuelles de l'intéressée. Il a estimé, du point de vue médical, que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'une activité adaptée ne l'était pas.

On extrait ce qui suit d'un rapport adressé au médecin-conseil de l'assurance perte de gain par le Dr V._____ le 12 janvier 2015 :

« Pour faire suite au rapport médical de la personne susmentionnée que nous avons adressé en date du 24 novembre dernier, je me permets de vous fournir d'autres éléments cliniques relatifs à cette patiente, afin de vous transmettre notre constat de l'atteinte grave à

sa santé psychique ainsi que nos inquiétudes concernant son contexte psychosocial et asséurologique actuel.

A._____ a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique dans notre policlinique entre 2003 et 2012 en raison d'un trouble dépressif persistant suite à une modification durable de la personnalité, la patiente ayant vécu une expérience de guerre avec viol dans son pays natal, la F._____, en 1992. A l'époque, afin de la stabiliser, il a été nécessaire de mettre en place un réseau social et de soins assez étoffé avec par ailleurs une médication psychotrope conséquente. Grâce à cela, elle a trouvé une certaine stabilité psychique et sociale, parvenant à entreprendre une activité professionnelle depuis 2010. Nous étions surpris par le fait qu'elle a pu tenir autant de temps dans cette activité professionnelle, qui ne serait d'ailleurs pas adaptée à ses difficultés psychiques et qu'il ne s'agit en aucun cas d'un milieu protégé. Notre hypothèse est que A._____ a pu tenir grâce à des défenses du registre psychosomatique, lorsqu'elle a développé plusieurs troubles physiques durant ce[tte] période, qui ont motivé des fréquentes consultations chez son médecin généraliste, la Dresse H._____ ainsi que des périodes d'incapacité de travail.

Du point de vue psychopathologique, nous considérons que suite au traumatisme psychique subi par A._____ dans les années 90, une modification durable de sa personnalité s'est opérée, chez une patiente qui aurait à la base peu de ressources psychiques et intellectuelles, développant par la suite un trouble anxieux et dépressif récurrent avec somatisations, le tout faisant partie d'un état psychique cristallisé, avec un pronostic certes réservé si ce n'est que nous pouvons attendre une certaine stabilité dans un cadre social et de soins rassurant et adapté à ses moyens. A savoir, A._____ bénéficie actuellement [d']un mode de vie assez restreint, et présente une rechute anxieuse et dépressive avec symptômes psychotiques tels que des idées de persécution, d'interprétativité et des idées de concernement, qui est loin de se stabiliser à cause du contexte psychosocial et asséurologique qui devient précaire ».

L'assurance perte de gain a mandaté le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise. De son rapport d'expertise du 16 février 2015, on extrait notamment ce qui suit :

« **A. QUESTIONS CLINIQUES**

1. ANAMNÈSE

[...]

1.2. Evolution de la maladie et résultat des thérapies

Antécédents psychiatriques

Selon A._____, les troubles sont récents. Le malaise qu'elle ressent actuellement est beaucoup plus important que le malaise qu'elle avait ressenti en F._____. A noter qu'il n'y a pas eu

d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans les faits, A. _____ a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique de 2003 à 2012.

Antécédents somatiques

Douleurs.

[...]

1.3. Histoire personnelle

A. _____ a grandi en F. _____, en zone périurbaine. La naissance et le développement psychomoteur se sont bien déroulés. Il n'y a pas eu de problème d'intégration sociale. Il n'y a pas de traumatisme durant l'enfance ni l'adolescence. L'enfance a été heureuse et elle n'a manqué de rien.

A. _____ est sans nouvelles de ses parents. Elle n'a plus de contact. Elle n'est jamais retournée en F. _____ depuis 2002. Elle n'a jamais eu de contact téléphonique avec eux ni avec les autres membres de sa fratrie. Elle est la 3^{ème} d'une fratrie de sept.

A. _____ a quitté la maison à 18 ans pour se marier, mariage qui avait été librement consenti. De cette union, il y a un fils âgé de 24 ans. Il vit avec elle. Il est au chômage. Il suit un stage. Il n'a pas de projet de quitter le domicile familial.

A noter qu'il n'y a pas eu de décès dans sa famille directe durant le conflit. En revanche son époux et le frère de ce dernier sont décédés en 1993. A. _____ a vécu la guerre en F. _____. Il y avait des conflits là où elle vivait. Elle a vu des scènes de guerre. La zone où elle vivait était encerclée.

Sa famille ne l'a absolument pas aidée après la guerre et elle a dû se débrouiller seule. Elle a essayé d'oublier la guerre. Le travail lui a permis d'aller de l'avant. Elle ne pense plus à la guerre actuellement car ses problèmes de santé actuels sont au premier plan.

A. _____ n'a pas de famille en Suisse. Elle a de la famille en F. _____ ou aux Etats-Unis. Elle est venue en Suisse avec son fils. Elle a un permis B. Elle n'a pas de connaissance. Elle a eu un collègue bosniaque avec qui elle s'entendait bien au travail.

Concernant le français elle [l]e comprend bien mais elle peine à s'exprimer. Elle a bénéficié de cours de français durant 9 mois mais elle ne sait pas à quand cela remonte.

2. PLAINTES SUBJECTIVES

Spontanément, A. _____ rapporte des douleurs dorsales et des blocages au niveau de membres inférieurs. Elle ne peut pas lever les épaules. Elle n'est pas bien psychiquement. Elle se sent perdue. Elle reste allongée la plupart du temps durant la journée.

A l'anamnèse orientée, il n'est pas possible de savoir s'il y a des problèmes de concentration ou pas [...].

Elle entend parfois plusieurs voix qui communiquent entre elles par des sons bizarres. Ce ne sont pas des paroles distinctes. Cela

l'inquiète. Cela a été le motif d'une consultation en psychiatrie. Elle ne se sent pas directement menacée, ajoutant ensuite qu'elle a peur de tout.

[...]

A._____ est anxieuse car elle ne se sent pas bien et elle est incapable de travailler. Elle a beaucoup de peine à sortir de chez elle mais il n'y a pas de cognition agoraphobe. Elle explique que ses difficultés à se déplacer sont liées à des douleurs importantes qui l'empêchent de bouger. A noter que, selon A._____, les douleurs sont apparues lors d'un accident de travail il y a 4 ans [...].

3. EXAMEN CLINIQUE

[...]

Il n'y a pas de comportement algique durant l'entretien mais un fort rétrécissement du champ de la pensée sur des douleurs. Celles-ci reviennent assez spontanément dans son discours. A._____ quittera l'entretien en boitant avec une attitude démonstrative. L'attitude est extrêmement plaintive.

L'orientation est normale dans les trois modes. Il y n'a pas de troubles de la vigilance. Il est difficile vu l'attitude extrêmement plaintive de mesurer d'éventuels troubles de la mémoire et A._____ a de la peine à donner des indications précises concernant certains événements. Il n'y a pas de problème de concentration ni d'attention.

[...]

Globalement, l'attitude de A._____ touche peu l'examineur vu le caractère manifestement exagéré des plaintes. Cela rend également l'expression de certaines plaintes assez peu crédibles. Ceci est renforcé par le fait que, incidemment après l'entretien, nous avons vu A._____ dans un établissement public. Elle était alors accompagnée d'un homme. Elle paraissait détendue. Nous l'avons vue rire. Elle semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle nous avait affirmé qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile.

A._____ semble fatiguée et épuisée. Elle exprime de la tristesse et globalement un certain malaise. Toutefois le dynamisme est conservé. Elle a un bon niveau d'énergie notamment dans sa manière de répondre. Elle cherche à convaincre l'examineur de l'importance de ses plaintes.

[...].

4. DIAGNOSTICS

4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Nihil.

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00).
- Possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Introduction

A. _____ est âgée de 45 ans. Elle est veuve et mère d'un enfant âgé de 24 ans. Elle vit en Suisse depuis 2002. Depuis 4 ans, elle bénéficie d'un permis B après avoir bénéficié d'un permis F, A. _____ étant venue en Suisse avec un statut de réfugiée politique.

A. _____ a vécu des scènes extrêmement pénibles dans son pays. A la lecture du rapport du dossier médical il apparaît qu'elle a été abusée. Elle nous confiera également qu'elle a perdu son mari ainsi qu'un beau-frère durant le conflit armé.

Elle a été prise en charge de 2003 à 2012 dans un centre de psychothérapie. L'évolution clinique satisfaisante a permis un arrêt de ce suivi et un arrêt de la médication psychotrope.

Elle a travaillé au total durant 6 ans environ de 2008 à 2014. Il y a une rechute dépressive depuis le printemps et depuis octobre 2014 une incapacité de travail en lien avec une reconnaissance d'un épisode dépressif. A. _____ se sent apparemment maltraitée par son employeur.

Selon notre entretien téléphonique avec le Dr V. _____, il ressort que A. _____ fonctionne selon un mode opératoire et qu'elle a de faibles ressources psychiques. Elle peut être projective ce qui provoque des difficultés relationnelles, notamment avec les sujets masculins. Il s'interroge sur le fait qu'elle ait pu travailler. A. _____ souffre d'un trouble somatoforme et les plaintes somatiques sont au premier plan. Les entretiens se font avec un traducteur. Il estime que l'incapacité de travail est entière.

Selon notre entretien téléphonique avec la Dresse H. _____, il ressort que le métier était difficile, ce qui était responsable de douleurs dorsales. Il y a aussi des problèmes liés à l'environnement professionnel celui-ci étant principalement masculin. La Dresse H. _____ a procédé à des injections d'antalgiques.

Situation actuelle

Sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons en premier lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il y a un rétrécissement important du champ de la pensée sur les douleurs, A. _____ est extrêmement plaintive et aussi par moment démonstrative. Elle a tendance à répondre de façon positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. L[e] caractère manifestement

exagéré des réponses, rend ces dernières moins crédibles. Elle reproche à son employeur d'avoir trop exigé d'elle et surtout elle revient à plusieurs reprises sur le fait qu'elle a été victime d'un accident du travail et que depuis elle ressent d'importantes douleurs.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Ce trouble est associé à un trouble de l'humeur. Les plaintes subjectives étant beaucoup plus importantes que les constatations objectives, il est difficile d'apprécier la présence d'un épisode dépressif. Sur la base des seules plaintes subjectives de l'assurée, on retiendrait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Vu la présence d'un certain dynamisme, un caractère démonstratif et le fait qu'incidemment elle se présentait sous un aspect tout à fait normal, nous considérons que cet épisode dépressif est actuellement tout au plus léger et syndrome somatique (F32.00).

Finalement, A. _____ présente possiblement une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il n'y a pas lieu de remettre en doute le fait qu'elle a subi un choc psychologique et que cela a eu des conséquences sur son état psychique. Toutefois il faut relever qu'elle a pu reprendre une activité professionnelle et suivre des cours de français en Suisse. De plus, elle affirme que le fait d'avoir une activité professionnelle a un effet positif sur son état psychique et actuellement elle ne pense plus à la guerre, ses problèmes actuels sont au premier plan. Ces éléments parlent contre une modification durable de la personnalité et si l'on devait toutefois retenir ce diagnostic, cela n'entraverait pas sa capacité de travail. Cela ne représenterait pas non plus une comorbidité psychiatrique sévère.

Capacité de travail

Nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle. La capacité de travail est entière, A. _____ peut travailler à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement et ceci dès à présent. Il y a une attitude extrêmement régressive. Cela ne rentre pas dans le cadre d'une affection psychiatrique pouvant occasionner une incapacité de travail.

6. REPONSES AUX QUESTIONS

[...]

5. *Les troubles rapportés par l'expertisée sont-ils concordants avec les résultats des examens cliniques et paracliniques ainsi que la documentation à votre disposition ? Dans la négative, motiver la réponse.*

Non, il y a une différence entre la présentation durant l'entretien et ce que nous avons pu incidemment observer. De plus, les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives ».

b) Le 20 mars 2015, l'assurée 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), indiquant souffrir de troubles psychiatriques.

Dans un rapport à l'OAI du 22 avril 2015, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) depuis le printemps 2014, de modification durable de la personnalité après une période de catastrophe (F62.0) et d'expériences de guerre et d'autres hostilités (F65.5) depuis 1992. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100% dès le 21 novembre 2014, encore en cours et pour une période indéterminée, due à une symptomatologie anxieuse et dépressive avec somatisations au premier plan, mais notamment avec des symptômes psychiques, incompatible avec une quelconque activité professionnelle. Il a en outre précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'il était encore tôt pour se positionner concernant une durée d'incapacité et une éventuelle reprise d'activité.

Le rapport médical du 22 avril 2015 fait en outre état de ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Il s'agit d'une patiente connue de notre policlinique pour avoir bénéficié d'un suivi entre 2002 et 2012, en raison d'un trouble dépressif persistant suite à des modifications durables de la personnalité, la patiente ayant vécu en 1992 des expériences de guerre et d'abus dans son pays natal, la F._____. A l'époque, afin de la stabiliser, il a été nécessaire de mettre en place un réseau social et des soins assez étoffés, avec par ailleurs une médication psychotrope conséquente. Grâce à cela, elle a trouvé une certaine stabilité psychique et sociale, ce qui lui permet d'entreprendre une activité professionnelle depuis 2010 dans le domaine de la vigne. A noter qu'elle aurait arrêté toute médication psychotrope depuis 2012.

Il y a environ 2 ans, A._____ a été victime d'un accident sur son lieu de travail, un wagon l'aurait traînée plusieurs mètres, elle aurait perdu connaissance. Il semble qu'à l'époque elle n'aurait pas eu de conséquences somatiques significatives. Cependant, cet événement semble réactualiser les traumatismes du passé. Dans ce contexte, elle développe depuis des somatisations de type douleurs ostéoarticulaires diffuses de plus en plus fréquentes associées à des symptômes anxieux et dépressifs fluctuants. En plus elle développe

progressivement un sentiment persécutoire à l'égard de son patron qu'elle corrèle directement à l'incompréhension de celui-ci autour de son accident subi sur son lieu de travail ainsi que pour ses multiples douleurs qu'elle présenterait par la suite et qui motiveront des arrêts maladie avec une certaine fréquence. Elle verra dans ce contexte régulièrement la Dresse H._____, nécessitant une médication antalgique importante. Depuis le printemps 2014, l'état psychique et physique de A._____ se dégrade, elle se sent harcelée, exploitée et mal traitée par son patron, ce qui exacerbe ses symptômes anxieux et dépressifs avec l'expression d'idées suicidaires, d'importants troubles du sommeil, des crises de pleurs et dit avoir parfois de la peine à réfléchir et à organiser ses idées, ayant tendance à oublier ses horaires, ses rendez-vous et à perdre les objets. Elle se sent parfois confuse et décrit des épisodes d'évanouissement ressemblant à des crises dissociatives. La Dresse H._____ aurait prescrit une médication de Truxal avec laquelle la patiente dit ne ressentir aucun effet. Elle développe des symptômes psychotiques tels que des idées de persécution de plus en plus importantes pouvant parfois se dire suivie dans la rue par des inconnus, voire épiée. Elle est interprétative, elle a des idées de concernement. L'état actuel de la patiente est loin d'être stabilisé en raison d'une situation psychosociale extrêmement précaire, suite à son licenciement au début de l'année 2015 et au refus de l'assurance perte de gains à couvrir son incapacité de travail, ce qui entraîne une situation financière compliquée et la patiente étant complètement dépassée par les multiples démarches dans le cadre social, juridique, du syndicat, etc... A l'heure actuelle, nous sommes en train d'organiser une curatelle pour la patiente ».

Dans un rapport à l'OAI du 15 juillet 2015, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33 dès le printemps 2014), modification durable de la personnalité après une période de catastrophe (F62.), expérience de guerre et autre hostilité (F65.5), de syndrome post-traumatique (F43.2). Sur le plan somatique, elle a également posé les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec dos plat, importantes lésions dégénératives et arthrose facettaire ainsi que discopathies C5-C6-C7, discopathie importante L5-S1 scoliose, et ancien traumatisme non daté avec tassement du corps vertébral de D12. A l'anamnèse, la Dre H._____ a relevé que l'assurée avait déjà subi un traumatisme pendant la guerre de F._____ (viol en bande), développé un état dépressif extrêmement important avec troubles psychotiques et syndrome post-traumatique aigu, ayant nécessité un soutien et une psychothérapie de 2003 à 2012 avec amélioration lente, soulignant que durant cette période, l'intéressée avait présenté d'importantes douleurs

récidivantes de tout le rachis sur troubles statiques et dégénératifs avec probables troubles post traumatique, précisant qu'elle avait toutefois pu reprendre des travaux, même relativement lourds. Selon la Dre H._____, il semble qu'il y ait eu, courant 2014, à nouveau un harcèlement sur le lieu de travail en particulier sexuel qui a déclenché une décompensation très importante sur le plan psychiatrique, mais également une exacerbation des douleurs au niveau du rachis, des douleurs polyarticulaires, douleurs d'insertion (genoux, hanches), ainsi que des céphalées d'origine mixte. Au nombre des restrictions, cette praticienne a indiqué que du point de vue somatique pur des travaux lourds, un port de charge de plus de 10 kg et un travail hautement physique tel qu'effectué à la vigne durant les dernières années n'étaient plus compatibles vu l'état du rachis de l'assurée. Elle a également souligné que le pronostic dépendait largement de l'évolution sur le plan psychiatrique.

c) Sur mandat de l'assurance perte de gain, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R._____, psychologue, dont le rapport du 10 septembre 2015 a notamment la teneur suivante :

« 4. DIAGNOSTICS

4.1.0 DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4^e éd.]

Axe I	Episode dépressif majeur récurrent, actuellement moyen à sévère (avec somatisations)
Axe II	Possible modification durable de la personnalité après événements catastrophes
Axe III concerné	Surcharge pondérale (BMI 31.09kg/m ²) cf. spécialiste
Axe IV	Décès de son époux en 1993 ; traumatismes durant la guerre en F._____ en 1997 ; conflit professionnel et licenciement

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.1.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- ---

4.1.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Episode dépressif majeur récurrent, actuellement moyen à sévère (avec somatisations)
- Possible modification durable de la personnalité après événements catastrophes

5. DISCUSSION

[...]

5.2. APPRÉCIATION DIAGNOSTIQUE

D'un point de vue **psychopathologique**, A._____ a présenté une évolution dépressive probablement dans un contexte professionnel, son employeur lui exprimant de nombreuses critiques et semble-t-il faisant des menaces de licenciement. D'autre part, l'assurée a connu des tensions avec des ouvriers saisonniers qui auraient eu des gestes obscènes et des comportements inadéquats avec elle.

On sait la mise en route en novembre 2014 d'un traitement de Cymbalta 30 mg et de Seroquel à 150 mg/j. Lorsque A._____ a été examinée en février 2015 pour une expertise psychiatrique, le Dr M._____ ne met pas en évidence de symptomatologie dépressive cliniquement importante. Celle-ci est jugée comme légère, avec des symptômes somatiques. D'autre part, le Dr M._____ relève le caractère démonstratif et plaintif, ainsi que la discordance entre son comportement entre l'expertise et celui qu'il aurait observé lorsque l'assurée s'est trouvée par la suite dans un restaurant.

Il paraît probable que des suites de l'arrêt du versement des prestations de la [...], d'un sentiment de préjudice qui existait déjà vis-à-vis de son ex-employeur, A._____ ait présenté une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive.

Nous nous trouvons face à une assurée en larmes, qui présente une anhédonie, une aboulie, un apragmatisme et qui du fait du traitement de Seroquel 150 mg, maintenant augmenté à 200 mg/j, a une prise pondérale de 10 kg, avec une importante somnolence durant la journée et des sensations vertigineuses. Il y a de nombreuses plaintes somatiques atypiques qui semblent résulter d'une assurée disposant de peu de capacités d'introspection et qui médiatise la souffrance psychique sur son corps.

Les quelques symptômes d'allure paranoïde formulés sur un mode très imagé, semblent peu consistants et se retrouve - par expérience - fréquemment chez ces sujets d'ex-Yougoslavie, lié à certains déterminants culturels. Il n'existe probablement pas véritablement de symptômes psychologiques [recte : psychotiques] *lege artis*.

A._____ semble avoir été victime de viol en 1997, dont nous savons manifestement seulement que cela a entraîné de graves conséquences tant au niveau personnel que familial. En ce sens, l'hypothèse d'une **modification de la personnalité après**

expérience catastrophe peut être retenue. Ce concept fait référence au schéma de triple blocage des fonctions du « moi » de FENICHEL : fonction de filtration de l'environnement, fonction de la présence dans le monde et fonction des relations à autrui.

Classiquement, cette modification de la personnalité conduit à une perte d'intérêt et à un état subdépressif, un retrait social et des symptômes phobiques divers, avec souvent un dysfonctionnement relatif majeur, comme c'est le cas ici.

Force est de constater que le Dr V. _____ s'oppose fermement à la décision de l'assurance T. _____ d'interrompre ses versements et à l'avis de l'expert M. _____. Pourtant l'assurée nous a fait parvenir une note manuscrite du Dr V. _____ indiquant que le Cymbalta est toujours à 30 mg/j le matin et le Seroquel à 150 mg/j. Il semble donc y avoir une inconséquence entre l'allégation d'une dépression sévère ne répondant pas au traitement, alors que celui-ci n'a jamais été modifié depuis novembre 2014. D'autre part, le Cymbalta à une posologie de 30 mg/j n'a pas une véritable activité antidépressive et comme nous avons pu le constater le Seroquel à 150 mg est sédatif, effet secondaire dont se plaint l'assurée, entraînant quelques vertiges et une prise pondérale maintenant de 12 kg. Ceci ne fait bien entendu qu'accroître les problèmes dorso-lombaires.
[...]

5.4. Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances

Vu ce qui précède, on peut considérer que l'incapacité de travail est justifiée depuis avril 2015. Force est de constater que A. _____ n'a pas bénéficié d'un traitement dans les règles de l'art, ceci expliquant cela.

5.5. Remarque

Nous recommandons vivement que son traitement pharmacologique puisse être réévalué et examiner A. _____ au plus tard dans deux ou trois mois, car le risque de chronicisation paraît important. En effet, il semble exister aussi de nombreux bénéfices secondaires au statut de malade dans une activité apparemment peu qualifiée et gratifiante, peu rémunérée.

6. REPONSE AUX QUESTIONS

[...]

7. Une reprise du travail est-elle exigible ?

Cette situation est à réévaluer dans deux mois, après la mise en route des mesures médicales adaptées.

8. Activité adaptée : si un changement de profession s'avère nécessaire quels critères médicaux doit satisfaire l'activité adaptée ?

A priori pas indiqué. L'assurée pourra reprendre son activité antérieure une fois son état psychique stabilisé ».

Dans un courrier à l'OAI du 19 janvier 2016, le Dr V._____ a indiqué que le traitement médicamenteux de l'assurée avait été adapté à partir du mois de septembre 2015. Il a en outre relevé que l'intéressée présentait, depuis le printemps 2015, la persistance d'une symptomatologie dépressive sévère, faite d'hypersomnie avec clinophilie, humeur dépressive intense avec pleurs fréquents, importants troubles de la concentration et de l'attention créant notamment des difficultés dans la gestion de son traitement médicamenteux, diminution importante du plaisir, fatigabilité importante, soulignant qu'elle restait la plupart du temps à domicile. Selon le Dr V._____, les douleurs ostéo-mio-articulaires ainsi que des céphalées et autres somatisations persistaient, l'assurée présentant une anxiété quasi permanente, mais gardant toutefois une certaine capacité à assumer les tâches ménagères, bien qu'avec l'aide de son fils. Ce praticien a constaté la diminution, voire la disparition, des symptômes psychotiques du registre persécutoire et des idées de préjudice qui étaient présentes dans le passé, sans idées suicidaires ou noires.

Dans un avis médical du 12 février 2016, le Dr D._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a pris connaissance de l'expertise psychiatrique du Dr X._____ et du rapport détaillé du Dr V._____. Il a estimé que les données médicales concernant les troubles statiques et dégénératifs du rachis évoqués par la Dre H._____ devaient être actualisées.

Ainsi, dans un courrier à l'OAI du 2 mars 2016, la Dre H._____ a indiqué que du point de vue somatique, il existait également une restriction de la capacité de travail en raison de troubles statiques et dégénératifs du rachis importants, tant au niveau cervical que dorsolombaires, ainsi qu'un état douloureux chronique. Elle a relevé que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical demeuraient inchangées depuis son rapport du 15 juillet 2015.

Dans un avis médical du 24 juin 2016, le Dr D._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologie et de médecine interne a ainsi été confiée au B._____ et conduite par les Drs Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, J._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, spécialiste en médecine interne générale. De leur rapport d'expertise du 8 mai 2018 on extrait notamment ce qui suit :

« [...] **G. SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

Rappel de l'histoire médicale

A._____ est une ressortissante de F._____ de 48 ans, veuve depuis 1993 d'un mari décédé durant la guerre. Elle a un fils adulte de 27 ans. Elle est le 3^{ème} enfant d'une fratrie de sept, elle ne sait rien de sa famille, parents et fratrie, depuis 20 ans. Elle est en Suisse depuis 2002.

Elle a été scolarisée 8 ans, sans doublement. Elle n'a jamais travaillé en F._____ ; en Suisse, elle a été active dans le nettoyage et les vignes entre 2008 et 2014.

L'expertisée mentionne un trouble dépressif depuis 2003, motif d'un long suivi au Secteur psychiatrique est (Fondation W._____). Fin 2014, elle a fait une chute sur son lieu de travail avec, dit-elle, une perte de connaissance durant 15 minutes. C'est dès lors que sont apparues des douleurs diffuses et multiples, importantes, concernant rachis, épaules, bras, jambes, genoux et pieds, sans interruption. Une incapacité de travail complète a été attestée dès le 21.11.2014. La dépression a réapparu il y a 3 ou 4 ans ; A._____ est constamment peu bien, sans variations.

Cet état clinique n'a pas changé ; il est même décrit une augmentation de l'intensité des douleurs malgré les traitements prescrits, à savoir physiothérapie, kinésithérapie, traitement thermal et médicaments antalgiques.

Il y a un an, A._____ a présenté des épisodes de dyspnée surtout sous la douche, lorsqu'elle sort de la maison et que l'air est froid ou lors d'une marche plus rapide. Elle prend occasionnellement un spray prescrit par son médecin dont elle ne se souvient pas du nom. Ces épisodes sont généralement suivis de vomissements. Depuis plus de 5 ans, elle souffre aussi de céphalées associées à des vomissements.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne

L'examen de ce jour est normal - hormis une obésité de classe I -, y compris les valeurs de la tension artérielle. Les accès de dyspnée d'allure asthmatique sont ponctuels, devraient disparaître rapidement après bronchodilatateur et n'ont pas entraîné de handicap. En conclusion, il n'y a pas trouble significatif pouvant limiter la capacité de travail, qui est donc complète en temps et rendement.

Sur le plan rhumatologique

Notre examen clinique retient des douleurs extrêmement diffuses et permanentes, associées à de multiples contractures ; ces douleurs sont permanentes, sans systématisation ni logique, avec quelques incohérences, en particulier au niveau du rachis cervical. Les signes cliniques objectifs sont également variables au cours de l'examen.

L'examen clinique et les plaintes de l'expertisée sont sans commune mesure avec les constatations radiologiques. En effet les discopathies dégénératives cervicales et lombaires existaient bien évidemment déjà à l'époque où elle travaillait à 100% dans les vignes et comme femme de ménage. On peut tout au plus considérer le tassement vertébral de D12 comme probable conséquence de la chute de novembre 2014 ; les douleurs secondaires à un tassement vertébral se résolvant entre un et trois mois.

On ne peut que constater que les plaintes de A. _____ n'ont pas de correspondances objectives, donc pas de cause rhumatologique.

Sur le plan psychique

La dépression a réapparue il y a 3 ou 4 ans ; l'expertisée dit n'être pas bien, tout le temps. Elle est suivie par un psychiatre qu'elle voit actuellement toutes les deux semaines ; on lui apporte les médicaments tous les mardis. Elle estime qu'il n'y a aucun changement, l'humeur ne varie pas. A. _____ n'a pas tendance aux ruminations, mais mentionne des oublis. Elle a des idées suicidaires, n'a aucune envie, aucun intérêt, se sent ralentie. Elle n'a pas d'appétit, mange peu, a perdu 10 kilos - mais elle en pesait 105. Elle n'a pas de compagnon et sa libido est nulle. Elle est en permanence *horriblement fatiguée*.

L'expertisée est nerveuse, irritable, a peur que les gens la poursuivent.

Pas de symptômes des autres lignées.

Elle estime avoir tous les symptômes neurovégétatifs, hormis les mains moites.

L'image de soi est totalement négative.

Aux questions concernant la guerre en F. _____, elle pleure : elle a perdu son mari, son beau-frère et reste seule avec un enfant. Elle présente quelques réviviscences, mais pas d'évitement particulier, ni qui-vive, ni flashbacks, mais elle est hypervigilante.

Sur le plan cognitif, tout est mauvais.

Concernant le sommeil, elle ronfle, rêve beaucoup moins depuis qu'elle a des médicaments, mais a des cauchemars tout le temps. Elle se réveille fatiguée.

Elle n'a jamais fumé, ne boit pas d'alcool et n'a jamais pris de toxique.

A l'observation, on note un déplacement lent de la salle d'attente au bureau d'examen, un excès de poids, un besoin de bouger sans arrêt les membres inférieurs (cuisses et des genoux) et le bras droit durant l'entretien.

Le premier contact est relativement indifférent ; la collaboration n'est pas vraiment suffisante : l'expertisée peut regarder parfois l'expert dans les yeux, mais semble davantage prise par son besoin de bouger. Il y a parfois des signes de douleurs, mais aucun signe dépressif ou anxieux, alors qu'à l'anamnèse tout est négatif et que lors de l'anamnèse systématique, elle prend pour elle pratiquement tous les symptômes mentionnés, ce qui jette un doute sur la réalité des plaintes.

On n'observe aucun trouble neurovégétatif.

Le discours est moyennement précis ; il n'y a ni ralentissement ni accélération psychique, pas de trouble psychomoteur, pas de signes de fatigue ni de fatigabilité.

On ne relève aucun élément de la lignée psychotique, en particulier pas de délire, d'hallucinations, de troubles formels ou logiques de la pensée, de fuite des idées, de tendance digressive ni de logorrhée particulière.

Il y a vraisemblablement une amplification.

En conclusion, on ne peut actuellement pas retenir de trouble dépressif sévère, ni anxieux, en raison de l'amplification qui a déjà été mentionnée par le Dr M._____ dans son expertise de 2015. L'expert mentionne qu'elle a tendance à répondre de manière positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. Le caractère manifestement exagéré des réponses rend ces derniers moins crédibles.

Le psychiatre mentionne encore qu'incidemment après l'entretien, nous avons vu l'assurée dans un établissement public. Elle était alors accompagnée d'un homme, elle paraissait détendue, nous l'avons vu rire. Elle ne semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle affirmait qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile.

A noter aussi le rapport de 2016 de la Dre L._____, qui mentionne que la discordance entre ses symptômes et l'examen clinique est flagrante.

En l'absence de crédibilité, il n'est pas possible de poser un diagnostic valide.

Le Dr X. _____ mentionne surtout, dans son expertise, une possibilité d'améliorer le traitement. Concernant le diagnostic de modification de la personnalité, il l'indique *possible*. Il est en effet mentionné au dossier une *modification de la personnalité après une expérience de catastrophe*, depuis 1992. A. _____ a certainement vécu des moments graves durant la guerre qui a duré d'avril 1992 à décembre 1995, mais on note actuellement très peu de symptômes de stress posttraumatiques, alors qu'il est mentionné une modification de la personnalité - ce qui n'exclut pas les troubles posttraumatiques Il est aussi curieux de ne pas rêver en raison des médicaments, alors que A. _____ a tout de même des cauchemars - il est connu que la Quétiapine puisse induire des cauchemars -.

Par ailleurs, A. _____, qui n'avait pas travaillé dans son pays, est arrivée en Suisse en 2002, et y a été active depuis 2004, malgré la notion de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'extrait des comptes individuels montre qu'elle a travaillé de 2004 à 2014, d'abord dans de petits boulots avec peu de salaire puis, de 2009 à 2014, avec des revenus annuels plus élevés, correspondant à des activités plus importantes d'une personne sans qualification. Il est ainsi très étonnant que, subitement, une incapacité de travail durable survienne en 2015, sur fond allégué de modification de la personnalité.

On notera encore que le suivi psychiatrique n'intervient qu'une semaine sur deux, ce qui ne suggère pas une pathologie sévère ; par ailleurs à la question de ce qu'elle attend de l'assurance, A. _____ répond *rien*.

En conclusion

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de pathologie invalidante. Au niveau rhumatologique, l'examen clinique et les plaintes de l'expertisée ne correspondent pas aux constatations objectives et les douleurs ne traduisent pas une pathologie rhumatologique. Sur le plan psychique, il n'y a pas, actuellement, de pathologie handicapante mais une amplification qui a déjà été relevée dans une l'expertise antérieure. Cette amplification rend la symptomatologie mentionnée non crédible.

Il est très difficile, en raison de cette amplification, d'établir correctement un tableau des ressources.

La capacité de travail peut être considérée comme complète depuis six mois après l'expertise du Dr X. _____, qui demandait un changement dans le traitement, soit début avril 2016. On peut retenir qu'il y a des exagérations, déjà mentionnées par divers intervenants.

Le Dr M. _____, dans son expertise de 2015, mentionne que A. _____ *a tendance à répondre de manière positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. Le caractère manifestement exagéré des réponses rend ces dernières moins crédibles.* Le psychiatre mentionne encore *qu'incidemment après l'entretien, nous avons vu l'assurée dans un établissement*

public. Elle était alors accompagnée d'un homme, elle paraissait détendue, nous l'avons vu rire. Elle ne semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle affirmait qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile.

A noter aussi que, dans son rapport de 2016, la Dre L. _____ mentionne que *la discordance entre ses symptômes et l'examen clinique est flagrante.*

L'expert rhumatologue de la présente expertise précise que l'examen clinique et les plaintes de l'expertisée ne correspondent pas aux constatations objectives et que les douleurs n'ont pas de cause rhumatologique. Il y a donc un problème essentiellement de comportement, qui change selon l'interlocuteur (ex. dans l'établissement public). Par ailleurs, il n'y a pas la détresse que le trouve dans la majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques et le trouble somatoforme. Aucun diagnostic n'est donc retenu.

H. REPONSES AUX QUESTIONS

[...]

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

Aucun.

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Obésité de degré II (BMI 32,1 kg/m²)
- Céphalées chroniques (> 5 ans)
- Suspicion d'asthme (facteurs déclenchants : psychologiques et froid)
- Tassement vertébral de D12
- Discarthrose cervicale
- Discopathie L5-S1 ».

d) Par projet de décision du 12 juin 2018, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où, conservant une pleine capacité de travail dans toute activité, elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par l'intermédiaire du Dr V. _____, dont le rapport du 11 juillet 2018 contient ce qui suit :

« En tant que thérapeute de A. _____ depuis 2014, je me permets de contester le diagnostic et la capacité de travail retenu par l'expertise pluridisciplinaire effectuée en février 2018 notamment en ce qui concerne le chapitre psychiatrique.

Au contraire des experts, je retiens les diagnostics suivants :

- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (guerre et viol collectif) (F 62.0)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3)
- Somatisations (F45.0)

Pour étayer mes diagnostics, je me réfère aux directives de la CIM-10 tout en m'appuyant par ailleurs sur les données recueillies par les confrères qui ont effectué l'expertise en février 2018 :

- Modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe.

Les experts ne se sont pas intéressés de savoir s'il y a eu modification dans les caractéristiques de la personnalité de A._____ et de son fonctionnement psychique en général avant les événements traumatiques en 1992.

Les experts font omissions tout au long de leur rapport des événements traumatiques vécus par la patiente en 1992, durant la guerre en F._____. A._____ a subi un viol collectif par des soldats, elle a cru mourir, ce qui l'a laissée en état de choc à ce moment-là. Par la suite, elle dit avoir survécu physiquement et psychiquement grâce au fait qu'elle était avec un groupe de femmes qui ont subi les mêmes abus. Ensuite, A._____ a présenté des symptômes du spectre post-traumatique avec de fortes angoisses, des flash-backs, des cauchemars récurrents, une hypervigilance et des comportements d'évitement. Elle n'a pas été soignée des suites de ce tableau. Depuis, on observe chez elle une dégradation progressive des fonctionnements interpersonnels, sociaux et professionnels. On peut se demander pourquoi les experts ne mentionnent pas le facteur traumatisant, quand on sait (et selon la CIM-10) que pour émettre ce diagnostic le facteur de stress devait être d'intensité telle qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de l'impact de celui-ci sur la personnalité.

En ce qui concerne les directives diagnostiques de la CIM-10, le tableau réunit tous les critères avec :

- Attitude hostile et méfiante envers le monde : A._____ se dit extrêmement irritable lorsqu'elle est entourée de personnes, évoquant une hypersensibilité au bruit. Elle verbalise régulièrement l'impression d'être surveillée, poursuivie par ses ex-collègues de travail. Ces éléments ne ressortent pas lors de l'expertise.
- Retrait social : cela est amplement argumenté dans le rapport des experts, dans la page 13, dernier paragraphe des activités quotidiennes, dernier paragraphe de l'histoire personnelle en page 14 et dans l'item vie sociale page 15.
- Sentiment de vide ou de perte d'espoir : critère également documenté dans l'expertise, page 12, dans l'item questions sur l'appréciation de soi-même.

- Impression permanente d'être "sur la brèche" : L'expert mentionne la présence d'hypervigilance en page 12, en ce qui concerne les symptômes d'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, l'expert rapporte la présence de reviviscences par rapport à la F. _____ pour se contredire par la suite lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de flash-backs. Mon confrère mentionne ici et là d'autres éléments de la ligne post-traumatique, comme par exemple les cauchemars mentionnés au chapitre du sommeil page 13.
- Détachement affectif : cela est décrit par mon confrère lors de l'examen psychiatrique, page 18, dans les 2 premiers paragraphes, décrivant une patiente indifférente, peu collaborante, qui regarde rarement l'expert. D'autres éléments signalés par les experts sont évocateurs de ce détachement, telles que l'absence d'attente de tout ordre, la pauvreté des relations y compris avec sa famille en F. _____ depuis 20 ans.

L'expert remet en question le diagnostic de modification de la personnalité car A. _____ a réussi à travailler entre 2009 et 2014. A ce sujet, je me permets de rajouter que tout au long de son expérience professionnelle, A. _____ est restée très fragile psychiquement avec des angoisses récurrentes en lien à un vécu persécutoire de harcèlement. Elle a dû être mise à l'arrêt maladie à de nombreuses reprises pour des problèmes somatiques. L'accident survenu sur son lieu de travail en 2014 réactive de manière aiguë le traumatisme psychique avec réactualisation du vécu d'abus et d'abandon et depuis, effectivement, elle ne retrouve plus sa capacité de travail.

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

Dans l'expertise il y a suffisamment d'informations anamnestiques et d'observations pour étayer ce diagnostic selon les directives de la CIM-10. Or pour les experts, le fait qu'il y a "amplification" cela invalide le reste.

Les symptômes psychotiques faisant part de la symptomatologie dépressive sévère sont recueillis par notre anamnèse, observés en entretien et lors de la prise en charge infirmière à domicile. Ceux-ci sont: sentiment de persécution et de surveillance de la part des ex-collègues de travail, A. _____ pouvant être persuadée par exemple qu'une voiture est postée devant chez elle pour la surveiller et que cette même voiture l'aurait poursuivie dans la rue. De plus, comme mentionné dans l'expertise page 12 (questions sur l'appréciation de soi-même) A. _____ témoigne d'un discours pessimiste, sombre, dévalorisant, enfin de ruine.

- Somatisations.

Ce diagnostic est abondamment détaillé dans l'expertise, de par l'absence de substrat organique constaté par les experts somaticiens chez une patiente qui présente des plaintes diverses et variées. Multiples traitements ont été essayés sans résultat.

Selon les directives diagnostiques de la CIM-10:

- Plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans ne pouvant pas être expliquées pour des raisons physiques.
- Refus persistant d'accepter les conclusions et les propos rassurants des médecins confirmant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes.
- Les symptômes s'accompagnent d'une perturbation du comportement et conduisent à une altération du fonctionnement social et familial.

Comme décrit dans les troubles somatoformes de la CIM-10 (F45), il est connu chez les personnes souffrant de somatisations, une tendance au comportement histrionique et qui essaient d'attirer l'attention d'autrui. Cependant, les experts s'appuient continuellement sur la tendance de la patiente à dramatiser ses symptômes physiques et psychiques comme si cela invalide le reste.

Enfin, je conteste l'évaluation de la capacité de travail basée sur la négation de toute pathologie psychiatrique. Je soutiens une incapacité totale à travailler ».

Le 22 octobre 2018, le Dr Z._____ a pris position comme suit sur le rapport du Dr V._____ :

« [...] 2. Les experts ne se sont pas intéressés de savoir s'il y a eu modification dans les caractéristiques de la personnalité de A._____ et de son fonctionnement psychique en général avant les événements traumatiques en 1992.

C'est un raccourci peu acceptable. Quand on fait une expertise, on étudie d'abord le dossier, ici de 218 pages. La question s'il est convaincant doit toujours se poser en expertise, ici on peut dire oui sur certains points, mais pas sur tous dans le cas présent.

Vu les informations qui ont été données, ainsi que les doutes et les contradictions observés, les renseignements sur avant 1992 n'avait plus de sens. A noter que nous n'avons pas de rapport exhaustif du Docteur V._____ qui le rapporte.

3. Les experts font omissions tout au long de leur rapport des événements traumatiques vécus par la patiente en 1992, durant la guerre en F._____. A._____ a subi un viol collectif par des soldats, elle a cru mourir, ce qui la laissée en état de choc à ce moment.

La traductrice avait mentionné que A._____ a de la difficulté de parler du viol et ne souhaitait pas en parler, ce qui pourrait être compréhensible, mais curieux tout de même. Le fait de l'entendre en parler ou pas n'était finalement pas fondamental, puisque mentionné dans le dossier. Ce qui est plus important dans une telle situation est de repérer les critères habituels du stress post-traumatique en relation probable avec l'évènement traumatique.

Le Docteur V._____ ne tient pas compte qu'en expertise médicale il y a la notion de preuve, contrairement au pénal, en asséurologie, le doute ne bénéficie pas à l'expertisé. On entend ce que dit

l'expertisée, mais elle ne peut pas le prouver. Le rôle de l'expert, est alors bien de rechercher tous les symptômes qui vont dans ce sens, notamment ici les critères d'un état de stress post-traumatique, comme mentionné.

Personne ne prétend d'emblée que les événements n'ont pas été graves, mais d'une part nous avons besoin des critères mentionnés, d'autre part la question est aussi si la personne a pu surmonter ou non ce qu'elle a vécu.

Nous acceptons donc ce qu'elle dit, mais nous n'avons aucune preuve de ce qu'elle rapporte, d'où la nécessité d'une anamnèse des critères et de l'observation du comportement.

Pour rappel, le Docteur M._____ a écrit dans son rapport d'expertise qu'elle *a tendance à répondre de manière positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. **Le caractère manifestement exagéré des réponses, rend ces derniers moins crédibles.***

Cela montre bien l'importance de relever tous les critères actuels qui justifient les diagnostics et évaluent le niveau de crédibilité.

On peut encore dire que si la gravité de l'évènement traumatique joue un rôle, cela ne permet en revanche pas de faire une échelle entre la gravité et les conséquences, ce que montre aussi bien la littérature que l'expérience.

4. Depuis, on observe chez elle une dégradation progressive des fonctionnements interpersonnels, sociaux et professionnels.

[...]

A._____ est restée dans son pays de 1992 à 2002, date de son arrivée en Suisse. Elle est donc restée 10 ans dans son pays qui l'a traumatisée, puis est arrivée en Suisse où elle a travaillé sans problème majeur pendant 10 ans.

L'attestation comme employée viticole montre qu'elle a des ressources, apprendre une nouvelle langue n'est pas toujours simple, surtout si elle est totalement différente de celle d'origine. On peut en fonction de ces attestations conclure qu'il n'y a pas de troubles de l'apprentissage, comme cela aurait pu l'être.

On notera encore que lors de l'expertise elle mentionne qu'elle n'a jamais travaillé en F._____. On ne sait pas comment elle a vécu de 1992 à 2002, était-ce avec sa famille dont elle ne veut pas parler ? Pour la Suisse, elle indique avoir travaillé de 2008 à 2014, alors que c'était depuis 2004.

5. On peut se demander pourquoi les experts ne mentionnent pas le facteur traumatisant, quand on sait (et selon la CIM-10) que pour émettre ce diagnostic le facteur de stress devait être d'intensité telle qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de l'impact de celui-ci sur la personnalité.

Personne ne conteste cela, mais les événements ont eu lieu en 1992, entretemps, Madame a réussi à émigrer, à travailler à

satisfaction des employeurs, à apprendre un peu le français, ce qui signifie qu'on n'est plus du tout au même niveau logique (voir la réponse 4).

Par ailleurs, pour ce qui est de l'intensité, la CIM-10 parle de celle-ci, mais n'aborde pas l'évolution en fonction de cette intensité, comme mentionné sous chiffre 3, à traumatisme identique, l'évolution peut être très différente.

[...]

7. *Retrait social : cela est amplement argumenté dans le rapport des experts, dans la page 13, dernier paragraphe des activités quotidiennes, dernier paragraphe de l'histoire personnelle en page 14 et dans l'item vie sociale page 15.*

Le retrait social est un comportement de la personne pour éviter les rencontres.

En page 13, il est principalement mentionné les problèmes somatiques, sur ses douleurs incapacitantes. Sa belle-fille, son fils et la voisine viennent l'aider. On peut difficilement parler de retrait social, mais plutôt dire qu'elle profite de l'aide des autres.

Il n'y a pas d'éléments clairs justifiant un retrait social.

En page 14, il est mentionné *qu'elle n'a plus de contact avec sa famille depuis 20 ans, que ce soient ses parents ou sa fratrie. Elle ne sait pas ce qu'ils sont devenus. Elle ne veut d'ailleurs pas en parler.*

Ne pas savoir ce que sa famille est devenue et en plus ne pas vouloir en parler est pour le moins curieux pour une famille bosniaque, on ne sait pas si c'est A. _____ qui a pris distance, ou si c'est elle qui a été rejetée, s'il y a un conflit familial, etc. On ne peut pas sur ces données conclure qu'il y a un retrait social, car l'expertisée ne mentionne pas le fond du problème. A noter qu'avec les possibilités informatiques actuelles, il est souvent possible de retrouver des personnes.

Ne plus avoir de contact, ni vouloir en parler, après une guerre qui été tragique pour plus d'un, suggère plutôt qu'il y a un problème dans la famille, mais que celui-ci ne peut pas être évoqué.

En page 15, il est en effet mentionné le peu de vie sociale, mais elle est entourée.

On peut difficilement admettre le *amplement argumenté*.

[...]

10. *Elle a dû être mise à l'arrêt maladie à de nombreuses reprises pour des problèmes somatiques.*

Donc pas psychique, par ailleurs la notion de *nombreuses reprises* n'est pas particulièrement convaincante, pour rappel, Madame le Docteur L. _____ mentionne que *la discordance entre ses symptômes et l'examen clinique est flagrante.*

11. *Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Dans l'expertise il y a suffisamment d'informations anamnestiques et d'observations pour étayer ce diagnostic selon les directives de la*

CIM-10. Or pour les experts, le fait qu'il y a "amplification" cela invalide le reste.

La présence d'amplification pose un problème de crédibilité, et nous ne sommes pas les seuls à l'avoir mentionné.

12. Somatisations.

Ce diagnostic est abondamment détaillé dans l'expertise, de par l'absence de substrat organique constaté par les experts somaticiens chez une patiente qui présente des plaintes diverses et variées. Multiples traitements ont été essayés sans résultat.

Le Docteur V. _____ poursuit avec une référence de la CIM-10, suivie d'une autre concernant le trouble somatoforme.

Il ne fait cependant aucun commentaire sur les jurisprudences 2015 et 2018 concernant ce trouble, qui sont pourtant importantes. Ce n'est évidemment pas mentionné dans la CIM-10. Dans le cas présent, selon l'appréciation demandée par la jurisprudence, le trouble somatoforme ne pourrait pas être considéré comme incapacitant. A noter que nous n'avons pas retenu ce diagnostic, mais écrit qu'il n'y a pas la détresse que l'on, trouve dans la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et le trouble somatoforme. Aucun diagnostic n'est retenu.

Le Docteur V. _____ mentionne que le diagnostic de somatisation est *abondamment détaillé dans l'expertise*, mais nous ne l'avons jamais cité. En plus, il ne faut pas confondre entre amplification/exagération et somatisation.

Commentaires de conclusion

Le Docteur V. _____ fait beaucoup de remarques sur quoi nous nous sommes intéressés ou pas, mais lui-même ne détaille pas un sujet très important, celui du processus thérapeutique choisi. On apprend par l'expertisée que le suivi psychiatrique a été d'abord hebdomadaire, puis toutes les deux semaines, ce qui est très peu pour une pathologie qui est considérée comme tellement grave.

S'il y a vraiment un état de stress posttraumatique grave avec ou sans modification durable de la personnalité, cela se traite. A notre connaissance, il n'a été mis en place qu'un traitement de soutien avec infirmière à domicile, et non les traitements habituels reconnus, soit le EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et les thérapies cognitivo-comportementales. Le plus tôt on commence, le mieux c'est.

Nous n'avons donc aucun indice que cela a été fait, en revanche la prise de position du Docteur V. _____ suggère plutôt qu'il estime que la situation est chronicisée et qu'il n'y a pas de rémission possible, ce qui est notamment aussi montré dans sa conviction en répétant que la capacité de travail est nulle.

Il a été prescrit de la Quétiapine retard, ce traitement est insuffisant. A noter que si dans la littérature des troubles post-traumatiques cette substance est recommandée, il est vrai aussi que celle-ci peut

fréquemment induire des rêves inhabituels et des cauchemars, ainsi que des idées et des comportements suicidaires.

Il y a aussi d'autres substances qui ont un effet sur les cauchemars lors des états de stress post-traumatique, comme le montre la littérature.

Pour rappel, l'expertise médicale doit se faire sur la base d'éléments de preuves, et non de contradictions, le doute ne profite pas au patient, comme dans le pénal. Dans le cas présent, il est mentionné dans le dossier un viol, mais l'expertisée ne veut pas en parler, ni de sa famille, il y a nettement des zones d'ombres.

On peut répéter les diverses observations dont le Docteur V. _____ ne tient pas compte :

Docteur M. _____ :

Elle affirme que le fait d'avoir une activité professionnelle a un effet positif sur son état psychique et actuellement elle ne pense plus à la guerre.

*Elle a tendance à répondre de manière positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. Le caractère manifestement exagéré des réponses, rend ces derniers **moins crédibles**.*

*Globalement, l'attitude de l'assurée touche peu l'examineur vu le **caractère manifestement exagéré des plaintes**. Cela rend également l'expression de certaines plaintes assez peu crédible. Ceci est renforcé par le fait que, incidemment après l'entretien, nous avons vu l'assurée dans un établissement public. Elle était alors **accompagnée d'un homme, elle paraissait détendue, nous l'avons vu rire. Elle ne semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle affirmait qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile.***

Docteur L. _____ :

La discordance entre ses symptômes et l'examen clinique est flagrante.

Le rhumatologue de notre expertise :

*On ne peut que constater que les plaintes n'ont **pas de concordances objectives**, donc pas de cause rhumatologique.*

Remarque sur la crédibilité :

En ce qui me concerne, j'ai examiné et suivi un nombre important de personnes victimes d'un état de stress post-traumatique, soit en expertise, notamment en LAA, soit comme médecin traitant, soit lors de rencontres dans des pays qui ont subi la guerre.

J'ai vu notamment des victimes d'attaques terroristes (Mumbai, Bataclan, Afghanistan), de prises d'otages, de viols, de tsunamis, d'accidents d'avions graves, ainsi que d'anciens militaires ayant fait la guerre dans des zones de combats, notamment des séquelles de la guerre du Vietnam.

Je n'ai jamais vu des amplifications des symptômes chez ces personnes, de plus, elles ont toujours décrit les événements traumatisants, contrairement à Madame A._____. En revanche, j'ai souvent vu le besoin de ces traumatisés d'arriver à refaire surface, il est vrai cependant que tous n'y arrivent pas et qu'il y a des cas graves qui gardent à vie une souffrance importante et un comportement totalement dysfonctionnel.

La littérature montre qu'un des sentiments fréquents agissant sur le comportement est la honte, la honte de ce qui leurs arrive, les difficultés d'en parler avec leurs proches. Cela a été initialement découvert chez les soldats américains suite à la guerre de Corée. Ce sentiment se retrouve dans les anamnèses et observations, mais on peut distinguer ceux qui ont été actifs, qui ont tué et vu tuer, de ceux qui ont seulement subi. Les premiers ont beaucoup de difficultés d'en parler, que ce soit aux médecins ou à la famille, les seconds en parlent en général ouvertement aux médecins, parfois plus difficilement aux membres de la famille. A._____ fait théoriquement partie du second groupe, curieusement elle ne s'exprime pas.

On ne peut que rappeler ce que mentionne le Dr M._____ dans son expertise, qu'elle *présente possiblement une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0. Il n'y a pas lieu de remettre en doute le fait qu'elle a subi un choc psychologique et que cela a eu des conséquences sur son état psychique.*

[...]

En conclusion générale, l'ensemble n'est donc pas une invention de notre part, mais un constat observé par plusieurs intervenants, une connaissance large de la littérature de l'état de stress post-traumatique, ainsi qu'une publication personnelle dans un chapitre d'un livre. Se baser uniquement sur la CIM-10 n'a aucune pertinence.

En d'autres mots, les exagérations et discordances diminuent largement la crédibilité de l'expertisée, par ailleurs, on reste étonné qu'il y a eu capacité de travail durant 10 ans, alors qu'elle était plus proche de son traumatisme que maintenant, et que le traitement actuel est relativement léger pour une situation de stress post-traumatique avec modification de la personnalité.

Il est étonnant que A._____ n'ait pas voulu parler de son viol, ni de sa famille, en ce qui concerne sa famille, c'est particulièrement curieux, même rarissime en expertise médicale, les expertisés peuvent ne pas tout dire, mais ne disent pas souvent qu'ils ne veulent pas en parler, mais même dans ces situations, on finit par savoir quelque chose, notamment par un rapport du médecin traitant.

En conclusion, nous ne pouvons pas adhérer aux remarques du Docteur V._____».

e) Par décision du 30 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet du 12 juin 2018 et rejeté la demande de mesures professionnelles

et de rente de l'assurée constatant qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante.

B. Par acte du 28 décembre 2018 (date du timbre postal), complété le 9 janvier 2019, A._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 30 novembre 2018, concluant implicitement à son annulation. Elle soutient en substance que la décision litigieuse se base sur des avis médicaux émis entre 2014 et août 2016 uniquement, alors qu'elle a continué à être suivie depuis lors et que sa situation n'a fait que de s'aggraver depuis. Elle requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. A l'appui de ses griefs, elle se réfère au rapport du 15 juillet 2015 de la Dre H._____ qui indique que sur le plan psychiatrique, la symptomatologie anxieuse et dépressive avec somatisation et symptômes psychotiques sont incompatibles avec la capacité de travail, ceci depuis le 12 novembre 2014, au rapport du Dr X._____ du 10 septembre 2015 indiquant que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé et que l'incapacité de travail était justifiée depuis avril 2015 évoquant une modification possible de la personnalité après expérience de catastrophe, à celui du 14 juin 2016 de la Dre L._____ préconisant une prise en charge psychiatrique et une médication psychotrope, ainsi que sur le rapport du Dr V._____ du 11 juillet 2018.

Dans sa réponse du 21 février 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 8 mai 2018, soulignant que l'expert psychiatre relevait l'inexistence d'atteintes invalidantes en raison de l'amplification des symptômes qui rendait ceux-ci peu crédibles.

En réplique, le Dr V._____, de la Fondation W._____, a produit un rapport du 1^{er} mars 2019 établi par ses soins, posant les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (guerre et viol collectif) (F62.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de somatisations (F45.0) et reprenant en substance les arguments exposés dans son rapport du 11 juillet 2018. Il a réitéré

l'omission par les experts du B._____ des événements traumatiques vécus par la recourante durant la guerre en F._____, en particulier le viol collectif et la mort de son mari. Il a souligné que le tableau de l'intéressée présentait tous les critères du spectre post-traumatique, soit l'attitude hostile et méfiante envers le monde, le retrait social, le sentiment de vide ou perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche et le détachement affectif. Il expose que l'expert remet en question le diagnostic de modification de la personnalité car l'assurée a réussi à travailler entre 2009 et 2014 et rappelle que tout au long de son expérience professionnelle, l'assurée est restée très fragile psychiquement avec des angoisses récurrentes en lien à un vécu persécutoire de harcèlement et a dû être mise à l'arrêt maladie à de nombreuses reprises pour des problèmes somatiques. Selon le Dr V._____, l'accident survenu sur son lieu de travail en 2014 a réactivé de manière aiguë le traumatisme psychique avec réactualisation du vécu d'abus et d'abandon et depuis, effectivement, elle ne retrouve plus sa capacité de travail. En outre, il indique que de manière générale, l'assurée refuse régulièrement des événements qu'elle a vécus durant la guerre pour éviter de les revivre en les évoquant et par honte. En ce qui concerne le diagnostic de somatisations, le psychiatre traitant rappelle qu'il est connu chez les personnes souffrant de somatisations une tendance au comportement histrionique et qui essaient d'attirer l'attention d'autrui, ce qui n'empêche pas la recourante de souffrir d'un trouble somatoforme douloureux.

Le Dr V._____ a également joint, le 7 mars 2019, un bref résumé du suivi du CMS par l'infirmière Y._____ dont il ressort ce qui suit :

« Mme présente une mimique triste, pleure beaucoup, apathique, échange difficile à cause de la barrière de la langue. A ces idées noires, ne voit pas d'issue à sa vie, pas de sens si ne peut pas travailler, ruminations constantes. Souffre de ralentissement intellectuel et d'idées d'incurabilité.

Sommeil fluctuant, de manière générale, ne dort que quelques heures par nuit malgré un traitement médicamenteux lourd, fatigue chronique.

Les activités de la vie quotidienne sont très difficiles, sa belle-fille s'occupe du ménage et prépare les repas. Mme est incapable de s'investir dans une activité, perte d'intérêt et de plaisir. N'arrive pas à être proactive des soins proposés, perte de motivation.

Présente parfois des idées de persécution, ne sort de chez elle que pour rendez-vous médicaux, se méfie des gens du village, ce qu'ils pensent d'elle, peur que certaines personnes ne lui veuillent du mal.

Mme souffre de symptômes somatiques importants, douleurs constantes, lombaires, céphalées. Voit régulièrement son médecin traitant.

Dans l'ensemble, son état de santé ne présente pas une évolution positive, le risque suicidaire est présent et inquiète son entourage familial et professionnel. »

Dans sa duplique du 26 mars 2019, l'intimé confirme ses conclusions, renvoyant pour l'essentiel à un avis médical du 15 mars 2019 du Dr D._____ du SMR, lequel relève que le courrier du Dr V._____ ne décrivait aucune modification durable ni fait nouveau de la sphère psychiatrique depuis l'expertise, respectivement la décision litigieuse, de sorte qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une situation similaire à celle prise en compte par les experts. Concernant l'attestation de Y._____, le Dr D._____ a relevé qu'il se rapportait à un mandat de passage à domicile « toutes les 2 semaines » et d'une description de la recourante postérieure à la décision querellée.

Dans ses déterminations du 26 avril 2019, la recourante maintient ses conclusions et sa demande d'expertise.

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec

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

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

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille

hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. En l'espèce, l'intimé retient, sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du B._____, que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé incapacitante, de sorte qu'elle conserve une capacité de travail entière dans toute activité. La recourante conteste cette appréciation, arguant souffrir d'atteintes incapacitantes tant sur le plan somatique que psychique.

a) Sur le plan somatique, force est de constater que les différents rapports médicaux sont concordants et qu'il ne se justifie dès lors pas de retenir une quelconque incapacité de travail à ce niveau. En effet, bien que la Dre H._____ mette en évidence des atteintes dorsales, ainsi que des céphalées, il ressort du dossier – et particulièrement de l'expertise pluridisciplinaire – que ces atteintes n'ont pas de correspondance objectives, notamment qu'elles ne sont corroborées par aucun examen radiologique.

En outre, la conclusion de l'expert rhumatologue selon laquelle les discopathies dégénératives cervicales et lombaires existaient déjà à l'époque où la recourante travaillait à 100 % comme employée viticole n'est contredite par aucun élément du dossier.

Dès lors, l'absence d'atteinte incapacitante au plan somatique n'apparaît pas critiquable.

b) Sur le plan psychiatrique en revanche, la situation de la recourante est beaucoup plus discutable. L'intimé se base sur les conclusions de l'expertise du 8 mai 2018 pour retenir qu'il n'existerait aucune incapacité de travail fondée sur des motifs psychiques. Or il s'avère que l'expertise précitée est lacunaire, pour les motifs qui seront exposés ci-après.

i) On relèvera en premier lieu, comme le relève le Dr V._____, que les experts du B._____ passent sous silence, tout au long de leur rapport du 8 mai 2018, les événements traumatiques vécus par la patiente en 1992, durant la guerre en F._____. Bien que reprenant les rapports médicaux au dossier dans l'anamnèse, à aucun moment ils ne mentionnent le viol collectif par des soldats subi par la recourante, où elle a cru mourir, ce qui l'a laissée en état de choc. Cet épisode a pourtant été relaté par l'ensemble des autres intervenants (cf. rapports du Dr V._____ des 12 janvier et 22 avril 2015, expertise du Dr M._____ du 16 février 2015, rapport de la Dre H._____ du 15 juillet 2015 et expertise du Dr X._____ du 10 septembre 2015). La recourante a également mentionné avoir subi « un siège » et des expériences de guerre traumatisante, notamment la perte de son mari et de son beau-frère (cf. expertise du Dr M._____ du 16 février 2015).

Il ressort des différents rapports médicaux, en particulier celui du Dr X._____ du 10 septembre 2015, du Dr M._____ du 16 février 2015 et les rapports du Dr V._____ des 12 janvier et 22 avril 2015, ainsi que du 11 juillet 2018, que la recourante a présenté des symptômes du spectre post-traumatique avec de fortes angoisses, des flash-backs, des cauchemars récurrents, une hypervigilance et des comportements d'évitement. Ainsi, tous les médecins consultés, à Z._____, expert psychiatre du B._____, retiennent le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ou le retiennent à tout le moins comme possible. Le Dr V._____, à cet égard, mentionne que la recourante n'a pas été soignée des suites de ce tableau et qu'il observe chez elle une dégradation progressive des fonctionnements

interpersonnels, sociaux et professionnels. Comme le relève le psychiatre traitant, il apparaît ainsi surprenant que les experts ne mentionnent pas le facteur traumatisant, lorsque l'on sait que pour émettre ce diagnostic, le facteur de stress devait être d'intensité telle qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de l'impact de celui-ci sur la personnalité.

ii) L'expert psychiatre se focalise en outre sur le fait qu'il y a amplification de la part de la recourante qui invaliderait tout le reste et qui ne lui permettrait pas d'analyser la situation de l'intéressée dans sa globalité, ainsi que les interactions entre les différentes atteintes.

Or, si les informations anamnestiques et d'observations avaient été complètes dans l'expertise, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, il y a aurait eu probablement assez d'éléments pour étayer, à tout le moins discuter, le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe selon les directives de la CIM-10.

De plus, comme décrit dans les troubles somatoformes de la CIM-10 (F45), il est connu chez les personnes souffrant de somatisations, ce qui est le cas de la recourante, une tendance au comportement histrionique et qui essaient d'attirer l'attention d'autrui. Le complément d'expertise de l'expert psychiatre sur cette question ne convainc pas davantage et tend plutôt à confirmer l'oubli de cette problématique dans le premier rapport. A cet égard, on relèvera que les experts du B. _____ n'ont même pas discuté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, respectivement de somatisation, alors qu'il avait été posé par l'ensemble des autres médecins ayant examiné la recourante (cf. expertise du Dr M. _____ du 16 février 2015, expertise du Dr X. _____ du 10 septembre 2015 et rapport du Dr V. _____ du 11 juillet 2018). Les experts du B. _____ ne sont en effet contents de relever que l'examen clinique et les plaintes de la recourante étaient sans commune mesure avec les constatations radiologiques, sans pour autant en expliquer la raison et investiguer la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux.

iii) Dans son complément du 22 octobre 2018, l'expert psychiatre relève que la traductrice avait mentionné que la recourante « avait de la difficulté à parler du viol et ne souhaitait pas en parler, ce qui pourrait être compréhensible, mais curieux tout de même. Le fait de l'entendre en parler ou pas n'était finalement pas fondamental, puisque mentionné dans le dossier ». Or, comme cela a été mis en évidence précédemment, ces éléments n'étaient en réalité pas mentionnés dans l'anamnèse de l'expertise. Pourtant, dans son rapport du 22 octobre 2018, le Dr Z. _____ relève également que « ce qui est plus important dans une telle situation est de repérer les critères habituels du stress post-traumatique en relation probable avec l'événement traumatique ». Relevant que le doute ne bénéficie pas à l'expertisé, le Dr Z. _____ retient que les dires de la recourante ne peuvent être prouvés, soulignant que le rôle de l'expert, est alors bien de rechercher tous les symptômes qui vont dans ce sens, notamment ici les critères d'un état de stress post-traumatique. Il relève encore la nécessité des critères mentionnés, mais également la question de savoir si la personne a pu surmonter ou non ce qu'elle a vécu. Il indique que les experts acceptent ce que dit la recourante, mais qu'ils n'ont aucune preuve de ce qu'elle rapporte, d'où la nécessité d'une anamnèse des critères et de l'observation du comportement. Il se base ainsi sur les propos du Dr M. _____ selon lequel la recourante « a tendance à répondre de manière positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. Le caractère manifestement exagéré des réponses, rend ces derniers moins crédibles. Ceci est renforcé par le fait que, incidemment après l'entretien, nous avons vu l'assurée dans un établissement public. Elle était alors accompagnée d'un homme, elle paraissait détendue, nous l'avons vu rire. Elle ne semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle affirmait qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile ». L'expert psychiatre fait ainsi grand cas de cette seule constatation du Dr M. _____ et fait fi des nombreuses contradictions mises en évidence par le Dr V. _____ quant aux constatations du Dr M. _____.

En retenant une anamnèse incomplète et erronée et en n'examinant pas les fonctionnements interpersonnels, sociaux et professionnels de l'expertisée alors que lui-même en reconnaît la nécessité, l'expert n'a pas procédé à l'examen des critères qui justifient ou excluent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et n'a pas évalué les critères de crédibilité et de cohérence conformément à la nouvelle jurisprudence sur les troubles psychiatriques, à laquelle il se réfère pourtant.

iv) L'expert remet aussi en question le diagnostic de modification de la personnalité car la recourante a réussi à travailler jusqu'en 2014.

A cet égard, le Dr V. _____ relève que tout au long de son expérience professionnelle, l'assurée est restée très fragile psychiquement avec des angoisses récurrentes en lien avec un vécu persécutoire de harcèlement. Elle a dû être mise à l'arrêt maladie à de nombreuses reprises pour des problèmes somatiques. L'accident survenu sur son lieu de travail en 2014 a réactivé de manière aiguë le traumatisme psychique avec réactualisation du vécu d'abus et d'abandon et depuis, effectivement, elle ne retrouve plus sa capacité de travail.

L'expert psychiatre soutient que l'assurée est restée dans son pays durant 10 ans de 1992 à 2002, alors que celui-ci l'a traumatisée. Or il ressort des différentes anamnèses médicales du dossier que la recourante a dû fuir avec son fils, cherché refuge dans des maisons abandonnées pour arriver dans un camp de réfugiés, avant de pouvoir bénéficier d'un permis de réfugiée et de venir en Suisse. Encore une fois, l'omission des informations au dossier sur son parcours en F. _____, tout comme l'absence de vérification, attestent le manque d'examen des différentes problématiques par l'expert.

Dans son complément d'octobre 2018, l'expert soutient que l'attestation comme employée viticole montre que la recourante a des ressources, apprendre une nouvelle langue n'est pas toujours simple,

surtout si elle est totalement différente à celle d'origine. Il en déduit qu'il n'y a pas de troubles de l'apprentissage, comme cela aurait pu l'être. En réalité, comme cela ressort à plusieurs reprises du dossier de l'assurée, celle-ci ne parle pas suffisamment bien le français pour se faire comprendre et ne dispose pas de ressources, la recourante ayant uniquement suivi quelques cours de français (cf. p. 2 expertise du Dr X._____).

L'expert Z._____ note encore que lors de l'expertise, la recourante mentionne qu'elle n'a jamais travaillé en F._____ et s'interroge sur sa manière de vivre de 1992 à 2002, se demandant si c'était avec sa famille dont elle ne veut pas parler. Si l'expert voulait savoir ce que la recourante avait fait de 1992 à 2002 afin de déterminer sa crédibilité, il aurait pu l'interroger et ne pas partir du postulat que ce qu'elle avait raconté pour autant qu'il en ait correctement pris connaissance dans son premier rapport - ce qui paraît douteux au vu de l'anamnèse - n'était pas crédible en raison de la tendance de l'assurée à une amplification.

v) Dans son complément du 22 octobre 2018 toujours, l'expert relève que le suivi psychiatrique a été d'abord hebdomadaire, puis toutes les deux semaines, ce qui est très peu pour une pathologie qui est considérée comme tellement grave. Selon l'expert, s'il y avait vraiment un état de stress posttraumatique grave avec ou sans modification durable de la personnalité, cela se traite. Il relève qu'à sa connaissance, seul un traitement de soutien avec infirmière à domicile, et non les traitements habituels reconnus, soit le EMDR (Eye Movement Desentitization and Reprocessing) et les thérapies cognitivo-comportementales ont été mis en œuvre.

En réalité, le Dr V._____ a estimé que la situation était chronicisée et qu'il n'y avait pas de rémission possible. Encore une fois, faute de discussion sur ce point, il est impossible pour la Cour de céans de se faire une idée sur cette question.

vi) L'expert soutient également qu'il n'y a pas de retrait social.

Il ressort toutefois du dossier que ses parents ainsi que ses six frères et sœurs sont partis s'installer aux Etats-Unis. La recourante s'est retrouvée à [...] où son époux et son beau-frère sont décédés dans l'explosion d'une bombe. Placée dans un camp de réfugiés à [...], l'assurée aurait été victime en 1997 de viol collectif à plusieurs reprises par des individus masqués. Depuis lors sa famille a estimé qu'elle était souillée, indigne et lui ont déclaré qu'ils ne souhaitaient plus jamais avoir de contact avec elle (cf. expertise du Dr X. _____ du 10 septembre 2015, p. 2). La recourante est sans nouvelles de ses parents. Elle n'est jamais retournée en F. _____ depuis 2002. Elle n'a jamais eu de contact téléphonique avec eux ni avec les autres membres de sa fratrie.

vii) En ce qui concerne la crédibilité, l'expert psychiatre relève dans son complément du 22 octobre 2018 avoir suivi un nombre important de victimes d'un état de stress posttraumatique – notamment des victimes d'attaques terroristes, de prises d'otages, de viols, de tsunamis, d'accidents d'avions graves, ainsi que d'anciens militaires ayant fait la guerre dans des zones de combats, notamment des séquelles de la guerre du Vietnam – et n'avoir jamais vu chez ces personnes d'amplification de symptômes, soulignant qu'elles avaient toujours décrits les événements traumatisants, contrairement à la recourante. Il indique également avoir en revanche souvent vu le besoin de ces traumatisés d'arriver à refaire surface, mais que tous n'y arrivaient pas, certains cas graves gardant à vie une souffrance importante et un comportement totalement dysfonctionnel. Le Dr Z. _____ met en évidence qu'un des sentiments fréquents agissant sur le comportement est la honte, la honte de ce qui leur arrive, les difficultés d'en parler avec leurs proches ou aux médecins, pour les victimes « actives », alors que les victimes ayant « seulement subi » parlent en général ouvertement aux médecins, parfois plus difficilement aux membres de la famille, ce qui n'était « curieusement » pas le cas de la recourante.

En l'espèce, on constate également qu'il ressort des différents rapports au dossier que la requérante a indiqué qu'elle ne parlait pas de ce qui s'était passé durant la guerre, et en particulier des viols collectifs, parce qu'elle en avait honte, comme la littérature que cite l'expert psychiatre.

On rappellera à cet égard que toute sa famille lui a tourné le dos parce qu'elle était « devenue indigne ». Il découle de ce qui précède que les critères de la cohérence et de la crédibilité n'ont pas été examinés correctement en raison également d'une anamnèse incomplète.

c) Il s'ensuit qu'en raison de l'expertise lacunaire basée sur une lecture incomplète du dossier et qui plus est de l'absence d'examen des critères conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, soit une appréciation globale, une évaluation des ressources personnelles au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie, la Cour de cassation ne peut pas statuer en l'état.

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

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que 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 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 appartiendra donc à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer les atteintes psychiques dont souffre la recourante et leurs conséquences sur la capacité de travail.

8. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision litigieuse du 30 novembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction par la mise en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, d'une expertise psychiatrique.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 30 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. 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 :

- A. _____,
- 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 :