

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 octobre 2016

Composition : M. NEU, président
MM. Monod et Küng, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

H. _____, à **B.** _____ (GE), recourante, représentée par Me Jacques-Alain Bron, avocat à Genève,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante suisse née en 1976, H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est remariée et mère de trois enfants nés de deux lits successifs entre 2002 et 2011. Au bénéfice d'un certificat de fin d'apprentissage d'aide en médecine dentaire délivré à N._____ en 1996, l'assurée a exercé divers emplois (serveuse, vendeuse) avant d'œuvrer dès le 3 août 1998 au service de F._____ en qualité de « collaboratrice distribution ». Elle a démissionné de ce poste avec effet au 31 janvier 2005.

L'assurée a été victime d'un accident en date du 2 juin 2001 au cours duquel elle est tombée de cheval après que sa monture a été heurtée par une voiture pilotée par un conducteur en état d'ébriété. Cette chute a entraîné une atteinte au genou gauche avec suspicion de lésion méniscale. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) qui a versé les prestations correspondantes.

Dans une lettre du 8 mai 2006 à l'assurée, la CNA constatait que celle-ci était en incapacité totale de travail depuis le 9 février 2005, date à laquelle une ostéotomie d'ouverture tibiale proximale interne avait été pratiquée en raison d'une souffrance du compartiment interne du genou gauche sur genu varum. Elle l'invitait dès lors à s'annoncer aux organes de l'assurance-invalidité afin de bénéficier de mesures appropriées en vue de sa réintégration dans le circuit économique.

B. En date du 14 juillet 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle faisait état d'une atteinte à la santé au genou gauche consécutive à l'accident de 2001.

A la demande de l'office AI, la CNA a produit son dossier.

Le 19 août 2006, l'assurée a indiqué sur formulaire ad hoc 531 bis que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps en tant qu'employée postale par intérêt personnel et pour des motifs financiers.

Aux fins d'examiner les aptitudes de l'assurée à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, l'office AI lui a fait savoir par communication du 17 avril 2007 qu'il prenait en charge les frais d'évaluation de deux stages informatiques. L'assurée a également subi un examen psychotechnique.

A l'issue d'un examen médical effectué le 16 octobre 2007, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que l'état de santé de l'assurée lui permettait de se soumettre sans délai à des mesures de réadaptation professionnelle. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité excluant la position debout prolongée, les travaux sollicitant les genoux ainsi que les longs trajets et les escaliers. Il émettait cependant des réserves quant à la volonté de l'assurée de retravailler.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 20 août 2007 entre une collaboratrice de l'office AI et la CNA que l'assurée est désormais domiciliée dans le canton de Genève. L'office AI du canton de Vaud a néanmoins continué de traiter la demande de prestations présentée par l'assurée.

Au terme d'un stage pratique effectué du 3 mars 2008 au 31 juillet suivant auprès de la société W.____ SA à B._____, l'assurée a conclu avec elle en date du 23 juin 2008 un contrat d'apprentissage d'employée de commerce pour la période du 25 août 2008 au 24 août 2011 (recte : 31 août 2010).

Par communication du 4 août 2008, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de cette formation.

D'une notice d'entretien téléphonique du 30 juillet 2010 entre une collaboratrice de l'office AI et l'assurée, il ressort que cette dernière aurait fait « un petit AVC » en mai 2009 compromettant le bon déroulement de son apprentissage et réduisant sa capacité de travail à 50%. Il était précisé que cette nouvelle atteinte à la santé nécessiterait la reprise de l'instruction sur le plan médical.

Le 28 septembre 2010, l'assurée s'est vue décerner le certificat de capacité d'employée de commerce (formation élargie).

Ensuite des renseignements médicaux recueillis auprès du médecin traitant de l'assurée et de la Dresse L._____, spécialiste en neurologie, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé, dans un avis médical du 16 décembre 2010, qu'il convenait d'effectuer un bilan neuropsychologique aux fins de pouvoir déterminer la capacité de travail en tant qu'employée de commerce.

Dans une lettre du 17 janvier 2011 transmise à l'office AI, la Dresse L._____ a demandé au Service de neurologie de l'Hôpital X._____ de procéder à un bilan neuropsychologique de l'assurée.

Prenant position sur le rapport d'examen neuropsychologique du 6 mars 2011, le Dr K._____ a constaté dans un avis médical du 14 avril 2011 qu'il mettait en évidence quelques troubles attentionnels, probablement davantage en lien avec l'état émotionnel de l'assurée qui faisait preuve d'une anxiété variable, qu'avec l'épisode migraineux compliqué du 9 mai 2009. Le reste de l'examen neuropsychologique était dans les normes. Quant aux troubles attentionnels, ils pouvaient tout au plus justifier une légère baisse de rendement (maximum 20%) dans l'activité d'employée de commerce.

Dans un rapport intermédiaire du 18 avril 2011, il était constaté ce qui suit :

« L'assurée a mené à terme un reclassement professionnel comme employée de commerce (profil E) à l'été 2010. Le 9 mai 2009, elle a fait une migraine avec aura prolongé et est en incapacité de travail à 50% depuis lors.

Par ailleurs, l'assurée est mère de famille de 2 enfants (6 et 8 ans) et doit accoucher d'un troisième enfant courant mai 2011. Dès lors, il convient de réaliser une enquête ménagère afin de déterminer clairement son statut d'active suite à la naissance de son enfant ainsi que les éventuels empêchements ménagers. »

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 4 juillet 2011. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a conclu à un statut d'active à 80%, les 20% restants étant dévolus aux tâches domestiques pour lesquelles les empêchements s'élevaient à 26,50%. Elle a indiqué ce qui suit sous la rubrique « atteinte à la santé selon les indications de l'assuré » :

« Depuis la naissance de son fils en mai 2011, l'assurée va moins bien du point de vue des migraines, elles sont plus fortes avec perte de langage et petites pertes de mémoire. Les douleurs aux tibias sont importantes suite à un accident de la circulation en 2001. L'assurée a un sommeil très léger. Les épisodes migraineux sont tous les jours. Elle ne prend plus de médication car elle ne fait plus d'effet. »

Quant au statut retenu, l'enquêtrice l'a motivé en ces termes :

« Sur le formulaire 531 bis complété le 19 août 2006, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100%.

Motivation du statut : l'assurée est en congé de maternité jusqu'à la fin septembre 2011. Elle déclare que dès octobre 2011, elle travaillerait à 80% si elle était en bonne santé. Elle pourrait mettre son petit dernier à la crèche dans son village. Les deux grands garçons âgés de 7 et 9 ans vont à l'école seuls et mangent à la cantine à midi. Elle parle de développement personnel et pour des raisons économiques. »

En guise de conclusion, l'enquêtrice a écrit ce qui suit :

« Le but de l'assurée est de reprendre une activité à 80% dès octobre 2011, soit à la fin de son arrêt maternité. »

Par avis médical du 15 septembre 2011, le Dr K._____ a confirmé que la baisse de rendement de 20% devait s'entendre sur un taux d'activité à temps complet, si bien que, pour une assurée active à 80%, il n'y avait pas lieu de retenir une baisse supplémentaire de rendement.

Le 27 septembre 2011, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a en particulier constaté ce qui suit :

« Vous exercez l'activité de factrice auprès de F._____. Pour des raisons de santé, cette activité est devenue contre-indiquée.

Toutefois, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (alternance des positions assis et debout, pas de port de charges).

Dès lors, nous avons pris en charge une formation d'employée de commerce niveau E. Vous avez obtenu votre CFC en été 2010.

Selon nos observations, en bonne santé, vous auriez continué à exercer votre activité de factrice à 80%. Les 20% restants correspondent à vos travaux habituels.

Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous pourriez obtenir à l'heure actuelle, en exerçant votre activité de factrice à 80% et compte tenu de l'évolution des salaires, un revenu annuel de CHF 52'347.-.

Avec votre CFC, vous pouvez prétendre à un revenu minimum de CHF 51'512.- à 80% (selon brochure Info-Vaud 2009-2010).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	52'347.00		
avec invalidité	CHF	51'512.00		
la perte de gain s'élève à CHF		835.00	=	invalidité de 1.5%

Par ailleurs, selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 20%.

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	1.5%	1.20%
Ménagère	20%	26.50%	5.30%
Degré d'invalidité			6.50%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Vous êtes reclassée à satisfaction et le droit à une rente n'est pas ouvert. »

Dans une communication du même jour, l'office AI a fait savoir à l'assurée que les conditions du droit au placement étaient remplies, de sorte qu'un soutien dans ses recherches d'emploi lui serait accordé.

Le 21 octobre 2011, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Jacques-Alain Bron, a présenté des objections à l'encontre du projet de décision du 27 septembre précédent. Reprochant à l'office AI de ne pas avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur la base d'avis médicaux spécialisés, elle a souligné qu'avant son accident ischémique transitoire survenu en mai 2009, elle ne présentait aucune limitation d'ordre intellectuel. Depuis lors, elle éprouvait notamment des difficultés à réaliser des opérations arithmétiques simples et relevait que ce n'était que grâce à la bienveillance de ses formateurs qu'elle avait pu obtenir son CFC. Elle signalait en outre que la capacité de travail retenue dans la profession d'employée de commerce faisait fi de ses affections ophtalmologiques, lesquelles faisaient selon elle obstacle à l'usage prolongé d'un écran. Elle observait enfin que, contrairement à ce qui figurait dans le projet de décision, elle aurait souhaité continuer de travailler à 100% si elle avait été en bonne santé « ainsi qu'elle l'a d'ailleurs affirmé en premier lieu à l'enquêtrice qui est venue chez elle. ». Elle sollicitait en conséquence le réexamen de sa situation, qui justifiait selon elle l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'assurée a formulé des observations complémentaires en date du 15 novembre 2011. Elle se plaignait en premier lieu que l'office AI n'avait pas procédé à un examen complet de son état de santé, s'agissant en particulier de ses difficultés cognitives et de ses problèmes ophtalmologiques. Elle contestait en outre le revenu d'invalidité retenu, l'estimant surévalué. Enfin, elle répétait avoir déclaré à l'enquêtrice que, sans invalidité, elle aurait travaillé à temps complet et non à 80%.

L'office AI s'est attaché à compléter l'instruction médicale.

Dans un rapport du 26 janvier 2012, le Dr R._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a indiqué que l'assurée avait été opérée d'une myopie en 2003. Il a précisé que la dernière consultation remontait au 13 janvier 2012 et que l'intéressée ne souffrait d'aucune maladie oculaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Le 16 février 2012, la Dresse L._____ a répondu en ces termes aux questions de l'office AI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée ?

Céphalées quotidiennes permanentes d'origine mixte avec une participation migraineuse, de tension, s'inscrivant dans le cadre d'un état dépressif important.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles à tenir en compte ?

La fatigue, la photophobie, la phonophobie, les troubles de concentration, le ralentissement attentionnel, les acouphènes en relation avec les céphalées et l'état dépressif, limitent les activités.

3. Quelle est la capacité de travail exigible dans l'activité d'employée de commerce ?

Lorsque je l'ai revue en décembre 2011, elle me semblait incapable de reprendre une activité d'employée de commerce. Un suivi psychiatrique me semble indispensable pour améliorer la situation. »

Sur le plan psychique, l'office AI a demandé au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, de compléter le formulaire ad hoc remis à son intention, ce qu'il a fait en date du 22 mai 2012. Ayant posé différents diagnostics incapacitants, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité en raison de l'épuisement des ressources physiques et psychiques de cette dernière, d'attaques de panique, avec des peurs multiples et une

attitude craintive, ce qui entraînait une vulnérabilité psychique incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

S'avisant des affections psychiatriques retenues par le Dr T._____, le Dr M._____, médecin au SMR, a préconisé le 7 juin 2012 la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique aux fins de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Mandaté par l'office AI en qualité d'expert, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 3 septembre 2012. Excluant tout diagnostic incapacitant, il n'a retenu qu'une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » :

« Assurée de 36 ans, au bénéfice d'un CFC d'assistante dentaire, ayant travaillé de 1997 à 2005 comme factrice, démission au 31 janvier 2005, ayant bénéficié de prestations AI et SUVA de 2005 à 2010, dans le cadre d'un reclassement professionnel avec obtention d'un diplôme d'employée de commerce élargi à la comptabilité, actuellement en opposition à décision d'un projet en date du 27 septembre 2011 se concluant : « Vous êtes reclassée à satisfaction et le droit à une rente n'est pas ouvert. »

L'examen psychiatrique du 28 août 2012 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ni de mémoire, ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil globalement mauvais, perturbé par des réveils récurrents, appétit diminué depuis deux semaines.

Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 80% du temps, des moments où elle se déclare moins bien et serre fort ses enfants, se déclare toujours disponible avec eux, avec, à raison de 20% du temps, des moments où elle se sent mieux, et effectue des activités avec ses enfants.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences

élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crises d'anxiété généralisée, l'assurée précise des rituels de vérification.
- o Une absence de symptomatologie floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité.
- o L'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'un tableau algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse.

L'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, l'absence de repli social dans toutes les manifestations de la vie, la réussite au reclassement professionnel, la joie précisée par l'assurée de mise au monde de son troisième enfant, l'absence de situation sans évolution (réussite au reclassement), la difficulté de préciser un profit tiré de la maladie, l'absence d'échec au traitement sont autant d'éléments qui ne permettent pas d'envisager de critères de sévérité de la jurisprudence et de retenir l'aspect incapacitant de ce trouble algique.

Nous avons pris bonne note du rapport médical, en date du 22 mai 2012, sous la signature du psychiatre traitant, proposant comme diagnostics incapacitants : F 41.1 + F 51.4 + F 43.1 ; ce rapport motive les réflexions suivantes :

1. Pour ce qui concerne le diagnostic F 41.1, nous rappellerons qu'il s'agit, selon les critères CIM-10, du diagnostic d'anxiété généralisée pour lequel non seulement nous ne retrouvons pas l'ensemble des critères CIM-10 mais surtout pour lequel n'est précisé aucune fréquence des crises et aucun rythme, permettant, selon les critères CIM-10, d'envisager la qualification et la gravité de ce diagnostic d'anxiété généralisée et donc son aspect invalidant. Nous ne retiendrons pas ce diagnostic.
2. Pour ce qui concerne le diagnostic F 51.4, nous rappellerons que selon la CIM-10, il s'agit de terreurs nocturnes, et là encore, nous ne retrouvons pas l'intégralité des critères CIM-10, ce qui ne nous permet pas de retenir ce diagnostic.
3. Pour ce qui concerne le diagnostic F 43.1, nous rappellerons qu'il s'agit d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique que nous ne retiendrons pas non plus, en raison du fait que ce diagnostic, selon les critères CIM-10, doit être compris en fonction d'une « *anesthésie psychique, avec émoussement émotionnel, détachement par rapport aux autres, insensibilité à l'environnement* », alors que l'assurée présente une labilité émotionnelle et une dramatisation.
4. Enfin, le courrier annexé par le psychiatre traitant fait état d'un certain nombre de symptômes, qui à l'évidence orientent sur une symptomatologie histrionique qui n'est pas discutée par les praticiens et oubliée de préciser la joie que l'assurée mentionne à la naissance de son troisième enfant, en 2011.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 28 août 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

L'expert a conclu son rapport en retenant une capacité de travail entière dans toute activité, en l'absence de toute limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il a par ailleurs précisé qu'il ne voyait pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle.

Dans un avis médical du 18 septembre 2012, le Dr M. _____ a résumé comme suit la situation médicale de l'assurée avant de prendre position sur l'expertise du Dr D. _____ :

« Date de la demande : 14 juillet 2006. Audition : retour d'expertise psychiatrique.

Rappel : assurée de 35 ans, divorcée et mère de 2 enfants, avec une formation d'assistante dentaire (certificat), qui avait réalisé dernièrement un apprentissage d'employée de commerce CFC (reclassement : poste antérieur de factrice). La formation prit fin le 31 août 2010.

Acte I : elle présentait des gonalgies bilatérales suite à ostéotomies de valgisation bilatérales (cf. accident en 01 ; cas Suva ; reprise AH [activité habituelle, réd.] dès le 30 juillet 2001) par surcharge du compartiment interne sur genua vara et séquelle de lésions méniscales int. G (consolidation au 30 novembre 2007 ; CT AH 0%, AA [activité adaptée] 100%). Aucun rapport SMR, ni décision ne verrouillait ce chapitre traumatique.

Acte II : l'assurée annonçait en mai 09 un petit AVC. Elle était en fait simplement connue pour des migraines. Elle avait fait le 9 mai 2009 une migraine avec aura prolongée (et non pas un AVC, comme mentionné). Le Dr L. _____, neurologue, décidait le 3 mars 2010 une reprise à 50% dès le 8 mars 2010. Il rapportait le 18 mai des troubles visuels et conseillait un contrôle ophtalmologique. Son rapport du 26 août 2010 invitait à réaliser un bilan neuropsychologique. Ce dernier retenait le 6 mars 2011 des troubles peu nombreux (ralentissement attentionnel et léger à lecture avec difficultés de discrimination en relation avec l'état émotionnel), et une évaluation cognitive normale (fonctions supérieures). Ces

résultats étaient parfaitement en accord avec l'évaluation psychotechnique du 1^{er} mai 2007 et les examens neuro. ant. : IRM et EEG. L'avis SMR du 15 septembre 2011 statuait sur une baisse de rendement de 20%. L'assurée ne travaillait plus depuis le 30 août 2010 (cf. grossesse ; fin de congés en sept. 11). Sans rapport SMR, la décision du 27 septembre 2011 indiquait : inv. : 1.5% ; CT AH 0%, CT AA 80% et des LF telles que alternance position assise et debout, aucune date de réadaptation, ni évolution de l'IT. Une audition intervient.

Acte III : deux courriers de l'avocat mentionnaient les faits suivants : 1/ le 21 octobre 2011 : que nos conclusions ne reposaient pas sur un avis spécialisé (p. 1), et qu'un contrôle ophtalmologique était prévu, ce qui était recevable. Par contre, l'assertion d'un AIT était fautive, car seul un AVC présente des séquelles, ce qui n'est pas le cas (cf. ci-dessus + IRM). L'AIT par définition n'est que transitoire : il est défini par un épisode déficitaire, focalisé disparaissant sans séquelles en moins de 24 heures. Il n'existait pas d'atteinte cognitive (cf. ci-dessus). Les assertions en p. 2 étaient donc erronées. 2/ le 15 novembre 2011 : il corroborait en p. 1 les constatations ci-dessus. La demande en p. 2 relative aux expertises et à la qualification en neurologie restait recevable. Par contre, nous ne retenons pas la contestation de l'éléментарité du bilan neuropsychologique et la demande d'une évaluation professionnelle. L'assurée ayant revu le médecin traitant et son neurologue, nous demandons un rapport de l'ophtalmologue, et de ceux-ci.

Acte IV : le Dr G. _____, médecin traitant, répond le 19 janvier 2012 qu'il existe une aggravation avec un état dépressif en phase aiguë, et que la CT est nulle. Le Dr R. _____, ophtalmologue, rapporte le 28 janvier 2012 seulement une myopie opérée en 03, sans incidence sur la CT. Le Dr L. _____, neurologue, indique le 16 février 2012 des céphalées s'inscrivant dans le contexte d'un état dépressif. Il juge indispensable un suivi psychiatrique, depuis au moins décembre 2011. Il n'existe donc pas d'atteinte neurologique ou ophtalmologique. Nous avons demandé un rapport détaillé au psychiatre traitant. La réponse du Dr T. _____, psychiatre, indique le 22 mai 2012 un suivi depuis février 2012, les diagnostics incapacitants F 41.1, F 51.4 et F 43.1, une IT de 100% depuis août 2010 avec des LF depuis cette date qui sont en contradiction avec le bilan neuropsychologique du 6 mars 2011. Aucune argumentation clinique ne venait étayer les diagnostics et justifier l'IT. Nous avons donc réalisé une expertise psychiatrique (Dr D. _____, psychiatre FMH) qui se déroule le 28 août 2012. Elle détermine comme diagnostics. 1/ ayant une répercussion sur la capacité de travail : aucun sur le plan psychiatrique 2/ sans répercussion sur la capacité de travail : une dysthymie (F 34.1).

Lors de l'examen, il n'existe pas un faisceau de critères diagnostics selon la CIM 10 de type A, B ou C, dont plusieurs associés par classe (cf. p. 5-6). Notre expert retient uniquement une dysthymie d'après les explications en p. 2. Il n'existe pas d'éléments en faveur d'un TSD comme une comorbidité psychiatrique où les critères jurisprudentiels habituels (cf. Mosimann). Notre expert invalide les assertions des F 41.1, F 51.4 et F 43.1 au regard de l'argumentation développée selon les critères diagnostics de la CIM 10.

Nous suivons cet avis : cet examen revêt une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, il se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. L'expert établit ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées.

Au total, nous suivons les conclusions du Dr D. _____, psychiatre FMH, telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes. Nous en restons donc au final à l'avis SMR du 15 septembre 2011 : CT AH 0%, AA 80%, et à la décision du 27 septembre 2011 (cf. inv. 1.5%). »

Statuant par décision formelle du 11 février 2013, l'office AI a rejeté la demande d'augmentation de rente formulée par l'assurée en reprenant les termes de son préavis du 27 septembre 2011. Une lettre d'accompagnement datée du même jour explicitait les motifs pour lesquels il n'y avait pas lieu de revenir sur l'évaluation de la capacité de travail telle que retenue dans le projet de décision non plus que de modifier le statut retenu de 80% voué à l'exercice d'une activité professionnelle et de 20% consacré à l'exécution des tâches domestiques.

C. **a)** Par acte du 18 mars 2013, H. _____ a recouru contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève. Avec suite de frais et dépens, elle conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 12 novembre 2006. Dans un premier moyen, elle fait valoir que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr D. _____ le 28 août 2012 serait dépourvue de valeur probante, au motif que des lacunes auraient été constatées dans l'établissement des faits par le Dr T. _____, psychiatre traitant, et que l'expert se serait écarté des conclusions retenues par ce dernier sans véritablement motiver son point de vue. La recourante conteste en outre le statut d'active à 80% retenu dans la décision attaquée et affirme qu'elle n'aurait concédé souhaiter travailler à ce taux que sous l'œil réprobateur de l'enquêtrice. Elle reproche enfin à l'office AI de ne pas avoir procédé à une réduction forfaitaire du revenu statistique. A titre subsidiaire, elle sollicite plus particulièrement que le Dr T. _____ soit requis de fournir des renseignements, soit par écrit, soit dans le cadre d'une audition, et qu'une expertise psychiatrique soit diligentée aux fins de fixer sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 16 avril 2013, l'office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il constate en premier lieu que le Dr D._____ expose de manière détaillée et cohérente les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr T._____. Ses conclusions sont par ailleurs dûment motivées et il n'est pas établi qu'il aurait ignoré un élément objectivement déterminant. Cette expertise revêt donc pleine valeur probante. S'agissant du statut d'active, l'intimé observe que son enquêtrice n'aurait eu aucune raison de retenir un taux de 80% si l'assurée lui avait fait savoir qu'elle aurait souhaité travailler à 100% si elle avait été en bonne santé. L'office intimé relève enfin qu'il ne se justifiait pas de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé dès lors que celui-ci ne se fondait pas sur les salaires statistiques.

b) Par arrêt du 10 juin 2013, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève a prononcé l'irrecevabilité du recours formé par l'assurée, au motif que lors du dépôt de la demande de prestations, elle était domiciliée dans le canton de Vaud. Elle a en conséquence transmis le dossier à la Cour de céans.

Le 14 avril 2014, l'office AI a fait parvenir à la Cour de céans le recours formé par l'assurée ainsi que les pièces produites à son appui, de même que sa propre réponse ainsi que le dossier de la cause.

En réplique du 19 mai 2014, la recourante réitère sa requête tendant à solliciter des renseignements complémentaires auprès du Dr T._____ sur sa situation médicale, soit par écrit soit dans le cadre d'une audience à tenir durant laquelle elle souhaite que soient également entendues une employée de la société W._____ SA ainsi que la collaboratrice de l'office AI ayant effectué l'enquête ménagère à domicile. Elle sollicite derechef l'administration d'une expertise judiciaire psychiatrique.

A la requête du magistrat instructeur chacune des parties lui a fait parvenir, en date du 4 juin 2014, ses questions à l'attention du Dr

T._____, auxquelles celui-ci a répondu le 8 septembre 2014. Il a fait état de diverses critiques à l'endroit de l'expertise du Dr D._____. Il estimait pour l'essentiel que la gravité des troubles présentés justifiait une incapacité totale de travail. De plus, il n'était guère possible de procéder à une évaluation concluante de la situation en l'espace d'une seule évaluation d'une durée de 45 minutes.

Les parties se sont déterminées sur les remarques du Dr T._____.

Par courrier du 30 septembre 2014, l'intimé a fait savoir à la Cour de céans que le Dr D._____ était décédé.

De son côté, la recourante a indiqué le 9 octobre 2014 qu'elle persistait dans ses conclusions.

D. Le 5 novembre 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Il était précisé qu'il pouvait s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix.

Par pli du 5 décembre 2014, le Dr S._____ a informé le magistrat instructeur qu'il envisageait de demander un examen somatique auprès du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne.

Le 24 mars 2015, le Dr Z._____ a déposé son rapport d'expertise. Celui-ci s'ouvre par l'anamnèse personnelle et médicale de l'assurée, rapporte les plaintes exprimées et décrit le status clinique objectif (pp. 2-10). Le Dr Z._____ a exclu tout diagnostic incapacitant. Il a en revanche posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : céphalées mixtes, migraineuses et de tension chronique ; dyspepsie fonctionnelle ; syndrome du côlon irritable ; probable vessie hyperactive ; myome utérin anamnestique ; acouphènes et, enfin, gonalgies bilatérales avec status après ostéotomie du genou

droit en 2005 et du genou gauche en 2007. L'expert s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic » :

« Mme H. _____ annonce une santé chancelante depuis sa petite enfance avec des infections de la sphère ORL récidivantes et des troubles digestifs ayant motivé plusieurs gastroscopies sans amener de diagnostic clair. Elle se plaint également d'acouphènes apparus à l'âge de 18 ou 20 ans en aggravation et devenus bilatéraux dès 2009. Une myopie a été corrigée par une chirurgie avec mise en place de lentilles en chambre antérieure en 2003.

En 2001, il est rapporté un accident de cheval à l'origine d'une contusion du poignet gauche et du genou gauche. Un genu varum sera opéré à gauche en 2005 et à droite en 2007. L'évolution est annoncée satisfaisante mais néanmoins cette affection la fera renoncer à la poursuite de ses activités professionnelles de facteur à F. _____. Elle bénéficiera de mesures de réadaptation professionnelles sous l'égide de l'Al, obtenant en août 2010 un CFC d'employée de commerce.

C'est durant cette formation qu'elle présente, le 6 mai 2009, une crise de migraines avec aura prolongée. Elle est brièvement hospitalisée à l'Hôpital X. _____. Dans les suites, elle présente une amputation du champ visuel vers la droite d'une trentaine de minutes, des fourmillements, des difficultés langagières et des troubles de la compréhension pendant environ trente minutes. L'examen neurologique est normal ainsi que le scanner. Le bilan biologique est normal. Depuis lors, elle annonce des troubles neurocognitifs avec ralentissement et des troubles de l'attention. Dès lors, elle estime être incapable de réaliser des tâches de type comptabilité alors que paradoxalement, elle aurait noté une amélioration d'autres tâches, annonçant qu'elle ne fait plus de fautes d'orthographe.

Depuis mai 2009, elle annonce présenter des céphalées, de tension chronique, permanentes et d'intensité sévère puisque cotées à 9/10 en permanence, jour et nuit, 7 jours /7 et résistantes à toutes thérapies.

Elle fait état de douleurs éparses, de troubles digestifs avec dyspepsie, de ballonnements ainsi que de troubles urologiques, à type de pollakiurie, faisant évoquer une vessie irritable. Elle annonce une incapacité de travail à 100% depuis le 6 mai 2009 jusqu'à fin juillet 2009 et à 50% depuis août 2009 jusqu'au 31 août 2010 avec dès lors une totale incapacité de travail, estimant que du fait de ces divers ennuis, elle note la perte de la capacité à comprendre un plan comptable et à réaliser son activité d'employée de commerce.

Un CT scan cérébral lors de l'hospitalisation de mai 2009 est revenu normal de même qu'une IRM cérébrale. Un électro-encéphalogramme, effectué le 1^{er} mars 2010, était normal. L'examen neuropsychologique montre des incohérences liées à l'état émotionnel, sans trouble cognitif.

Situation actuelle

Mme H. _____ énumère une longue série de plaintes dont certaines sont surprenantes et ne correspondent à aucun cadre nosologique précis. C'est le cas lorsqu'elle parle de ses difficultés cognitives. Malgré l'évidence qu'elle n'a jamais manifesté d'accident vasculaire cérébral, elles semblent rattacher de multiples plaintes à la survenue, le 6 mai 2009, d'une migraine avec aura qui n'a sans doute pas laissé de séquelle. Il y a donc accumulation de symptômes douloureux gastro-intestinaux, urinaires et pseudo-neurologiques. Une des caractéristiques de cette symptomatologie est qu'elle est résistante à tout traitement et qu'en définitive les traitements actuels sont inutiles. C'est le cas des céphalées mixtes annoncées à 10/10 sur EVA alors que des accès de migraines sont annoncés à 11/10 sur EVA. Les céphalées restent donc sans traitement.

Paradoxalement, l'examen clinique est plutôt rassurant, rencontrant une expertisée plutôt joviale, apparaissant en bonne santé habituelle, sans auto-limitation. Nous trouvons 18/18 points de fibromyalgie à l'examen de l'appareil locomoteur. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle ou d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. Dans la description de la symptomatologie, les douleurs de l'appareil locomoteur sont inconstantes et ne sont pas au premier plan si bien qu'il n'est pas reconnu de diagnostic de fibromyalgie. L'examen neurologique est sans argument en faveur d'une atteinte centrale ou périphérique. Les paresthésies annoncées des quatre membres ne reçoivent ainsi pas d'explication somatique. L'examen cardio-vasculaire s'inscrit dans la norme. L'examen des genoux est très rassurant, sans limitation significative.

Limitations fonctionnelles :

En conclusion, l'incapacité de travail annoncée dès le 6 mai 2009 ne reçoit pas d'explication somatique. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Hormis celle qui avait été établie dans les suites de la cure chirurgicale de genu varum bilatéral de 2005 et 2007. Il était retenu alors les limitations fonctionnelles suivantes :

- positions debout prolongées,
- travaux sollicitant les genoux,
- longs trajets et escaliers. »

L'expert a conclu son rapport en répondant aux questions posées par les parties. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré que les gonalgies après cure bilatérale de genu varum limitaient le périmètre de marche et le port de charges, ce qui rendait inexigible la profession de facteur depuis 2005. En revanche, l'exercice d'une activité d'employée de commerce compatible avec les limitations fonctionnelles retenues était possible à plein temps sans diminution de rendement. De l'avis de l'expert, les gonalgies résiduelles n'étaient susceptibles que de causer une perte de rendement de 10% dans le cadre de la tenue du

ménage. Quant à une éventuelle réadaptation professionnelle, il a estimé que la question ne se posait au vu du CFC d'employée de commerce obtenu par l'assurée.

De son côté, le Dr S. _____ a déposé son rapport d'expertise psychiatrique en date du 12 avril 2015. Il a posé les diagnostics de trouble hypocondriaque (F 45.2) et d'agoraphobie sans trouble panique (F 40.00), qu'il a justifié en ces termes :

« Le dossier mis à disposition montre combien le diagnostic psychiatrique des troubles dont se plaint Mme H. _____ est malaisé et objet de dispute.

Mme H. _____ estime ne pas bien aller. Elle dit avoir le moral en berne, qu'un rien la déprime, qu'elle se sent seule. Elle dit qu'enfant elle était tout le temps malade.

L'examen clinique de Mme H. _____ ne permet pas de poser un diagnostic de trouble dépressif. L'humeur est certes décrite comme en baisse mais au cours des différents entretiens Mme H. _____ manifeste une attitude adéquate, elle ne pleure pas, elle ne présente pas d'idées suicidaires. Elle se montre attachée à ses enfants et à son mari. Elle ne manifeste pas d'idées de culpabilité ni de dévalorisation même si elle dit que, par moment, elle se demande si elle est utile à ses enfants. Les fonctions instinctuelles sont préservées (appétit, sexualité et sommeil) même si elles ne sont pas jugées tout à fait adéquates et normales. J'estime donc que l'on peut exclure un trouble affectif ou de l'humeur. Tout au plus pourrait-on admettre un diagnostic de dysthymie comme l'avait fait le Dr D. _____ dans son rapport du 3 septembre 2012, voire de cyclothymie. Je renonce à poser ces diagnostics car dans le cas de Mme H. _____ ils ne rendraient compte que de fluctuations habituelles, pour ne pas dire normales de l'humeur. D'autre part anamnestiquement, il n'y a pas eu d'épisodes dépressifs qui ont nécessité le recours à des soins ou des traitements spécifiques.

J'exclus ainsi bien évidemment un diagnostic de trouble bipolaire car Mme H. _____ n'a jamais présenté, à ma connaissance, d'élévation de l'humeur ni de période d'hypomanie ni d'épisode maniaque à proprement parler.

J'exclus les diagnostics de troubles psychotiques, en particulier du spectre de la schizophrénie, en raison de l'absence de toute symptomatologie psychotique positive telle qu'hallucinations ou idées délirantes ou négative telle qu'apragmatisme ou perplexité. J'exclus donc les diagnostics de schizophrénie, de trouble schizotypique ainsi que de trouble délirant et de trouble schizo-affectif.

J'exclus également un diagnostic de trouble de la personnalité. Certes Mme H. _____ dit avoir connu une période à l'adolescence d'abus de substances et de relations interpersonnelles particulières en lien avec ces abus. Mais depuis la fin de son adolescence elle ne présente pas de problèmes particuliers de relations interpersonnelles. Elle a noué des relations sentimentales stables. Elle ne vit pas dans un isolement social et entretient des relations familiales relativement équilibrées avec les difficultés inhérentes à

toute vie de famille. Dans ses différentes activités professionnelles, elle s'est montrée adéquate et ne s'est jamais plainte de problèmes relationnels. J'estime donc qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne se justifie pas.

Le Dr T. _____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison des abus sexuels dont Mme H. _____ a été victime à ses dires par son beau-père. Elle se plaint encore aujourd'hui de ne pas supporter certaines odeurs qui lui rappelleraient son beau-père. Néanmoins, il n'y a pas de flash-back, ni de conduite d'évitement, ni de phénomènes dissociatifs en lien avec ces événements douloureux. J'estime donc qu'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ne se justifie pas aujourd'hui. Les abus dont a été victime Mme H. _____ l'ont marquée et restent présents à sa mémoire mais ils n'ont pas un impact invalidant sur sa vie quotidienne ni sur ses activités personnelles.

Le Dr T. _____ a posé également un diagnostic d'anxiété généralisée. Il affirme que Mme H. _____ est constamment inquiète, en particulier pour ses enfants. Or, questionnée à ce sujet par le Dr Z. _____ sur les activités d'équitation de ses enfants, Mme H. _____ s'est montrée confiante et sans inquiétude injustifiée. D'autre part, tout au long des entretiens que j'ai eus avec elle, Mme H. _____ n'a pas montré une angoisse permanente ni des craintes généralisées. J'estime donc que le diagnostic d'anxiété généralisée ne peut pas être retenu.

J'exclus les diagnostics de troubles obsessionnels-compulsifs en raison de l'absence de toute symptomatologie spécifique.

Mme H. _____ se plaint d'une agoraphobie. Elle ne peut pas faire les courses dans les grands magasins lorsqu'il y a du monde. Elle préfère que son mari fasse les courses. Mais elle peut malgré tout faire des courses lorsque son mari est absent. Je pose donc un diagnostic d'agoraphobie en soulignant que cette pathologie n'est que très modestement handicapante.

Ce qui est frappant dans le discours de Mme H. _____ est le recours constant à des termes « médicaux » et à tout mettre en lien avec des atteintes à la santé. Dans son enfance, elle était tout le temps malade, elle avait tout le temps mal quelque part. Aujourd'hui elle souffre de céphalées, d'acouphène (alors qu'au dossier il n'est nulle part fait mention de ce trouble avant les examens actuels) et se sent fatiguée. Elle se sent limitée dans toutes ses activités en raison des différents malaises qu'elle ressent. L'opération des yeux qu'elle a subi en 2003 est mise sur le compte d'une infection des yeux mais il s'agit en fait d'une correction de la myopie. L'infection des yeux ne permettait plus à Mme H. _____ de porter des verres de contact mais n'impliquait forcément l'intervention chirurgicale. L'événement du 9 mai 2009 est considéré par Mme H. _____ comme « traumatique » avec des conséquences majeures qui se feraient encore ressentir aujourd'hui. Or objectivement, cet événement n'a laissé aucune séquelle et toutes les plaintes qui sont rapportées à cet événement sont strictement subjectives. J'estime donc qu'il est justifié dans le cas présent de poser un diagnostic de trouble hypocondriaque. La caractéristique de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence d'un ou plusieurs troubles somatiques graves. Je qualifierai ce trouble, dans le cas présent, de léger à moyen.

9. Discussion

J'ai longuement discuté des diagnostics posés dans le paragraphe précédent.

L'histoire asséculo-logique de Mme H._____ est particulière. A partir d'une chute de cheval en 2001, qui a provoqué une contusion du poignet et du genou gauches et justifié un arrêt de travail de quatre semaines, l'assurance accidents a pris en charge deux interventions chirurgicales de genu varum qui ne sont pas d'origine traumatique. Puis l'OAI a mis en place des mesures de réinsertion professionnelle. Quelques mois après la mise en œuvre de ces mesures, Mme H._____ a présenté un épisode, certes inquiétant, mais anodin que l'on a décrit comme crise de migraine avec aura prolongée. Et depuis lors elle s'estime incapable de travailler, en tout cas à plein temps.

Un traitement psychiatrique n'est commencé qu'en février 2012 et n'a apporté à ce jour aucune amélioration de la symptomatologie ni de la capacité de travail estimée. Cette constatation n'est pas un jugement de valeur sur la qualité du travail psychothérapeutique ni de la médication psychotrope mis en place depuis lors. Il a vraisemblablement permis à Mme H._____ de se sentir un peu mieux et de pouvoir évoquer les souffrances du passé. Mais cette absence d'évolution met en évidence la difficulté à modifier les schémas de pensée et le comportement de Mme H._____.

Le trouble hypocondriaque dont souffre Mme H._____ colore toutes les facettes de sa vie. Tous les événements de la vie sont teintés par la maladie, reçoivent quasiment un diagnostic et impliquent des précautions. Il y a une amplification involontaire des troubles anodins. Ce trouble hypocondriaque conduit à des auto-limitations fonctionnelles sans substrat objectif.

Néanmoins Mme H._____ mène une vie, certes un peu restreinte, mais normale avec ses enfants dont elle prend soin comme une mère parfaitement adéquate. Elle ne présente pas d'atteinte importante à sa santé somatique comme le montre bien le rapport complémentaire d'expertise du Dr Z._____ du 24 mars 2015.

Mme H._____ n'a plus travaillé quasiment depuis qu'elle a quitté F._____ à fin janvier 2005, si l'on excepte la période de formation de 2008 à 2010. Or aucune atteinte à la santé objective ne permet de justifier une telle incapacité de travail.

Mme H._____ présente une pathologie de faible gravité du point de vue psychiatrique et ne présente pas d'atteinte majeure à sa santé somatique.

Le pronostic est favorable du point de vue somatique en raison de l'absence d'atteintes chroniques. Du point de vue psychiatrique, le pronostic est également favorable même si le trouble hypocondriaque risque de persister, mais sans aggravation notable.

10. Capacités professionnelles

Mme H._____ ne présente aucune atteinte majeure à son état de santé psychique aussi bien que somatique.

Le rapport du Dr Z._____ du 24 mars 2015 a posé les diagnostics de céphalées mixtes, migraineuses et de tension chronique, de dyspepsie fonctionnelle, de syndrome du côlon irritable, de probable vessie hyperactive, d'acouphènes et de gonalgies bilatérales. Les limitations fonctionnelles retenues sont celles qui ont été décrites par le Dr V._____ dans son rapport du 16 octobre 2007 soit la position debout prolongée, les travaux sollicitant les genoux ainsi

que les longs trajets et les escaliers. Mises à part ces limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail, y compris dans les tâches ménagères, est exigible du point de vue médical.

Il est nécessaire de préciser que du point de vue neurologique, il n'y a aucune séquelle de l'événement du 9 mai 2009. Mme H. _____ ne présente aucun trouble cognitif et toutes les plaintes sont subjectives et ne sont pas corroborées par les examens neuropsychologiques. Il n'y a aucune atteinte cérébrale.

Du point de vue psychiatrique, les troubles psychiques que présente Mme H. _____ n'ont pas de retentissement sur sa capacité de travail de manière générale depuis la fin de son apprentissage en juillet 2010. L'angoisse ne la paralyse pas au point de lui interdire toute activité. Les ruminations ne sont pas prééminentes. Tout au plus pourrait-on reconnaître une diminution de rendement de l'ordre de 15% à 20% en raison des préoccupations qui peuvent la perturber dans son activité professionnelle.

Des mesures de réadaptation ont été mises en place dès 2008 et ont abouti à l'obtention d'un CFC d'employée de commerce. Il n'y a aucune contre-indication d'ordre médical ou psychiatrique à l'exercice d'une telle activité professionnelle. En conséquence, de nouvelles mesures de réadaptation ne sont pas justifiées médicalement. »

En réponse aux questions des parties, le Dr S. _____ s'est contenté de renvoyer le lecteur à divers passages de son rapport ainsi qu'à celui du Dr Z. _____.

Dans ses déterminations du 11 mai 2015, l'office AI relève que les limitations fonctionnelles retenues par les experts (éviter la position debout prolongée, les travaux sollicitant les genoux ainsi que les longs trajets et les escaliers) se recoupent avec celles prises en compte dans la décision entreprise. Il observe plus particulièrement qu'aucune contre-indication à l'activité d'employée de commerce n'est signalée. Or, c'est sur la base de ladite activité, pour laquelle une formation de type CFC a été prise en charge à titre de reclassement, que le revenu d'invalidité a été déterminé dans la décision dont est recours. Il en résulte que même dans l'hypothèse évoquée par l'expert S. _____, à savoir une diminution de rendement de 15 à 20%, le degré d'invalidité qui en résulterait ne donnerait pas droit à une rente d'invalidité. Aussi, l'intimé déclare que la décision querellée ne peut qu'être confirmée.

Par courrier du 12 mai 2015, la recourante indique avoir été hospitalisée durant un mois pour une ablation de l'utérus et des trompes en raison d'un risque de cancer. Elle a produit à cet égard un courriel du 7

mai 2015 adressé à son conseil par son époux. A l'appréciation du Dr S._____, elle oppose derechef celle de son psychiatre traitant, le Dr T._____, laquelle se fonde sur plusieurs années d'observation. Ainsi, elle ne comprend pas pour quels motifs le Dr S._____ s'écarte de l'appréciation du Dr T._____ pour poser le diagnostic de trouble hypochondriaque de degré léger à moyen, au demeurant non retenu par le Dr D._____. Elle lui reproche ce faisant de minimiser l'importance de ses troubles. Dans le même sens, en recourant à des formes verbales et grammaticales telles que le discours indirect et le conditionnel, le Dr S._____ mettrait en doute la véracité de ses déclarations, motivant par là-même le grief de partialité avancé par la recourante à l'endroit de son appréciation. Elle estime dès lors que son rapport d'expertise est dénué de valeur probante. La recourante formule des critiques comparables à propos de l'expertise du Dr Z._____, estimant que celui-ci aurait orienté son évaluation en fonction du diagnostic de trouble hypochondriaque posé par son confrère S._____. Sollicitant une prolongation de délai en vue de faire parvenir au tribunal des déterminations complémentaires, elle demande aussi la tenue d'une audience afin qu'elle-même ainsi que le Dr T._____, voire tout autre praticien, puisse attester de l'authenticité de ses troubles, ce qui devrait conduire à la mise en œuvre d'une surexpertise. En conséquence, la recourante persiste intégralement dans ses conclusions.

Le 18 juin 2015, la recourante a fait parvenir au tribunal un rapport du Dr T._____ daté du même jour dans lequel il reprend diverses déclarations figurant dans le rapport d'expertise du Dr S._____ qu'il s'emploie, selon le cas, à préciser, compléter, voire réfuter. Sur cette base, elle réitère sa requête tendant à la tenue d'une audience.

E. Le 14 juillet 2015, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à une nouvelle expertise de l'assurée. Déposé le 12 octobre 2015, son rapport se fonde sur l'examen de l'intéressée pratiqué les 14 et 16 septembre 2015, un contact téléphonique avec le Dr T._____ en date du 9 octobre 2015, deux

entretiens téléphoniques entre l'assurée et l'expert les 29 septembre et 12 octobre 2015 ainsi que l'étude du dossier dont l'expert résume en p. 2 à 5 de son rapport les principales pièces médicales et administratives. Il comprend ensuite l'anamnèse de l'intéressée (familiale, personnelle et relative à sa vie privée), décrit les antécédents médicaux et psychiatriques avant de relater la situation actuelle sur le plan médical et personnel (pp. 5-10). Il rapporte les plaintes exprimées, rend compte de l'observation clinique pratiquée ainsi que du résultat des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués (pp. 10-14).

Sur la base de son analyse, l'expert a posé les diagnostics suivants :

« Trouble dysthymique (dysthymie) (F 34.1)

Trouble d'anxiété généralisée (F 41.1)

Trouble panique avec agoraphobie (F 40.01) »

Sous l'intitulé « Appréciation finale », il a conclu son rapport en ces termes (pp. 15-26) :

« L'assurée H. _____ est une femme de 39 ans, divorcée, remariée et mère de deux enfants du premier lit et d'un cadet du deuxième. Elle ne mentionne pas de problèmes dans sa famille reconstituée.

Les antécédents peuvent être considérés comme traumatiques et carencés avec une mère décrite comme peu responsable, maltraitante tant physiquement que psychologiquement et la notion d'abus sexuels de la part d'un compagnon de cette dernière en début d'adolescence.

Le développement et la scolarité n'auraient pas posé de problèmes majeurs jusqu'aux dernières années scolaires. Par la suite l'intéressée a effectué une formation d'assistante dentaire et occupé des emplois chez C. _____ puis en tant que vendeuse avant de gagner F. _____ où elle a travaillé apparemment sans problèmes de 1998 à 2005, soit jusqu'aux faits en cause aujourd'hui.

Sur le plan psychiatrique, Mme H. _____ rapporte une dyslexie dans l'enfance, puis des troubles du comportement (abus d'alcool, consommation de cannabis et école buissonnière) en fin de scolarité. Elle rapporte aussi un trouble des conduites alimentaires au début de l'âge adulte et un mouvement dépressif à l'occasion de son divorce. Ces troubles n'ont pas eu la gravité qui aurait imposé une prise en soins spécialisée.

En date du 02.06.2001, l'assurée a été victime d'un accident avec essentiellement une problématique du genou gauche puis du genou droit. Elle a annoncé une "rechute" des suites orthopédiques de son accident en 2005 à partir de laquelle elle a donné son congé. Elle dit qu'elle n'a plus jamais repris d'activité lucrative dans le premier marché du travail depuis lors.

Ce n'est qu'à partir de symptômes neurologiques qu'elle attribue à une "attaque" en mai 2009 que l'intéressée rapporte un tableau clinique fait de symptômes anxieux et dépressifs. L'intéressée a finalement été dirigée vers un médecin psychiatre au début 2012. Elle est régulièrement suivie dans le cabinet médical de ce confrère depuis lors.

L'étude du dossier laisse par ailleurs la trace de multiples problèmes somatiques depuis des années que le soussigné a mentionnés dans la rubrique des antécédents médicaux. Ceux-ci ont fait l'objet d'évaluations appropriées qui figurent au dossier.

Questionnée sur l'évolution, Mme H. _____ rapporte un état globalement stationnaire avec des hauts et des bas.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dysthymique (dysthymie) (F 34.1)*, un *trouble anxiété généralisée (F 41.1)* et un *trouble panique avec agoraphobie (F 40.01)*.

Trouble dysthymique (dysthymie)

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles affectifs qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les *troubles bipolaires et dépressifs majeurs* sont les maladies les plus graves. La *dysthymie et la cyclothymie* caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail à elles seules.

Le trouble dysthymique (...) est une dépression chronique de peu de sévérité qui s'installe habituellement au début de l'âge adulte, des formes d'apparition tardive étant aussi possibles. Ce trouble dure le plus souvent des années, voire des dizaines d'années. Pour ce motif, certains auteurs l'assimilent à un trouble de personnalité qu'on pourrait nommer *personnalité dépressive*.

Les critères diagnostiques du trouble dysthymique sont une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pour plus d'un jour sur deux et pendant au moins deux ans.

En parallèle, on doit retrouver au moins deux symptômes d'une liste de six. Cette liste comprend la perte ou l'augmentation de l'appétit (1), l'insomnie ou l'hypersomnie (2), la baisse d'énergie ou la fatigue (3), la faible estime de soi (4), le sentiment de perte d'espoir (5) et les difficultés de concentration ou les difficultés à prendre des décisions (6). Les autres critères diagnostiques du trouble se retrouvent dans les ouvrages de référence.

Dans le cas présent, le soussigné considère qu'il n'y a pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif. Un tel trouble n'a d'ailleurs jamais été retenu au dossier.

Si l'intéressée rapporte les trois symptômes cardinaux d'un épisode dépressif, la diminution de l'intérêt et du plaisir est inconstante et ces symptômes ne se confirment pas par l'observation clinique.

Dans la règle, Mme H. _____ se montre en effet euthymique. Elle reste alerte et garde bien le focus de l'entretien. Elle défend activement et intelligemment son dossier. Elle peut sourire et répondre positivement à l'humour. Si la thymie est quelque peu abaissée, la présentation n'est certainement pas celle d'un épisode dépressif franc.

On peut par contre admettre que l'intéressée présente depuis des années et au moins depuis "l'attaque" du mois de mai 2009 une humeur dépressive chronique, de peu de sévérité présente sur toute la journée, pour plus d'un jour sur deux.

L'intéressée rapporte aussi la fatigue, la fatigabilité et la sensation d'être à bout. Elle rapporte une faible estime de soi, des difficultés de concentration et des troubles du sommeil, entre autres choses.

Au vu de l'anamnèse, des plaintes de Mme H. _____ et de ce qu'il a observé, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir le trouble dysthymique. Il rejoint sur ce point l'appréciation de l'expert D. _____.

Trouble anxiété généralisée

Le chapitre des troubles anxieux a subi un remaniement très important avec l'avènement des classifications modernes. La CIM-10 (...) et le DSM-IV-TR (...) ont évolué vers la suppression du terme de névrose pour aller vers des tableaux syndromatologiques délibérément descriptifs, opérationnels et a-théoriques.

Le *trouble anxiété généralisée (TAG)* était d'abord un groupe résiduel du chapitre des troubles anxieux. Il a peu à peu pris du galon et gagné en spécificité. Le DSM-IV-TR le définit aujourd'hui comme une situation clinique d'anxiété et de soucis excessifs (travail, performances scolaires, rôles sociaux) durant au moins 6 mois que le sujet considère comme anormaux (égodystoniques) et qui engendrent une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs.

Le tableau clinique du trouble anxiété généralisée doit aussi comprendre au moins trois items sur une liste de six. Ces items sont la fatigabilité (1), l'irritabilité (2), la tension musculaire (3),

l'agitation ou la sensation d'être à bout (4), les difficultés de concentration ou les trous de mémoire (5) et la perturbation du sommeil: endormissement, sommeil fragmenté et non récupérateur (6).

Pour les situations d'expertises, il est intéressant de noter que le trouble anxiété généralisée peut comporter, en dehors de la tension musculaire, des symptômes comprenant des tremblements, des contractions, des sensations de tremblement, de douleur ou d'endolorissement musculaire. On retrouve aussi les plaintes d'anxiété somatique: mains froides et moites, bouche sèche, sudations, nausées, diarrhées, pollakiurie, difficultés à avaler, sursauts. On trouve enfin des éléments neurovégétatifs de type palpitations, souffle court et vertiges. La comorbidité d'un trouble dépressif, d'autres troubles anxieux et de problèmes avec les substances psychoactives (alcool, benzodiazépines) est fréquente.

Le trouble apparaît la plupart du temps dans l'enfance et l'adolescence, un début après l'âge de 20 ans restant possible. L'évolution est chronique et fluctuante. Le trouble anxiété généralisée s'aggrave constamment au cours des périodes de stress.

Chez le soussigné, l'intéressée rapporte une anxiété chronique en termes de soucis qui sont considérés comme excessifs et anormaux. Ceux-ci sont présents, quant à elle, depuis de nombreuses années et se sont progressivement accentués depuis le mois de mai 2009. Ils touchent la situation actuelle de l'intéressée, sa famille, ses enfants. Ils sont fortement axés sur sa santé physique ce qui peut expliquer que l'expert S. _____ ait souhaité retenir l'entité de trouble hypochondriaque (hypochondrie).

A côté de ses soucis, l'intéressée rapporte la fatigue, la fatigabilité, les troubles de mémoire et les difficultés attentionnelles tout en sachant qu'une partie de cette symptomatologie se recoupe avec ce qui relève du trouble dysthymique.

Le trouble pourrait aussi inclure les plaintes douloureuses et les ruminations anxieuses de l'intéressée qui se croit menacée pendant la nuit, même si ce dernier point est quelque peu atypique.

Comme cet axe anxieux de la psychopathologie de Mme H. _____ doit se refléter dans le libellé diagnostique, le soussigné considère que l'anxiété de l'intéressée est suffisamment marquée et durable pour qu'elle doive faire l'objet d'un diagnostic séparé en termes de *trouble anxiété généralisée*.

Cette appréciation diagnostique rejoint l'appréciation du médecin psychiatre traitant et peut être une conséquence des traumatismes psychiques que l'intéressée dit avoir subis dans l'enfance.

Trouble panique avec agoraphobie

L'attaque de panique est une période bien délimitée et soudaine de peur intense accompagnée d'un sentiment de catastrophe imminente (peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de s'évanouir ou de mourir) qui est très caractéristique. Elle est associée à

différentes sensations physiques : palpitations, sensations d'étouffement, sudations, tremblements, secousses musculaires, nausées, vertiges et gêne abdominale. Elle est proche de ce que décrivent les concepts de spasmophilie, de tétanie par hyperpnée et de tétanie par hyperventilation.

Pour certains auteurs, l'attaque de panique est le point de départ de tous les troubles anxieux. C'est la peur de faire une attaque de panique (peur d'avoir peur) qui serait alors la cause de l'évitement phobique (agoraphobie, phobie spécifique) et d'autres comportements visant à diminuer l'anxiété, comme les rituels compulsifs de l'obsessionnel, par exemple.

La répétition des attaques de panique entraîne souvent des conduites d'évitement par peur d'une nouvelle attaque. Le sujet peut se faire accompagner par une personne considérée comme sûre (objet contra phobique) dans les lieux et les activités considérés comme à risque. Lorsque l'organisation de vie tend à se constituer autour de cette peur d'avoir peur, on ne parle plus d'attaque de panique mais de trouble panique puisqu'il s'agit d'un état permanent et durable.

Dans le cas présent, l'intéressée rapporte des attaques de panique qui comprennent, entre autres choses, l'oppression thoracique, la gêne respiratoire, des palpitations, des nausées, des vertiges et des sudations. Ces attaques peuvent survenir spontanément.

Ces attaques et la peur de ces attaques auraient aujourd'hui conduit à des comportements d'évitement des situations phobogènes (foule, confinement, ponts et tunnels en voiture) que l'intéressée n'a apparemment pas rapporté lors de précédentes évaluations.

Si Mme H._____ rapporte une gêne dans ces situations depuis l'adolescence, l'évitement serait davantage marqué aujourd'hui. En l'état, le soussigné considère qu'on doit retenir le *trouble panique* et mentionner l'*agoraphobie* qui n'a pas été retenue jusqu'ici.

Si l'intéressée est mal à l'aise dans certaines situations sociales, elle ne l'est pas au point d'avoir développé des conduites d'évitement manifestement pathologiques. Pour ce motif, le soussigné ne retient dès lors pas le trouble phobie sociale.

Autres diagnostics psychiatriques retenus au dossier

Cette situation force à évoquer la possibilité d'un *trouble état de stress post traumatique*, d'un *trouble terreurs nocturnes* et d'un *trouble hypochondriaque*.

- Selon le DSM-IV-TR, le trouble *terreurs nocturnes* (...) est un trouble du sommeil caractérisé par des épisodes récurrents de réveil brutal qui surviennent en début de nuit et qui débutent par un cri de terreur (critère A).

L'épisode comprend une peur intense et une activation neurovégétative se traduisant par des symptômes tels que la tachycardie, la polypnée et des sudations (critère B).

Pendant l'épisode, la personne ne réagit que peu ou pas aux efforts faits pour la reconforter (critère C).

Il n'y a pas de remémoration détaillée d'un rêve et la personne garde une amnésie de l'épisode (critère D).

Dans le cas présent, Mme H. _____ dit se réveiller en sursaut avec des sudations et d'autres manifestations neurovégétatives suite à un rêve récurrent d'être dans une boîte avec une musique extrêmement forte (...). Elle dit qu'elle peut crier et frapper mais que ces symptômes sont inconstants. Elle se réveille d'elle-même. Son conjoint arrive à la reconforter. Il n'y a pas d'amnésie de l'épisode. Ces épisodes surviennent en fin de nuit, toutes les nuits et sont atténués par la prise de Seroquel.

En l'état, on ne retrouve par conséquent pas les critères A, C et D du trouble terreur nocturne. Le soussigné ne retient dès lors pas ce trouble. Il admet par contre des troubles du sommeil et des cauchemars.

- Le *trouble état de stress post-traumatique* (...) est une entité diagnostique désignant le développement de symptômes caractéristiques suite à un facteur de stress le plus souvent considéré comme extrême. Cette définition reliant le trauma aux troubles psychiques est le premier réquisit diagnostique.

La symptomatologie du trouble est par ailleurs spécifique. Elle est définie par trois catégories de symptômes: les intrusions, l'évitement persistant et l'activation neurovégétative (hyperéveil).

Dans le cas présent, l'intéressée conserve des intrusions des abus sexuels subis dans l'adolescence. Il s'agit essentiellement de flashbacks lorsqu'elle est confrontée à des indices qui rappellent ces traumatismes. Il n'y a apparemment pas de cauchemars directement en rapport avec ce qu'elle dit avoir vécu. Les intrusions n'ont certainement pas le caractère continu requis pour le diagnostic.

Les conduites d'évitement persistent. Elles ne sont pourtant pas marquées. Jeune fille, l'intéressée avait des difficultés à se laisser approcher par des hommes. Elle a par la suite eu une vie sexuelle qu'on peut présumer normale sachant qu'elle n'a pas de plaintes spontanées à ce sujet ni demandé d'aide sur ce plan et qu'elle a eu plusieurs enfants. Si la libido est aujourd'hui déclarée comme diminuée, cette diminution relève peut-être plus de la dépressivité que de séquelles de ce que Mme H. _____ dit avoir vécu dans l'adolescence.

Il n'y a enfin pas d'hyperactivation neurovégétative. Rien de tel n'a jamais été constaté en séance. Rien de tel n'a été constaté lorsque l'intéressée a dû sommairement rapporter au soussigné ce qu'elle avait vécu avec son beau-père.

A l'instar des deux autres experts, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir de trouble état de stress post traumatique même s'il en reste quelques symptômes épars. Le trouble anxiété généralisée pourrait en fait constituer le tableau résiduel des

conséquences des traumatismes psychiques que l'intéressée dit avoir subis dans l'enfance.

- L'*hypochondrie*, selon le DSM-IV-TR ou le *trouble hypochondriaque*, selon la CIM-10, est caractérisé par une conviction ou une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'un sujet d'être atteint d'une maladie grave. Le trouble est le plus souvent basé sur une interprétation erronée de perceptions corporelles alors que les bilans appropriés restent négatifs.

Selon la CIM-10 (...), l'attention de ces sujets se focalise habituellement sur un ou deux organes ou systèmes. Dans certains cas, le sujet précise la maladie physique ou l'anomalie redoutée. Les convictions du sujet peuvent varier d'une consultation à l'autre et ce dernier n'exclut pas la possibilité que la maladie redoutée soit associée à une ou plusieurs autres maladies.

Dans le cas présent, le soussigné considère qu'on n'a pas un tableau clinique d'hypochondrie. L'intéressée ne se focalise pas sur un ou deux organes ou système. Elle ne paraît pas obsédée par la possibilité d'une maladie grave qu'on lui cacherait ou qu'on ne lui trouverait pas. Elle n'est pas constamment en quête d'investigations pour clarifier ce qui devrait l'être. Mme H. _____ cherche par contre à être reconnue comme malade et au moins partiellement invalide ce qui ne relève pas d'un trouble hypochondriaque.

L'expert est convaincu que ce que désigne le trouble anxiété généralisée en termes des soucis que l'intéressée a aussi autour de sa santé physique suffit à décrire les préoccupations de Mme H. _____ à ce sujet. Le trouble hypochondrie n'a d'ailleurs jamais été retenu au dossier jusqu'à l'expertise S. _____.

Autres pathologies psychiatriques

L'expert a recherché un autre trouble affectif que le trouble dysthymique. Il n'a rien trouvé qui validerait un épisode dépressif, un trouble dépressif récurrent, un trouble bipolaire de type I ou de type II.

Le soussigné a recherché d'autres troubles anxieux que le trouble anxiété généralisée et le trouble panique avec agoraphobie. Il n'y a pas les critères d'une phobie sociale, même si l'intéressée est quelque peu symptomatique sur ce plan. Il n'y a pas davantage le seuil diagnostique d'un trouble obsessionnel et compulsif, même si l'intéressée rapporte quelques symptômes de ce registre. Les compulsions ne sont pas assez dysfonctionnelles tant en durée qu'en sévérité pour valider un tel trouble.

Une affection cérébro-organique peut être raisonnablement exclue au vu de ce qu'on peut lire au dossier et de ce qu'a observé et vérifié le soussigné lors de la présente évaluation. L'assurée ne relève pas d'une pathologie psychotique. Il n'a pas la présentation ni le contact des sujets souffrant de psychose. Un tel trouble n'a d'ailleurs jamais été évoqué au dossier.

Il n'y a pas d'arguments pour un trouble des conduites alimentaires ou pour un problème avec les substances psychoactives.

Personnalité

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent, en dehors des éléments qui relèvent de la dysthymie et du trouble d'anxiété généralisée. Compte tenu de ce que Mme H. _____ dit avoir vécu dans l'enfance et l'adolescence, on peut même affirmer qu'elle s'est montrée particulièrement résiliente.

Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit d'écarter une telle pathologie. On peut en tous les cas réfuter un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

L'intéressée relève néanmoins de traits de personnalité marqués voire pathologiques. Le confrère D. _____ a souligné les éléments histrioniques pour une expressivité qui dépasse un peu ce qu'on attend de la norme. Ce qu'elle rapporte en termes de compulsions de nettoyage peut valider des traits de personnalité anankastiques. Des éléments de dépendance d'une personne qui pourrait tendre exagérément à s'appuyer sur les autres ou les institutions sont également possibles, même s'ils peuvent être une conséquence de ce qu'a vécu l'intéressée ces dernières années.

Ces traits de personnalité ne sont ni suffisamment marqués ni suffisamment nombreux pour valider le diagnostic d'un trouble de ce registre. Ils peuvent néanmoins expliquer une partie de l'évolution actuelle de l'intéressée et grever son fonctionnement de difficultés adaptatives.

Appréciation asséculologique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dysthymique (dysthymie) (F34.1)*, un *trouble d'anxiété généralisée (F41.1)* et un *trouble panique avec agoraphobie (F40.01)*.

Dysthymie (trouble dysthymique)

Le trouble dysthymique ou dysthymie est un trouble affectif de peu de sévérité qui est d'évolution chronique. Il affecte la qualité de vie des sujets qui en souffrent. Dans la règle, il ne peut pas être corrélé à des limitations et à une incapacité de travail psychiatriques en soi.

Le trouble dysthymique comprend néanmoins un certain nombre de symptômes (baisse de l'énergie, fatigue, difficultés de concentration, par exemple) de peu de gravité qui peuvent se positionner en sommation de troubles mentaux comorbides. Il peut dès lors être justifié d'en tenir quelque peu compte dans l'évaluation globale d'une situation donnée.

Dans le cas présent, le trouble dysthymique de l'intéressée n'est pas particulièrement grave. Il peut être aux limites inférieures du seuil diagnostique à certains moments de l'évolution, sachant qu'il n'est pas toujours retenu au dossier. Il peut néanmoins avoir des

répercussions sur le rendement de Mme H. _____, même si celles-ci ne sont pas très importantes.

Trouble anxiété généralisée

De façon générale, un *trouble anxiété généralisée* peut interférer sur la capacité de travail. Les sujets souffrant de ce trouble sont peu sûrs d'eux-mêmes. Ils ont besoin d'être excessivement rassurés quant à leurs performances au travail, ce qui est problématique dans une équipe et peut diminuer le rendement de tout un groupe. La peur de mal faire peut conduire à des comportements de procrastination avec une perte de temps conséquente.

Le trouble anxiété généralisée comprend par ailleurs des symptômes de fatigue et de fatigabilité. Il va de pair avec des déficits attentionnels. Il comprend un sommeil non réparateur avec ses conséquences de fatigue diurne. Tous ces éléments peuvent avoir des répercussions plus ou moins importantes sur le rendement au travail. Ils peuvent aussi générer des erreurs.

Dans le cas présent, l'intéressée relève effectivement d'un trouble anxiété généralisée. Celui-ci n'a pas une gravité extrême telle qu'il valide une incapacité de travail psychiatrique en soi. L'assurée conserve des ressources conséquentes. Elle peut faire face et gérer sans difficulté majeure une situation aussi anxiogène qu'un processus d'expertise psychiatrique.

Le trouble anxiété généralisée peut néanmoins avoir des répercussions sur le rendement de Mme H. _____, même si celles-ci ne sont pas très importantes.

Trouble panique avec agoraphobie

Les sujets souffrant de trouble panique peuvent présenter des limitations sévères de leur fonctionnement personnel et socio professionnel. Les crises et la peur des crises peuvent susciter des comportements difficilement supportables sur les lieux de travail, les patients en cause demandant une aide urgente et immédiate et s'attendant parfois à un soutien et à des égards difficilement compatibles avec une activité professionnelle efficace.

Les comportements d'évitement peuvent diminuer l'autonomie de ces sujets. L'anxiété de fond a ses symptômes collatéraux de fatigue, d'irritabilité, de troubles attentionnels et d'une sensibilité élevée au stress, ce qui a pour conséquence de diminuer sensiblement l'efficacité socioprofessionnelle de ces sujets.

Même si le trouble panique de l'intéressée semble s'être quelque peu accentué et qu'il évoluerait aujourd'hui vers des conduites d'évitement de type agoraphobique, le soussigné considère qu'il reste de peu de sévérité et qu'il ne peut pas, dans le cas présent, générer d'autres limitations qu'une certaine fragilité face aux facteurs de stress et des difficultés pour certains déplacements.

Conclusions

En conclusion, Mme H. _____ relève d'une fragilité personnelle qui pourrait, au moins partiellement, être attribuée à ce qu'elle dit avoir vécu avec sa mère puis avec son beau-père pendant l'adolescence. L'intéressée a d'ailleurs été symptomatique avec la mise en place d'un scénario de suicide à 13 ans, des problèmes dans ses conduites alimentaires par la suite puis des éléments dépressifs lors de son premier divorce et aujourd'hui une problématique anxieuse et dépressive qui s'est accentuée depuis ce qu'elle nomme son "attaque" du mois de mai 2009.

L'appréciation diagnostique est difficile, ce qui explique les divergences qui apparaissent au dossier. Pour l'expert, cette appréciation est aussi difficile parce que l'intéressée ne présente pas de troubles psychiatriques graves et qu'on se situe aux limites inférieures d'un seuil diagnostique tant pour l'anxiété que pour les éléments dépressifs.

Les diagnostics retenus par le soussigné ne sont en fait pas très différents de ceux de ses confrères psychiatres déjà intervenus au dossier. On est toujours dans le registre d'une problématique anxieuse et dépressive de peu de gravité. On peut d'ailleurs noter que Mme H. _____ n'a jamais dû bénéficier de traitements lourds. Il n'y a jamais eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. L'assurée évolue tout de même plus ou moins normalement depuis des années en tant que mère de famille. Elle a pu avoir un troisième enfant et rien n'indique qu'elle ne s'en occuperait pas correctement.

Le tableau général comporte aussi des discordances. Un document au dossier rapporte une ambivalence face aux mesures de réadaptation. Le médecin d'arrondissement SUVA relève des incohérences à l'examen clinique et note son impression que l'intéressée ne souhaite plus vraiment travailler et qu'elle s'est quant à lui volontairement dérobée aux mesures de réadaptation.

L'expert a de son côté constaté une discordance entre les plaintes psychiatriques de l'intéressée (dépression, anxiété voire douleurs) et ce qu'il a observé en séance. L'intéressée s'est en effet montrée efficace et intelligente. Elle défendait bien son dossier. Le soussigné ne l'a jamais vue fatiguée ni fatigable même si elle s'est plainte de fatigue en fin du premier entretien. Elle a géré correctement un processus d'expertise qui a impliqué deux déplacements qu'elle a effectués entre N. _____ et Q. _____ et des consultations soutenues dont la première a largement dépassé une heure trente.

En appliquant la Mini CIF-APP (...), qui tend à devenir une référence pour évaluer les ressources et limitations en cas de troubles psychiques, l'expert retient les capacités et les incapacités ci-après.

L'assurée est manifestement capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle. Elle l'a montré lors du processus d'expertise. Elle est capable de s'organiser et de structurer ses tâches. Elle est apte à faire usage des compétences qu'elle a acquises.

L'intéressée pourrait être quelque peu limitée en termes de facultés d'adaptation étant donné une certaine fragilité face aux facteurs de stress. Elle est néanmoins apte à faire face. Elle s'est montrée solide

et affirmée dans la défense de son dossier et dans ce qu'elle entendait faire valoir en termes de limitations et d'incapacités.

Il est possible que Mme H. _____ soit quelque peu fatigable au vu de ce qu'elle rapporte, même si cette fatigabilité doit être pondérée par ce qui a été observé en consultation.

Mme H. _____ conserve enfin de bonnes capacités relationnelles. Elle a établi un contact adéquat avec le soussigné. Elle est apte à se déplacer, sous certaines conditions. Elle est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a quant à lui jamais eue et jamais eue sur la durée. Il rejoint par là d'autres appréciations au dossier. L'assurée peut travailler à 100% mais avec une diminution du rendement.

Au vu de la pathologie de l'intéressée, on doit admettre une diminution du rendement que le soussigné chiffre à 20% pour toute activité professionnelle. Ce 20% remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Il est resté globalement constant depuis lors, d'après les informations à disposition. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement avant le mois de mai 2009.

La diminution de rendement au ménage peut être estimée à 10%. Elle remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors, d'après les informations à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement au ménage avant le mois de mai 2009.

L'expert n'a rien à proposer de plus tant sur le plan médical que professionnel au vu de ce qui est en place et qui a déjà été effectué jusqu'ici.

Le pronostic à long terme devrait être bon sachant que Mme H. _____ ne souffre tout de même pas de troubles psychiatriques graves. »

L'expert a conclu son rapport en répondant aux questions posées par chacune des parties :

« Réponses aux questions de l'avocat de l'assurée »

1. Quelle est l'anamnèse?

Voir texte de ce rapport médical.

2. Quel est le traumatisme premier dont Mme H. _____ a été victime?

Les antécédents peuvent être considérés comme traumatiques et carencés avec une mère décrite comme peu responsable, maltraitante tant physiquement que psychologiquement et la

notion d'abus sexuels répétés de la part d'un compagnon de cette dernière en début d'adolescence.

En date du 02.06.2001, l'assurée a été victime d'un accident avec essentiellement une problématique du genou gauche puis du genou droit.

3. Quelles sont les données subjectives de la personne, le cas échéant?

Voir texte de ce rapport médical.

4. Quelles sont les constatations objectives?

Voir texte de ce rapport médical.

5. Retenez-vous les éléments relevés par le Dr T. _____ dans son rapport du 18 juin 2015 et ceux-ci sont-ils pertinents pour l'anamnèse et sinon pourquoi?

Le soussigné a pris note du rapport médical du Dr T. _____, médecin psychiatre traitant de l'intéressée. Ce dernier conteste certaines affirmations de l'expert S. _____ dans le sens d'une atteinte à la santé plus grave et plus incapacitante que ce qu'a retenu le confrère en cause.

L'expert soussigné a justifié son appréciation diagnostique et sa propre appréciation de la capacité de travail et du rendement de l'intéressée en fin de son rapport médical.

6. Quels sont les diagnostic(s) retenus et leur évolution dans le temps cas échéant?

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dysthymique (dysthymie) (F34.1)*, un *trouble anxiété généralisée (F41.1)* et un *trouble panique avec agoraphobie (F40.01)*.

L'assurée présente des éléments anxieux et dépressifs depuis des années qui se sont toutefois accentués depuis ce qu'elle désigne comme son AIT du mois de mai 2009.

7. Quel est le pronostic?

Le pronostic à long terme devrait être bon sachant que Mme H. _____ ne souffre tout de même pas de troubles psychiatriques graves.

8. Mentionner les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de travail de l'assurée, en terme de limitations, et leur évolution dans le temps cas échéant. Déterminer les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent et en termes de rendement, et leur évolution dans le temps cas échéant.

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation asséculologique et ne sont pas reprises ici.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a quant à lui jamais eue et jamais eue sur la durée. Il rejoint par-là d'autres appréciations au dossier. L'assurée peut travailler à 100% mais avec une diminution du rendement.

Au vu de la pathologie de l'intéressée, on doit admettre une diminution du rendement que le soussigné chiffre à 20% pour toute activité professionnelle. Ce 20% remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Il est resté globalement constant depuis lors, d'après les informations à disposition. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement avant le mois de mai 2009.

9. Fixer en conséquence le taux d'incapacité de travail de l'assurée et son évolution dans le temps cas échéant, en tant que factrice, ou dans une autre activité.

L'expert considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. On doit par contre admettre une diminution du rendement que le soussigné chiffre à 20% pour toute activité professionnelle.

10. Dire pourquoi vous vous écarterez de l'avis du Dr D._____, du Dr S._____ ou de celui du Dr T._____, s'agissant des diagnostics, des limitations retenues, de leur effet sur la capacité de travail et de l'évolution du taux d'incapacité dans le temps et sur le pronostic.

L'argumentation sur ces points a été exposée dans le texte de ce rapport médical.

11. Mentionner les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de l'assurée à tenir son ménage, en terme de limitations, et leur évolution dans le temps cas échéant.

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation asséculogique et ne sont pas reprises ici.

12. Déterminer les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de l'assurée à tenir son ménage, en pourcent et en terme de rendement, et leur évolution dans le temps cas échéant.

La diminution de rendement au ménage peut être estimée à 10%. Elle remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors, d'après les informations à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement au ménage avant le mois de mai 2009.

13. Fixer en conséquence le taux d'incapacité de l'assurée à tenir son ménage et son évolution dans le temps cas échéant.

L'expert ne retient pas d'incapacité de travail en pourcent. Il retient par contre une diminution de rendement au ménage qui peut être estimée à 10%. Cette diminution remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors et pourrait être fixée pour une longue durée.

14. Autre remarque ou proposition utile?

Néant.

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

a. Anamnèse professionnelle et sociale

b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies

c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Voir texte

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)

Voir texte

3. Status clinique

Voir texte

4. Diagnostics (selon classification ICD-10/ DSM-IV-TR)

a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun sur le plan psychiatrique, sachant que le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas mais une seule diminution du rendement.

b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents ?

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dysthymique (dysthymie) (F34.1)*, un *trouble anxiété généralisée (F41.1)* et un *trouble panique avec agoraphobie (F40.01)*.

L'assurée présente des éléments anxieux et dépressifs depuis des années qui se sont toutefois accentués depuis ce qu'elle désigne comme son AIT du mois de mai 2009. Ceux-ci justifient depuis lors une diminution du rendement qui a été chiffrée et datée dans le texte de ce rapport médical.

5. Appréciation du cas et pronostic

Mme H. _____ relève d'une fragilité personnelle qui pourrait, au moins partiellement, être attribuée à ce qu'elle dit avoir vécu avec sa mère puis avec son beau-père pendant l'adolescence. L'intéressée a d'ailleurs été symptomatique avec la mise en place d'un scénario de suicide à 13 ans, des problèmes dans ses conduites alimentaires par la suite puis des éléments dépressifs lors de son premier divorce et aujourd'hui une problématique anxieuse et dépressive qui s'est accentuée depuis ce qu'elle nomme son "attaque" du mois de mai 2009.

L'appréciation diagnostique est difficile, ce qui explique les divergences qui apparaissent au dossier. Pour l'expert, cette appréciation est aussi difficile parce que l'intéressée ne présente pas de troubles psychiatriques graves et qu'on se situe aux limites inférieures d'un seuil diagnostique tant pour l'anxiété que pour les éléments dépressifs.

Les diagnostics retenus par le soussigné ne sont en fait pas très différents de ceux de ses confrères psychiatres déjà intervenus au dossier. On est toujours dans le registre d'une problématique anxieuse et dépressive de peu de gravité. On peut d'ailleurs noter

que Mme H. _____ n'a jamais dû bénéficier de traitements lourds. Il n'y a jamais eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. L'assurée évolue tout de même plus ou moins normalement depuis des années en tant que mère de famille. Elle a pu avoir un troisième enfant et rien n'indique qu'elle ne s'en occuperait pas correctement.

Le tableau général comporte aussi des discordances. Un document au dossier rapporte une ambivalence face aux mesures de réadaptation. Le médecin d'arrondissement SUVA relève des incohérences à l'examen clinique et note son impression que l'intéressée ne souhaite plus vraiment travailler et qu'elle s'est quant à lui volontairement dérobée aux mesures de réadaptation.

L'expert a de son côté constaté une discordance entre les plaintes psychiatriques de l'intéressée (dépression, anxiété voire douleurs) et ce qu'il a observé en séance. L'intéressée s'est en effet montrée efficace et intelligente.

Elle défendait bien son dossier. Le soussigné ne l'a jamais vue fatiguée ni fatigable même si elle s'est plainte de fatigue en fin du premier entretien. Elle a géré correctement un processus d'expertise qui a impliqué deux déplacements qu'elle a effectués entre N. _____ et Q. _____ et des consultations soutenues dont la première a largement dépassé une heure trente.

En appliquant la Mini CIF-APP (...), qui tend à devenir une référence pour évaluer les ressources et limitations en cas de troubles psychiques, l'expert retient les capacités et les incapacités ci-après.

L'assurée est manifestement capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle. Elle l'a montré lors du processus d'expertise. Elle est capable de s'organiser et de structurer ses tâches. Elle est apte à faire usage des compétences qu'elle a acquises.

L'intéressée pourrait être quelque peu limitée en termes de facultés d'adaptation étant donné une certaine fragilité face aux facteurs de stress. Elle est néanmoins apte à faire face. Elle s'est montrée solide et affirmée dans la défense de son dossier et dans ce qu'elle entendait faire valoir en termes de limitations et d'incapacités.

Il est possible que Mme H. _____ soit quelque peu fatigable au vu de ce qu'elle rapporte, même si cette fatigabilité doit être pondérée par ce qui a été observé en consultation.

Mme H. _____ conserve enfin de bonnes capacités relationnelles. Elle a établi un contact adéquat avec le soussigné. Elle est apte à se déplacer, sous certaines conditions. Elle est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a quant à lui jamais eue et jamais eue sur la durée. Il

rejoint par-là d'autres appréciations au dossier. L'assurée peut travailler à 100% mais avec une diminution du rendement.

Au vu de la pathologie de l'intéressée, on doit admettre une diminution du rendement que le soussigné chiffre à 20% pour toute activité professionnelle. Ce 20% remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Il est resté globalement constant depuis lors, d'après les informations à disposition. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement avant le mois de mai 2009.

La diminution de rendement au ménage peut être estimée à 10%. Elle remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors, d'après les informations à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement au ménage avant le mois de mai 2009.

L'expert n'a rien à proposer de plus, tant sur le plan médical que professionnel, au vu de ce qui est en place et qui a déjà été effectué jusqu'ici.

Le pronostic à long terme devrait être bon sachant que Mme H._____ ne souffre tout de même pas de troubles psychiatriques graves.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

a. Au plan physique

b. Au plan psychique et mental

c. Au plan social

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation asséculo-logique et ne sont pas reprises ici.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

b. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour)?

d. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a quant à lui jamais eue et jamais eue sur la durée. Il rejoint par-là d'autres appréciations au dossier. L'assurée peut travailler à 100% mais avec une diminution du rendement.

Au vu de la pathologie de l'intéressée, on doit admettre une diminution du rendement que le soussigné chiffre à 20% pour toute activité professionnelle. Ce 20% remonte

vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Il est resté globalement constant depuis lors, d'après les informations à disposition. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement avant le mois de mai 2009.

La diminution de rendement au ménage peut être estimée à 10%. Elle remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009.

Elle est restée globalement constante depuis lors, d'après les informations à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement au ménage avant le mois de mai 2009.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui dans [quel] délai? Sinon, pour quelles raisons?

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

a. Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Le soussigné n'a rien à proposer de plus tant sur le plan médical que professionnel au vu de ce qui est en place et qui a déjà été effectué jusqu'ici.

Le pronostic à long terme devrait être bon sachant que Mme H._____ ne souffre tout de même pas de troubles psychiatriques graves.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

c. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible?

e. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

D. Remarques

Néant »

Se déterminant par lettre du 3 novembre 2015, l'office AI relève qu'au terme d'une analyse détaillée et convaincante, l'expert P._____ estime que la capacité de travail de l'assurée est entière, avec une diminution de rendement de 20%. Il ne peut dès lors que constater

que les conclusions des deux expertises psychiatriques judiciaires confirment la décision entreprise. Celle-ci ne peut donc qu'être confirmée, si bien que l'intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours.

De son côté, la recourante indique en date du 16 novembre 2015 qu'elle n'a que peu d'observations à formuler sur le rapport d'expertise du Dr P._____. Elle relève cependant que, contrairement au précédent expert, il rejoint désormais les diagnostics posés par son médecin traitant, à savoir ceux de trouble d'anxiété généralisée et de trouble panique avec agoraphobie. Par ailleurs, la recourante fait valoir qu'en écrivant qu'elle a défendu son dossier de façon efficace et intelligente au cours du processus d'expertise, l'expert aurait exprimé des doutes quant à la réalité des souffrances exprimées. Or, c'est sur la base de ses observations cliniques qu'il tire des conclusions applicables à un emploi devant être exercé une quarantaine d'heures par semaine, pour une durée indéterminée. La recourante qualifie dès lors de paradoxale cette appréciation sur laquelle selon elle l'expert ne s'explique pas. De surcroît, elle ne comprend pas pour quelles raisons l'expert P._____ déclare que ses diagnostics ne sont guère différents de ceux de ses confrères psychiatres déjà intervenus au dossier, alors même que le Dr S._____ a nié le trouble d'anxiété généralisée pour retenir un trouble hypocondriaque. De plus, elle ne saisit pas non plus les motifs ayant conduit le Dr P._____ à considérer que la problématique anxieuse et dépressive était de peu de gravité, alors même que le Dr T._____, après un suivi durable, retient un trouble anxieux sévère, justifiant une incapacité totale. Pour ces motifs, la recourante persiste dans ses conclusions antérieures tout en réitérant qu'il soit procédé à l'audition séparée, puis simultanée des Drs P._____ et T._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1

LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, le recours a été interjeté devant une juridiction genevoise, qui, par arrêt du 10 juin 2013, l'a déclaré irrecevable en arguant de son incompétence à raison du lieu au motif que l'assurée était domiciliée dans le canton de Vaud au moment du dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle l'a donc transmis à la Cour de céans, compétente pour en connaître. Satisfaisant pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les

conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 12 novembre 2006.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 ; 130 V 393 et 125 V 146).

Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité).

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références).

4. La recourante soutient que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100% plutôt qu'à 80%, contrairement aux constatations de l'intimé.

a) Une enquête économique sur le ménage réalisée au domicile de l'assuré consacrant tout ou partie de son temps à entretenir son ménage constitue en principe une base appropriée et suffisante pour apprécier les empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le rapport établi à l'issue d'une telle enquête a valeur probante lorsqu'il a été élaboré par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, lorsqu'il intègre les indications de l'assuré et rapporte les opinions divergentes des participants et lorsqu'il est plausible, motivé de façon détaillée en ce qui concerne les différentes limitations et correspond aux indications relevées sur place. Dans ces conditions, le juge ne saurait remettre en question l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est manifeste que le rapport de ce dernier repose sur des erreurs (cf. ATF 128 V 93 ; TF 9C_687/2014 du 30 septembre 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire

qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence).

c) En relation avec son statut, on constate que dans le formulaire 531 bis complété le 19 août 2006, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à plein temps en tant qu'employée postale par intérêt personnel et pour des motifs financiers. Dans le rapport d'enquête ménagère du 4 juillet 2011, l'enquêtrice indique expressément que, sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait à 80% dès le mois d'octobre 2011, soit au terme de son congé maternité. Ce taux est motivé par des raisons économiques et de développement personnel. Ce n'est qu'après réception du projet de décision du 27 septembre 2011 que l'assurée a déclaré que, en bonne santé, elle travaillerait à plein temps, expliquant avoir toujours œuvré en tant que factrice à 100%.

Si la recourante a certes dans un premier temps exprimé le souhait qu'elle travaillerait à 100% si elle était en bonne santé, elle n'a cependant pas confirmé ce taux lors de l'enquête ménagère, quand bien même le rapport du 4 juillet 2011 fait expressément état du taux figurant sur le formulaire 531 bis complété le 19 août 2006. La motivation du statut de 80% repose sur les déclarations de l'assurée, selon lesquelles son état de santé se serait dégradé depuis lors, en particulier du point de vue des migraines, lesquelles seraient plus fortes et accompagnées de perte de langage et de mémoire. A cela s'est ajoutée la naissance d'un

troisième enfant au mois de mai 2011. On voit dès lors que les circonstances personnelles et familiales de l'assurée se sont modifiées entre le mois d'août 2006 et le mois de juillet 2011. Il y a donc lieu d'admettre que la réduction du statut d'active à 80% s'explique par les changements intervenus dans l'intervalle. Cela étant, en ce qui concerne l'allégation de la recourante selon laquelle l'enquêtrice aurait cherché à l'influencer au moment de la fixation du statut, force est de constater que cette affirmation n'est étayée par aucun élément objectif. Au demeurant rien n'empêchait l'intéressée de maintenir un statut de 100%, ce d'autant plus qu'il correspondait à sa première déclaration ainsi qu'au taux auquel elle avait œuvré en tant que factrice. On relèvera dans ce contexte que le rapport d'enquête ménagère ne fait état d'aucune hésitation de la part de l'assurée quant au choix du taux auquel elle désirerait travailler si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Ce n'est en définitive que la modification de sa propre situation qui a guidé le choix de l'assurée quant au taux auquel elle travaillerait en bonne santé dans le sens d'une diminution de 100% à 80% pour les motifs dûment reportés dans le rapport d'enquête ménagère du 4 juillet 2011.

Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que la recourante reproche à l'office intimé d'avoir retenu un statut d'active de 80%, lequel sera dès lors confirmé.

5. a) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il

a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

d) En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C_142/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.1).

6. En l'occurrence, l'assurée présente des atteintes à la santé somatiques et psychiques.

a) Le 2 juin 2001, l'assurée a été victime d'un accident ayant entraîné une atteinte au genou gauche. Dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 14 juillet 2006, elle fait état d'une ostéotomie d'ouverture tibiale proximale sur entorse du genou gauche, accompagnée d'une lésion méniscale. Entre 2005 et 2008, elle a subi diverses interventions chirurgicales pour des troubles affectant les membres inférieurs. En mai 2009, elle a présenté des symptômes compatibles avec une migraine avec aura prolongée, survenant dans un contexte de céphalées fréquentes. Depuis cette période, l'intéressée décrit une persistance de troubles du langage, des difficultés de compréhension, des troubles de concentration, des troubles sensitifs discrets sur l'hémicorps gauche et des impressions occasionnelles que la vision oscille. Dans son rapport du 17 janvier 2011, la Dresse L._____ indique qu'une IRM cérébrale a été effectuée et qu'elle s'est révélée tout à fait normale. Hormis quelques troubles attentionnels en lien avec l'état émotionnel de l'assurée, l'examen neuropsychologique du 6 mars 2011 était lui aussi dans les normes. Dans ces conditions, le Dr K._____ est d'avis que les troubles attentionnels justifient une baisse de rendement de 20% au maximum dans l'activité d'employée de commerce, avec la précision que cette diminution s'entend pour un travail exercé à plein temps, de sorte

qu'elle reste sans effet sur un statut d'active de 80%. L'assurée ayant fait état de troubles oculaires dans le cadre des objections présentées à l'encontre du projet de décision du 27 septembre 2011, le SMR a interpellé l'ophtalmologue traitant, Dr R._____, qui a confirmé, en date du 26 janvier 2012, avoir opéré l'assurée d'une myopie en 2003, ajoutant qu'elle ne souffrait d'aucune maladie oculaire.

En réponse aux questions posées par l'office AI au cours de la procédure ayant suivi la contestation de son préavis, la Dresse L._____ a déclaré en date du 16 février 2012 que les céphalées présentées par l'assurée participaient d'un état dépressif important avec des limitations fonctionnelles sous forme de fatigue, photophobie, phonophobie, troubles de la concentration, ralentissement attentionnel et acouphènes, lesquelles, selon cette spécialiste, compromettraient la reprise de l'activité d'employée de commerce. Elle relève aussi la nécessité d'entreprendre un suivi psychiatrique pour améliorer la situation, ce que l'assurée a fait dès le 8 février 2012 auprès du Dr T._____, psychiatre traitant. Dans son rapport du 22 mai 2012 à l'intention de l'office AI, ce dernier a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de terreurs nocturnes et d'état de stress post-traumatique, motivant une incapacité complète de travail dans toute activité. Sur la base des pièces médicales recueillies, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique que l'office AI a confiée au Dr D._____. Dans son rapport du 3 septembre 2012, celui-ci n'a retenu que le diagnostic de dysthymie, au demeurant sans effet sur la capacité de travail. Il a relevé que l'examen clinique n'avait pas révélé de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique, ce qui excluait selon lui tout autre diagnostic. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré qu'elle était entière dans toute activité sur le plan psychiatrique. En l'absence d'atteintes à la santé incapacitantes dûment établies, l'office AI a, en date du 11 février 2013, rendu une décision formelle conforme à son projet du 27 septembre 2011.

b) En procédure de recours, la recourante critique l'expertise du Dr D. _____ en se prévalant de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr T. _____. D'après ce dernier, le rapport du Dr D. _____ contiendrait des lacunes dans l'établissement des faits. Il estime en outre que ce dernier aurait dû investiguer lui-même la fréquence et le rythme des crises d'angoisse. Il signale encore des erreurs dans la présentation des faits médicalement pertinents. Le Dr T. _____ a développé son point de vue en répondant en date du 8 septembre 2014 au questionnaire du conseil de la recourante. Se déterminant à ce propos le 9 octobre 2014, cette dernière a demandé que les Drs D. _____ et T. _____ soient interpellés aux fins de confronter leur position respective. De son côté, l'office AI a signalé, par courrier du 30 septembre 2014, le décès du Dr D. _____. Dans ces conditions, le magistrat instructeur a diligencé une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr S. _____, celui-ci ayant la possibilité de s'adjoindre le concours d'un spécialiste de son choix, ce qu'il a fait en la personne du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 24 mars 2015, ce dernier constate que l'assurée est multipointive et qu'elle fait surtout état de céphalées migraineuses et de tension. Pour autant, l'examen clinique est qualifié de rassurant. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle ou d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. Dans la description de la symptomatologie, les douleurs de l'appareil locomoteur sont inconstantes et ne sont pas au premier plan si bien que le Dr Z. _____ écarte le diagnostic de fibromyalgie. L'examen neurologique est sans argument en faveur d'une atteinte centrale ou périphérique. Les paresthésies annoncées des quatre membres ne reçoivent ainsi pas d'explication somatique. L'examen cardiovasculaire s'inscrit dans la norme. L'examen des genoux est très rassurant, sans limitation significative. Selon le Dr Z. _____, l'incapacité de travail annoncée dès le 6 mai 2009 ne reçoit pas d'explication somatique. Il n'y a par ailleurs aucune limitation fonctionnelle hormis celles retenues dans les suites de la cure chirurgicale de genu varum bilatéral de 2005 et 2007. Il s'agit de celles déjà signalées par le Dr V. _____ en octobre 2007, consistant en l'exclusion de la position debout prolongée, des travaux sollicitant les genoux ainsi que des longs trajets et de la montée et descente d'escaliers. Dans ces conditions, le Dr Z. _____

considère que la profession de factrice n'est plus exigible. En revanche, il estime que l'activité d'employée de commerce peut être exercée à plein temps, sans diminution de rendement. De son côté, le Dr S._____ pose dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2015 les diagnostics de trouble hypocondriaque (F 45.2) et d'agoraphobie sans trouble panique (F 40.00). Ce dernier diagnostic se fonde sur les déclarations de l'assurée qui se plaint d'une agoraphobie, qui l'empêche de faire ses courses dans les grands magasins lorsqu'il y a du monde. Elle préfère que son époux se charge des courses même si elle concède s'y consacrer malgré tout lorsque son mari est absent. Pour cette raison, le Dr S._____ considère que cette pathologie n'est que très modestement handicapante. Quant au trouble hypocondriaque, il s'explique par le fait que tous les événements de la vie de l'assurée sont teintés par la maladie. Il y a en outre une amplification involontaire des troubles anodins. Ce trouble hypocondriaque conduit à des auto-limitations fonctionnelles sans substrat objectif. Il précise encore que, du point de vue neurologique, il n'y a aucune séquelle de l'événement du 6 mai 2009. En effet, l'assurée ne présente aucun trouble cognitif ni atteinte cérébrale. Pour le surplus, les plaintes ne sont pas corroborées par les examens neuropsychologiques. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, le Dr S._____ souligne que les troubles psychiques présentés par l'assurée n'ont pas de retentissement sur sa capacité de travail depuis la fin de son apprentissage au mois de juillet 2010. L'angoisse ne la paralyse pas au point de lui interdire toute activité. Les ruminations ne sont pas prééminentes. Tout au plus reconnaît-il une diminution de rendement de l'ordre de 15 à 20% en raison des préoccupations qui peuvent la perturber dans son activité professionnelle. De nouvelles mesures de réadaptation ne se justifient pas sur le plan médical compte tenu de l'obtention du CFC d'employée de commerce.

Si, dans ses déterminations du 11 mai 2015, l'office intimé constate que les conclusions du Dr S._____ corroborent celles de son SMR, la recourante, pour sa part, avance diverses critiques à l'endroit du rapport d'expertise du Dr S._____. Sur le fond, elle souligne l'inanité du diagnostic de trouble hypocondriaque en ce sens que les soins dont elle

fait l'objet depuis de nombreuses années tant sur le plan somatique que psychique correspondent à des pathologies dûment avérées. Elle se réfère plus particulièrement à l'ablation récente de l'utérus et des trompes, aux diverses interventions chirurgicales pratiquées au genou gauche entre 2005 et 2008 ainsi qu'à l'opération ophtalmique réalisée en 2003. Sur le plan formel, elle estime que le libellé du rapport du Dr S. _____ comporte des tournures verbales et grammaticales qui dénoteraient selon elle un défaut d'objectivité de sa part dans le traitement de son cas. Ultérieurement, la recourante a produit un rapport du Dr T. _____ daté du 18 juin 2015, dans lequel celui-ci formule diverses objections au sujet du rapport d'expertise du Dr Z. _____, consistant pour l'essentiel à réaffirmer la gravité des troubles présentés par l'assurée, lesquels feraient obstacle à l'exercice de toute activité. Se prévalant de l'avis de son psychiatre traitant, l'assurée a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une surexpertise. Le magistrat instructeur y a fait droit en confiant au Dr P. _____ le soin de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante.

c) Dans son rapport du 12 octobre 2015, le Dr P. _____ retient les diagnostics de trouble dysthymique (dysthymie), trouble anxiété généralisée ainsi que trouble panique avec agoraphobie. Il explique que c'est à partir de symptômes neurologiques survenus en mai 2009 que l'assurée rapporte un tableau clinique fait de symptômes anxieux et dépressifs. En ce qui concerne la dysthymie, l'expert P. _____ constate que si la thymie est quelque peu abaissée, la présentation n'est certainement pas celle d'un épisode dépressif franc. Elle reste en effet alerte et garde bien le focus d'entretien. Elle défend activement et intelligemment son dossier, peut sourire et répondre positivement à l'humour. Elle rapporte néanmoins de la fatigue ainsi que de la fatigabilité de même que la sensation d'être à bout. Elle évoque une faible estime de soi, des difficultés de concentration et des troubles du sommeil. S'agissant du trouble anxiété généralisée, le Dr P. _____ rend compte de l'anxiété chronique en termes de soucis que l'assurée considère comme excessifs et anormaux. Présents depuis de nombreuses années, ceux-ci se sont accentués progressivement depuis le mois de mai 2009. Ils touchent la

situation actuelle de l'expertisée, sa famille ainsi que ses enfants. Ils sont par ailleurs fortement axés sur sa santé physique, ce qui peut expliquer le diagnostic de trouble hypochondriaque posé par le Dr S._____. Quant au reste de la symptomatologie observée, consistant en de la fatigue ainsi que des troubles de la mémoire et des difficultés attentionnelles, elle se recoupe selon le Dr P._____ avec ce qui relève du trouble dysthymique. En retenant le diagnostic de trouble anxiété généralisée, ce dernier rejoint l'appréciation du psychiatre traitant qui pose le même diagnostic. En revanche, le Dr P._____ ne va pas jusqu'à retenir un état de stress post-traumatique même s'il considère que le trouble anxiété généralisée peut être une conséquence des traumatismes psychiques que l'intéressée dit avoir subis dans l'enfance. Pour ce qui est du trouble panique avec agoraphobie, l'expert mentionne les attaques de panique rapportées par l'assurée sous la forme d'oppression thoracique, de gêne respiratoire, de palpitations, de nausées, de vertiges et de sudations. Ces peurs entraînent divers comportements d'évitement même s'ils n'atteignent pas un seuil manifestement pathologique, notamment lors de certaines situations sociales.

Dans un deuxième temps, le Dr P._____ s'attache à discuter les autres diagnostics psychiatriques ressortant des divers rapports et expertises médicaux versés au dossier. Même si l'expert reconnaît que certaines formes de la symptomatologie peuvent conduire à poser les diagnostics d'état de stress post-traumatique ou de trouble hypochondriaque, il les écarte au vu du tableau clinique présenté par l'assurée ainsi que de l'absence de différents critères diagnostiques permettant de retenir ces pathologies. Il en va d'ailleurs de même du trouble terreurs nocturnes, pour lequel l'expert ne retrouve pas la réalisation des critères caractéristiques. Le Dr P._____ examine encore si un autre trouble affectif que le trouble dysthymique validerait d'autres troubles, tels qu'un épisode dépressif, un trouble dépressif récurrent, voire un trouble bipolaire de type I ou de type II. Tel n'est pas le cas selon lui. Il n'y a pas davantage le seuil diagnostique d'un trouble obsessionnel compulsif, dès lors que les compulsions ne sont pas assez dysfonctionnelles tant en durée qu'en sévérité pour valider un tel trouble.

Il exclut également une affection cérébro-organique au vu de l'examen clinique et des pièces au dossier. L'assurée ne relève pas non plus d'une pathologie psychotique, pas plus qu'il n'y a d'arguments en faveur d'un trouble des conduites alimentaires ou d'un problème avec des substances psychoactives. Enfin, même si certains traits de personnalité sont relativement marqués en termes de dépendance à l'égard de tiers ou qu'ils rappellent des éléments histrioniques, ils ne sont pas assez nombreux ni suffisamment accusés pour valider le diagnostic d'un trouble de ce registre.

En conclusion, le Dr P._____ retient que l'assurée relève d'une fragilité personnelle imputable à son vécu traumatique pendant l'enfance. Ensuite de son divorce, des éléments dépressifs sont apparus, lesquels se sont accentués à la suite du malaise du mois de mai 2009 pour aboutir, au jour de l'expertise, à une problématique anxieuse et dépressive. Pour autant, l'expert estime que l'intéressée ne présente pas de troubles psychiatriques graves, l'anxiété et les éléments dépressifs se situant aux limites inférieures d'un seuil diagnostique. Il considère pour cette raison que l'appréciation diagnostique est difficile. Les divergences figurant au dossier médical qui lui a été soumis contribuent elles aussi à rendre l'analyse délicate. Cela étant, l'expert note que l'assurée n'a jamais dû bénéficier de traitements lourds ni n'a été hospitalisée en milieu psychiatrique. Au demeurant, elle évolue plus ou moins normalement depuis plusieurs années en tant que mère de famille sans laisser entendre qu'elle ne s'occuperait pas normalement de son troisième enfant. Le Dr P._____ fait encore état d'une discordance entre les plaintes alléguées et le tableau présenté en séance. Il rappelle à cet égard l'ambivalence déjà relevée par le médecin d'arrondissement de la CNA en 2007, en ce sens que l'assurée lui paraissait alors peu disposée à réintégrer le circuit économique. Or, l'expert mentionne que l'intéressée est capable de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle et qu'elle a en particulier montré qu'elle était apte à faire usage des compétences acquises dans la gestion du processus d'expertise. Ayant établi un contact adéquat avec l'expert, celui-ci relève qu'elle s'est par ailleurs montrée solide et autonome dans la défense de son dossier. Les seules restrictions

retenues par l'expert tiennent pour l'essentiel à une faculté d'adaptation limitée en raison d'une certaine fragilité face aux facteurs de stress. Il estime néanmoins qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique. Aussi, considère-t-il que la capacité de travail est entière dans toute activité, sous réserve d'une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des troubles consécutifs à l'accident ischémique transitoire survenu au mois de mai 2009. Valable dès cette date selon l'expert, la capacité de travail pourrait être fixée pour une longue durée, étant précisé qu'en l'absence de troubles psychiques graves, le pronostic à long terme devrait être bon.

d) De ce qui précède, on constate que l'appréciation du Dr P._____ rejoint celle des autres experts psychiatres ayant examiné l'assurée. En effet, il ressort de l'expertise du Dr D._____ du 3 septembre 2012 que celui-ci n'a pas mis en lumière de troubles psychiques graves. Il évoque une labilité émotionnelle, une fatigabilité anamnesticque, des ruminations existentielles et un mauvais sommeil. En retenant le diagnostic de dysthymie, il souligne ainsi le faible degré de sévérité des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur tout en soulignant le caractère fluctuant de cette dernière qui se caractérise par une alternance de périodes de durées variables pendant lesquelles l'assurée se sent tour à tour abattue puis de nouveau plus forte. Ces hauts et ces bas sont du reste également évoqués par le Dr P._____. Selon le Dr D._____, la dysthymie n'est toutefois pas incapacitante. De même, le Dr S._____ estime que les troubles psychiques présentés par l'assurée n'affectent pas sa capacité de travail. Il ne retient qu'une baisse de rendement de l'ordre de 15 à 20% « en raison des préoccupations qui peuvent la perturber dans son activité professionnelle. » Il considère que cette capacité peut être fixée à compter de la fin de son apprentissage au mois de juillet 2010.

On remarque ainsi que, hormis le Dr T._____, les experts psychiatres ont retenu de manière unanime une capacité de travail entière dans toute activité. Si le Dr T._____ a développé diverses critiques à l'endroit des rapports des Drs D._____ et S._____, il n'a en revanche

pas déposé de déterminations ensuite de la (sur) expertise du Dr P._____. De son côté, la recourante concède n'avoir que peu d'observations à formuler à ce propos. En indiquant qu'elle ne comprend guère les raisons ayant conduit l'expert P._____ à retenir certains diagnostics et à écarter certaines des pathologies retenues par ses confrères, la recourante perd de vue qu'il a dûment motivé ses choix diagnostiques en expliquant de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il avait finalement retenu certaines pathologies au détriment d'autres. Il s'est du reste expressément prononcé sur les affections ressortant des rapports et expertises de ses confrères D._____, T._____ et S._____ versés au dossier. De plus, la recourante ne saurait reprocher à l'expert de douter de sa sincérité. En effet, en mentionnant la défense intelligente et efficace de son dossier, il n'a fait que consigner ses constatations. En outre, s'il relève des discordances entre les plaintes et ses observations en séance, il ne fait pas pour autant état d'un comportement évoquant une simulation, le Dr P._____ ayant attesté de la réalité des souffrances de l'assurée. En définitive, la recourante ne fait que substituer sa propre appréciation à celle de l'expert P._____, sans pour autant faire état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par ce dernier. Au vrai, aucun rapport médical postérieur ne remet en cause son analyse ou son évaluation. Il y a par conséquent lieu de retenir avec le Dr P._____, rejoignant en cela les conclusions des Drs D._____ et S._____, que la recourante présente une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique dans toute profession avec une diminution de rendement de 20% à compter du mois de mai 2009, ce qui revient à écarter l'appréciation du Dr T._____, selon laquelle la gravité des troubles psychiques de l'assurée justifieraient une incapacité totale de travail. En sa qualité de médecin traitant, celui-ci est enclin à faire preuve de bienveillance et d'empathie vis-à-vis de sa patiente. Il ne prend au demeurant pas position sur l'expertise du Dr P._____.

L'appréciation du Dr P._____ n'invalide nullement les conclusions du Dr Z._____. En effet, celui-ci retient que la capacité de travail de la recourante dans la profession d'employée de commerce est totale sans perte de rendement. Or, le Dr P._____ considère que la

capacité de travail est entière dans toute activité avec une perte de rendement de 20%, rejoignant en cela l'avis du SMR tel qu'exprimé par le Dr K. _____ en date du 15 septembre 2011. Dans ses déterminations du 12 mai 2015, la recourante ne discute pas sérieusement le contenu du rapport du Dr Z. _____, se contentant d'en souligner le caractère orienté au vu du diagnostic de trouble hypochondriaque posé par le Dr S. _____. Elle n'apporte toutefois aucun élément à l'appui de son assertion. Quant à l'ablation des trompes et de l'utérus en raison d'un myome - survenue postérieurement à l'examen du Dr Z. _____ -, le dossier tel que constitué ne contient aucun avis médical faisant état d'une éventuelle répercussion de cette opération sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci ne le soutient d'ailleurs pas expressément. Le Dr P. _____ parle même d'une évolution qui serait globalement favorable à cet égard.

7. En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions ressortant du rapport d'expertise psychiatrique du Dr P. _____ du 12 octobre 2015, lequel remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante ; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées.

Sur la base de l'avis expertal du Dr P. _____, il y a donc lieu de reconnaître à l'assurée une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à compter du mois de mai 2009. Cette appréciation rejoignant celle de l'office AI, force est de constater que la décision litigieuse du 11 février 2013 est fondée.

8. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité, hormis la détermination du statut d'active (cf. considérant 4 supra), n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. On précisera dans ce contexte que la diminution de rendement de 20% telle que retenue par le Dr P. _____ est sans incidence sur la répartition des statuts, en

particulier d'un statut d'active à 80%, puisqu'elle se rapporte à une capacité de travail de 100% (cf. aussi l'avis du Dr K. _____ du 15 septembre 2011 et dans le même sens TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 5). Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 6.50%, c'est dès lors à juste titre que l'office AI a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à procéder à sa propre audition de même qu'à celle des Drs T. _____ et P. _____ ainsi que d'une collaboratrice de la société W. _____ SA. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. On précisera encore que, selon l'usage, les médecins sont invités à s'exprimer de préférence par écrit.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques-Alain Bron, avocat (pour H. _____),
- 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).

Le greffier :