

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

A. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 43 al. 1, 45 al. 1 LPGA, 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** V._____ (née [...]), née le [...] 1955, a travaillé comme auxiliaire de santé à l'établissement médico-social [...], à [...], dès le 1^{er} juin 1997, puis à l'établissement médico-social [...], à [...] également, dès le 1^{er} octobre 2008. Le 7 février 2011, elle a démissionné avec effet au 31 mai 2011, au motif qu'elle souhaitait « améliorer ses problèmes de santé ». Son médecin traitant, le docteur R._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une incapacité de travail totale dès le 18 mars 2011, d'abord pour six jours, puis pour une durée indéterminée. V._____ présentait en effet des crises pseudo-épileptiques, plusieurs fois par jours, lors desquelles elle effectuait des mouvements anormaux commençant tantôt par une rotation du tronc, tantôt par une bascule du bassin, puis accompagnés de mouvements désordonnés de flexion-extension des membres supérieurs. Ces épisodes duraient de 10 minutes à 2 heures, sans perte de conscience. Les examens pratiqués lors d'une hospitalisation au Service de neurologie du D._____ (ci-après : D._____) du 20 au 25 mars 2011, n'ont pas mis en évidence d'explication organique à ces troubles et les médecins ont posé les diagnostics de trouble dissociatif convulsif (F44.5 selon la CIM-10), depuis le mois de mars 2011, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 selon la CIM-10), depuis le mois de mai 2011 (rapport du 17 mai 2011 des docteurs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et T._____, médecins au Service de psychiatrie de liaison du D._____); les médecins ont également posé le diagnostic secondaire de lésions chroniques de la substance blanche sous-corticale pariéto-occipitale, prédominantes à gauches, d'origine indéterminée, et ont mentionné comme antécédents, notamment, une polyarthralgie diffuse et symétrique, traitée par anti-inflammatoires depuis le mois de novembre 2010 (rapport du 26 mars 2011 du Professeur F._____, spécialiste en neurologie, et des docteurs X._____ et P._____, médecins au Service de neurologie du D._____). Un suivi psychiatrique ambulatoire a été mis en place auprès du docteur T._____, et dès le mois de novembre 2011

auprès du docteur M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...].

V._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 août 2011. Dans un rapport du 28 novembre 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le docteur T._____ a fait état d'un suivi psychiatrique hebdomadaire à bimensuel, avec une médication antidépressive et anxiolytique, ainsi que de consultations régulières auprès de la doctoresse U._____, spécialiste en neurologie, au D._____. L'évolution était en amélioration, avec une diminution des crises convulsives, qui restaient toutefois quotidiennes, et une diminution de la symptomatologie dépressive. Le docteur T._____ notait cependant l'apparition de troubles de la concentration et de difficultés dans la mobilisation, de nouvelles investigations étant prévues prochainement. Le pronostic du trouble dissociatif n'était pas prévisible ; en revanche, on pouvait s'attendre à un amendement progressif de l'épisode dépressif actuel avec la prise en charge psychiatrique et la médication.

Le docteur M._____ a adressé V._____ au Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé pour un bilan mémoire. Dans un rapport du 1^{er} mars 2012, les docteurs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____ ont posé les diagnostics de trouble cognitif léger, attentionnel et exécutif (F06.7 selon la CIM-10), de trouble dissociatif convulsif (F44 selon la CIM-10) et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2 selon la CIM-10). Ils ont considéré que le tableau clinique était dominé, sur le plan cognitif, par des troubles exécutifs au premier plan et dans un moindre mesure mnésiques évoquant un dysfonctionnement d'allure plutôt cortico-sous-cortical. Etant donné la relative absence de répercussion des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne, le tableau semblait actuellement compatible avec un trouble cognitif léger dont l'étiologie restait à déterminer, avec toutefois la suspicion d'une forte composante thymique. Un bilan d'évolution était souhaitable dans un délai de 12 mois afin de préciser le diagnostic et de surveiller l'évolution, compte tenu

notamment des risque d'évolution des troubles cognitifs légers, des résultats d'IRM cérébrales, bien que non spécifiques (plusieurs hyperintensités de la substance blanche sous-corticale bilatérale) et de l'anamnèse familiale positive pour des troubles cognitifs (deux sœurs atteintes de la maladie d'Alzheimer). Il n'y avait pour le moment pas d'indication à un traitement pro-cognitif. Sur le plan psychiatrique, il convenait de maintenir le diagnostic de trouble dissociatif convulsif et de trouble de l'adaptation mixte, avec réaction anxieuse et dépressive, compte tenu de la persistance de crises convulsives et de symptômes thymiques tels que des angoisses anticipatoires avec des ruminations, une baisse de motivation et un certain retrait social. Ces derniers semblaient toutefois s'améliorer sous le traitement actuel associant antidépresseur et anxiolytique.

Le 10 avril 2012, la doctoresse U._____ a revu l'assurée en consultation. Celle-ci a fait état de quatre à huit crises convulsives par jour. Elle les sentait maintenant venir et avait le temps de s'allonger. Elle ressentait tout d'abord une sensation étrange dans le corps, puis des mouvements involontaires de la tête et enfin des mouvements des quatre membres. En général, les symptômes s'amendaient après cinq minutes et étaient parfois suivis d'une deuxième crise plus courte. L'assurée et sa fille connaissaient maintenant bien ces épisodes, ne s'en inquiétaient plus, et l'assurée pouvait ensuite reprendre ses activités quotidiennes. Elle ne conduisait plus de véhicule à moteur. La doctoresse U._____ en concluait que l'évolution était favorable et préconisait la poursuite de la prise en charge multidisciplinaire par un médecin généraliste, un médecin psychiatre et par elle-même.

Le 8 mai 2012, le docteur M._____ a attesté, à l'intention de l'OAI, une incapacité de travail totale de sa patiente.

b) V._____ était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnité journalière en cas de perte de gain, conclue par son ancien employeur auprès d'Y._____. Cette assurance a confié au docteur S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser

une expertise. Celui-ci a procédé à un examen clinique le 2 mai 2012 et a rendu son rapport le 21 mai 2012. Il a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive mixte, en rémission (F43.2 selon CIM-10), un trouble dissociatif moteur (F44.e [recte : F44.5] selon CIM-10) et une personnalité à trait histrionique (Z73.1 selon CIM-10). Sous « discussion », il a notamment exposé que l'assurée présentait toujours ce qu'elle appelait « des crises » entre quatre à huit fois par jour, mais qu'elle les sentait venir, ne tombait plus et avait le temps de s'allonger. D'après les descriptions qu'elle avait données, ces crises étaient pratiquement toujours accompagnées de maux de tête et parfois de bégaiement. Après s'être allongée, elle pouvait reprendre normalement ses activités. Pour le reste, elle était rassurée de ne pas souffrir d'une forme de démence comme ses deux sœurs aînées. Ses propres descriptions des difficultés cognitives correspondaient assez bien à ce que les spécialistes avaient retenu sous forme de trouble cognitif léger, attentionnel et exécutif. D'après ce que l'expert avait compris des rapports, ils n'intervenaient pas de manière significative dans son fonctionnement domestique et indirectement professionnel. En ce qui concernait l'état psychique proprement dit, le trouble de l'adaptation était au stade actuel très bien résorbé. L'expert constatait un très fort décalage avec les descriptions plutôt dramatiques du psychiatre traitant, qui de plus étaient en contradiction aussi avec les descriptions de la patiente elle-même et celles des départements de psychiatrie et neuropsychiatrie du D. _____ à la même période récente entre mars et avril 2012. L'expert a mentionné différentes mésententes au niveau professionnel, l'assurée ayant souffert des médisances de ses collègues et des critiques de ses supérieurs. Elle en avait tiré les conclusions et avait donné d'elle-même son congé. Dans ce contexte, l'expert précise :

«[...]»

Il n'est donc pas possible (comme suggéré dans le dossier à quelques endroits) d'argumenter les problèmes professionnels comme cause des problèmes médico-psychiatriques. Tout au plus, on peut attribuer ce qui a été nommé trouble de l'adaptation à cette partie, il a certainement existé une phase où elle était perturbée par les interactions avec son employeur. En quelque sorte, indirectement, les crises dissociatives pourraient être interprétées comme un moyen inconscient d'éviter la continuité d'assumer un travail et des conditions qu'elle rejetait à ce moment déjà. Mais il faut être prudent dans de telles interprétations, il s'agit ici d'une sorte d'hypothèse.

La poursuite de la symptomatologie pourrait, toujours avec la même prudence, être interprétée comme un moyen de changer d'orientation. L'assurée nous a dit avoir pris une certaine distance à son métier, elle et son médecin ont parlé d'une reconversion AI, mais sans donner quoi que ce soit comme idée concrète pour une alternative. Bien qu'elle affirme toujours avoir aimé et aimer son métier, elle était plutôt affirmative dans la notion personnelle d'incapacité de travail (qu'elle argumente plutôt par des douleurs diverses, de même des manifestations de la médecine interne). Elle était par contre tout à fait d'accord que son état psychique et ce qui a été appelé « dépression » n'est plus une raison d'incapacité de travail.

Nous nous trouvons donc en finalité devant le constat qu'il existe toujours des mouvements anormaux psychogènes dans la fréquence et intensité déterminée et surtout sur le plan subjectif, maintenant amoindris par rapport à l'année passée.

La question est quelle valeur pathologique à donner à ces éléments. A l'instar des médecins [de] l'unité de neuropsychiatri[e] et psychiatrie de liaison du D._____, nous avons tendance à dire que l'assurée devrait être théoriquement conduite vers l'idée d'un reconditionnement à la normalité. Ceci a été indirectement aussi exprimé sur le plan physique. Les médecins lui ont conseillé un reconditionnement pour normaliser les manifestations douloureuses. L'assurée n'a pas donné suite et s'est plutôt installée dans son confort domestique. Il est clair que la discussion est ici délicate, car l'assurée et son médecin psychiatre traitant ont argumenté (cf. dernier rapport) par le fait de l'existence de ces crises circulaires, que toute insertion professionnelle serait exclue. Mais, selon notre expérience avec les troubles d'ordre hystérisiforme et des problèmes de dissociation, de tels phénomènes peuvent aussi disparaître. Par ailleurs, une certaine 'guidance avec fermeté' fait parfois des effets étonnants. De ce fait, nous penchons plutôt en direction d'une exigibilité de principe et prochaine. Dans le cas contraire, le processus d'invalidation (que nous voyons déjà) est programmé.

[...]».

En réponse aux questions d'Y._____, le docteur S._____ a nié toute incapacité de travail en relation avec les troubles de l'adaptation, considérant l'assurée comme rétablie. Pour ce qui concernait les troubles moteurs dissociatifs, il proposait « de postuler une compatibilité de principe avec une activité professionnelle ». Eventuellement, vu que l'assurée devait se coucher pendant de telles crises, une diminution du rendement pourrait être associée. Enfin, l'impact des troubles cognitifs légers, attentionnel et exécutif sur la capacité de travail échappait à l'expert. A première vue, « d'après [sa] compréhension (à vérifier), il n'y a[vait] pas d'influence significative sur l'activité d'aide-soignante ».

A la suite de cette expertise, Y._____ a mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet dès le 31 mai 2012.

c) Après avoir pris connaissance de l'expertise du docteur S._____, le docteur N._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de constater une incapacité de travail totale du 20 mars 2011 au 20 mai 2012, puis une pleine capacité de travail. Se référant à un avis de « VDOCJ, psychiatre SMR », il a rapporté que ce médecin avait estimé l'expertise convaincante et que le trouble de conversion était apprécié « à la lumière de la jurisprudence du TFA en la matière » (avis SMR du 23 juillet 2012).

Le 24 septembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'allocation d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2012.

A la suite d'une contestation de l'assurée, le docteur N._____ a proposé d'inviter le docteur S._____ à se déterminer sur certains passages de son expertise jugés ambigus par l'assurée, en particulier à propos des notions d'exigibilité « de principe et prochaine » et de la diminution de rendement qu'il avait envisagée (avis SMR du 23 octobre 2012). L'OAI n'a toutefois pas suivi cet avis, au motif qu'il n'avait pas lui-même mandaté le docteur S._____. Il a invité le SMR à se déterminer à nouveau sur le plan médical. Le 12 novembre 2012, le docteur N._____ a maintenu sa position relative à la pleine exigibilité d'une reprise du travail dès le 25 mai 2012, rappelant que l'expertise du docteur S._____ avait été « présentée à VDOCJ, psychiatre SMR », qui l'avait jugée convaincante.

Le 20 septembre 2012, la doctoresse U._____ a revu l'assurée en consultation. Dans un rapport du 10 octobre 2012, elle a exposé que l'évolution était stable, avec quatre à huit crises convulsives quotidiennes, qui étaient toutefois tout à fait gérables, puisque la patiente sentait d'abord un sentiment d'étrangeté puis un sentiment de faiblesse généralisée de tout son corps, qui lui laissait le temps d'aller se coucher et

de se mettre à l'abri. Elle remarquait ensuite que ses bras faisaient un mouvement brusque vers le haut avec, en même temps, un cri, puis elle avait des mouvements rythmiques des quatre membres d'une durée variable de trois à dix minutes. Elle distinguait des grandes crises et des petites crises. Elle développait, comme deuxième plainte, des nualgies avec irradiation dans le bas du dos, sans irradiation dans les membres. La doctoresse U._____ considérait que l'évolution était favorable puisque la patiente n'était plus entravée dans sa vie quotidienne par ses malaises qu'elle connaissait bien, qu'elle reconnaissait avant qu'ils arrivent et qu'elle avait le temps d'aller se mettre en sécurité. Un contrôle d'imagerie par résonance magnétique cérébrale avait été effectué dans l'année en raison de lésions de la substance blanche, qui étaient toutefois non évolutives et devaient être considérées comme aspécifiques.

L'OAI a finalement convoqué l'assurée dans un Centre d'observation professionnel (COPAI) pour une mesure d'observation professionnelle du 8 avril au 3 mai 2013. Lors d'un préexamen, le 2 avril 2013, l'assurée a toutefois subi une crise convulsive lors de laquelle elle a chuté de sa chaise sans blessure, a présenté des mouvements cloniques de battements de bras, avec conservation de la vigilance, de l'orientation spatiotemporelle et de la capacité de parler, sans confusion postcritique. Le médecin conseil du COPAI, le docteur Q._____, a considéré que de telles crises comportait des risques d'accident certain au COPAI, qui rendraient impossible une observation sur une bonne partie des postes de travail, notamment sur les machines de production, la soudure, l'électricité, les travaux nécessitant des outils pointus ou tranchants. Le répertoire de travaux possibles devenait ainsi très étroit et peu informatif. D'autre part, le docteur Q._____ refusait d'exposer les autres stagiaires au spectacle de crises épileptiformes répétées, au risque de susciter incompréhension et inquiétude de leur part (rapport du 8 avril 2013 du docteur Q._____). La mesure d'observation professionnelle a donc été interrompue.

Le 29 avril 2013, le docteur Z._____, a considéré que le rapport du docteur Q._____ était « tout à fait en ligne avec le rapport

d'examen SMR du 23 juillet 2012 » et qu'il n'apportait aucun élément nouveau. L'OAI a invité le SMR à se déterminer plus précisément sur les critères posés par le Tribunal fédéral relatif à l'évaluation de l'incapacité de travail en cas de troubles somatoformes douloureux et autres atteintes analogues. Le 31 mai 2013, le docteur N._____ a pris position en niant que les critères permettant de reconnaître une incapacité de travail fussent remplis, se référant à nouveau plusieurs fois à l'avis de son confrère psychiatre « VDOCJ ».

Le 21 juin 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un nouveau projet d'allocation d'une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2012, considérant qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dès le 21 mai 2012. Le 16 octobre 2013, l'office a notifié une décision dans ce sens à l'assurée, après un nouvel avis médical du SMR, signé par les docteurs J._____ et N._____ le 22 août 2013.

B. Le 13 novembre 2013, V._____, par son mandataire, Intégration handicap, service juridique, a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dont elle demande, en substance, la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée pour une durée indéterminée, dès le 1^{er} mars 2012, sous suite de frais et dépens. A titre de mesure d'instruction, elle demande qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par le tribunal. Le 7 janvier 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 26 mars 2015, le tribunal a désigné le docteur K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 8 juin 2015, celui-ci a posé le diagnostic de trouble dissociatif de conversion (F44.5), en rémission partielle, c'est-à-dire que le seuil diagnostique des ouvrages de références n'était plus atteint au moment de l'expertise, en dehors de quelques symptômes résiduels. L'expert a également fait état d'un trouble de l'adaptation expliquant des troubles de l'humeur et de l'anxiété présentés transitoirement par la recourante en réaction à ses difficultés existentielles. Il n'a constaté

aucune incapacité de travail en raison de ces atteintes à la santé et estime qu'elles n'ont jamais entraîné d'incapacité de travail sur la durée. Il a notamment exposé ce qui suit :

«[...]»

Dans un contexte de troubles somatoformes, de 'troubles apparentés ou de syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique', le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers.

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme.

Dans le cas présent, le soussigné n'admet pas de troubles cognitifs légers, sachant que l'évolution actuelle parle contre une affection cérébro-organique. Comme il est manifestement psychogène, il doit être assimilé au trouble de conversion.

Même s'il était admis, le trouble cognitif léger n'a jamais été assez grave pour justifier des limitations et une incapacité de travail en soi. L'évaluation du [...] du 01.03.2012 avait d'emblée précisé l'absence de répercussion des problèmes cognitifs sur les activités de la vie quotidienne et concluait qu'il n'y avait, par voie de conséquence, pas d'indication un traitement pro-cognitif.

L'assurée a présenté une symptomatologie anxieuse et dépressive de peu de sévérité. Celle-ci a parfois été mentionnée au dossier par ce que désigne un trouble de l'adaptation. Un tel trouble ne justifie pas d'incapacité de travail psychiatrique sur la durée. Elle a parfois été mentionnée en termes d'épisode dépressif de sévérité variable. Le tableau complet d'un tel épisode n'a jamais été décrit précisément dossier. Rien n'indique qu'un tel épisode ait pu être sévère sur la durée, pour le cas où il aurait été sévère à certains moments de l'évolution. Pour ces motifs, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique en raison des symptômes anxieux et dépressifs que l'intéressée a présentés dans le passé. Ces éléments relevaient d'un simple trouble de l'adaptation d'ailleurs fréquemment retenu au dossier. Il ne constitue pas une comorbidité grave et chronique du trouble de conversion de Mme V. _____.

En cas de troubles somatoformes, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant le jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Mme V. _____ conserve des capacités relationnelles et les a d'ailleurs toujours conservées. Elle a toujours gardé des contacts avec sa fille,

ses petits-enfants ainsi qu'avec sa famille d'origine. Elle dit aujourd'hui avoir un réseau social consistant. Rien n'indique qu'elle ait été à un moment ou l'autre de son évolution dans une situation où elle avait perdu ses capacités d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier et celles données par le médecin traitant, en particulier.

On ne peut pas admettre un processus maladif de longue durée, sachant que Mme [V. _____] est aujourd'hui en rémission. La question de la résistance aux traitements selon les règles de l'art peut rester ouverte, sachant que le corps médical n'a pas de traitement fondé sur la preuve à proposer dans le trouble dissociatif de conversion. L'intéressé a néanmoins toujours eu des soins spécialisés à un moment ou l'autre de son évolution. Elle a pu bénéficier de ce que pouvaient lui offrir les médecins dans son cas. On peut dès lors admettre la résistance aux traitements entre 2001 [recte : 2011] et 2014.

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes ou de troubles apparentés ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité. Dans le cas présent, ce critère peut être exclu étant donné l'évolution favorable actuelle.

[...] ».

Les parties se sont déterminées sur l'expertise. Le 10 juillet 2015, la recourante a requis le tribunal d'inviter l'expert à compléter son rapport compte tenu d'une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité de travail d'un assuré présentant un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 181).

Le 22 avril 2016, le tribunal a rejeté cette demande d'instruction complémentaire et informé les parties que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu prochainement.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA et l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si elle peut prétendre à la poursuite du versement de la rente pour la période postérieure au 31 août 2012.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais

pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) La jurisprudence a progressivement rendu plus sévère l'appréciation du caractère raisonnablement exigible de la reprise du travail pour les assurés souffrant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Ainsi, le Tribunal fédéral a posé la présomption que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ou les troubles moteurs dissociatifs, notamment, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, 132 V 65). Toujours selon cette jurisprudence, de tels syndromes peuvent en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans

rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3, 132 V 65 consid. 4.2.2).

d) aa) Dans un ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a pris acte de diverses critiques de sa précédente jurisprudence relative à l'appréciation du caractère raisonnablement exigible de la reprise du travail pour un assuré d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Il a assoupli cette jurisprudence, notamment en abandonnant la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et en introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité).

bb) Selon cette nouvelle jurisprudence, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte analogue suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas

de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les

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

dd) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Un complément d'expertise peut également s'avérer nécessaire selon les cas (consid. 8 de l'arrêt cité).

4. a) En l'espèce, la recourante a présenté, au premier plan, un trouble dissociatif convulsif. Dans son rapport du 21 mai 2012, le docteur S._____ a également posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive mixte, en rémission, et de personnalité histrionique. Il a nié toute incapacité de travail en relation avec ces deux derniers diagnostics et, de manière plus nuancée, a proposé de postuler une compatibilité de principe des troubles moteurs dissociatifs avec une activité professionnelle, n'excluant toutefois pas une diminution de rendement dans la mesure où l'assurée devait se coucher pendant ses

crises convulsives. L'expert a notamment estimé qu'il fallait faire preuve d'une certaine fermeté (« guidance avec fermeté ») sans quoi « le processus d'invalidation était programmé ». Dans ce sens, il a clairement pris ses distances avec les avis exprimés par le psychiatre traitant, d'après lequel toute insertion professionnelle était exclue. A la suite de cette expertise, un stage d'observation a été envisagé, auquel l'intimé a toutefois dû renoncer après un premier essai, l'assurée étant tombée d'une chaise lors d'une crise convulsive. Le médecin conseil du COPAI a jugé que de telles crises rendaient le stage impossible, tant pour des motifs de sécurité au travail de l'assurée que pour éviter de déstabiliser les autres stagiaires.

Se fondant principalement sur l'avis du docteur S._____ et sur les déterminations sur dossier de son Service médical régional, l'intimé a ensuite considéré qu'une pleine capacité de travail était exigible de la part de l'assurée dans son activité habituelle, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Un tel constat ne pouvait pas être posé sur ces bases. Sans être totalement dépourvue de valeur probante, l'expertise du docteur S._____ reste néanmoins assez imprécise sur la capacité de travail réelle de l'assurée. Le docteur S._____ indique qu'une pleine capacité de travail est exigible, tout en laissant entendre qu'il s'agit plus d'un postulat de principe que d'un véritable constat et en admettant qu'une diminution de rendement pourrait être inévitable. Par la suite, l'avis émis par le docteur Q._____ laisse penser que le postulat de principe du docteur S._____ ne peut pas être confirmé après une première expérience en ateliers professionnels. Par la suite, les avis émis sur dossier par des médecins non psychiatres du Service médical régional de l'intimé ne convainquent pas ; la référence à un avis émis oralement par le docteur « VDOCJ », qui ne cosigne toutefois pas le rapport, est évidemment insuffisante.

b) Pour les motifs exposés ci-avant, il a été nécessaire de compléter l'instruction par une expertise judiciaire. L'expert K._____ confirme pleinement l'exigibilité d'une reprise du travail de la part de la recourante, telle que « postulée » par le docteur S._____. Il n'admet

pour sa part aucune diminution de rendement. Il a posé ses constatations sur la base d'une analyse du dossier et de son examen clinique, en prenant dûment en considération les plaintes de la recourante. Il explique également bien en quoi consiste le diagnostic de trouble dissociatif de conversion et pourquoi il ne l'estime pas incapacitant dans le cas de la recourante. Il est vrai que la structure de son expertise et la manière de présenter son analyse est étroitement liée à l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire. Le docteur K. _____ a néanmoins clairement mis en évidence les indicateurs qui permettent, selon la jurisprudence actuelle découlant de l'ATF 141 V 281, de constater une pleine capacité de travail. Il a en particulier souligné l'absence d'une autre atteinte psychique ou physique de nature à réduire encore les ressources adaptatives de la recourante ; sur ce point, il a notamment approuvé le point de vue du docteur S. _____ relatif au fait que le trouble de l'adaptation, avec une symptomatologie anxieuse et dépressive, était en rémission, et a exposé de manière convaincante que le trouble cognitif léger n'était pas d'origine organique, mais était une manifestation du trouble de conversion. Le docteur K. _____ a également souligné que l'assurée avait toujours conservé des capacités relationnelles, maintenant des contacts avec sa fille, ses petits-enfants et sa famille d'origine et disposant d'un réseau social consistant. Il a, enfin, exposé que le trouble de conversion était en rémission partielle au moment de l'expertise, c'est-à-dire que le seuil diagnostique selon les ouvrages de référence n'était plus atteint en dehors de quelques symptômes résiduels. Pour la période antérieure à l'expertise, le docteur K. _____ a noté que les crises de l'assurée avaient progressivement diminué tant en durée qu'en fréquence. Elle avait appris à les contrôler lorsqu'elle les sentait venir, à l'aide de techniques respiratoires, et ne faisait plus de crises depuis septembre 2014.

Dans ce contexte, on observera que le docteur S. _____ avait déjà noté, en 2012, que l'assurée sentait venir ses crises, qu'elle ne tombait plus et qu'elle avait le temps de s'allonger. Elle pouvait ensuite reprendre normalement ses activités. En octobre 2012 également, la

doctoresse U._____ avait indiqué que les crises convulsives étaient tout à fait gérables, la patiente ressentant d'abord un sentiment d'étrangeté, puis un sentiment de faiblesse généralisée qui lui laissait le temps d'aller se coucher et de se mettre à l'abri. Le retentissement des crises sur la vie quotidienne de l'assurée en était notablement atténué. Au regard de ces observations concordantes des docteurs S._____ et U._____, corroborées par l'expertise du docteur K._____, le fait que l'assurée ait chuté de sa chaise, en 2013, à l'occasion d'une crise lors d'une tentative de reprise du travail au COPAI, n'a été selon toute vraisemblance qu'un événement isolé à l'époque. Au demeurant, même en admettant de prendre en considération une diminution de rendement en raison de la nécessité pour l'assurée, jusqu'en septembre 2014, de se retirer quelques minutes et de s'allonger lorsqu'elle sentait venir une crise convulsive, cette diminution de rendement n'aurait pas dépassé 15 à 20% dans son activité professionnelle habituelle, ce qui est insuffisant pour constater un taux d'invalidité de 40% ouvrant droit à une rente. A cet égard, la doctoresse U._____ a fait mention de quatre à huit crises convulsives par jour, d'une durée de trois à dix minutes, ce qui représente 1h20 par jour au maximum.

c) Au vu de ce qui précède, un complément d'expertise n'est pas nécessaire. Il convient de constater que la recourante ne présentait plus d'incapacité de travail entraînant une incapacité de travail et de gain de 40% au moins à partir de fin mai 2012. Sur la base de l'expertise du docteur K._____, on devrait même constater qu'elle n'a pas présenté, entre le dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité et celui de la décision litigieuse, une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, de sorte que la rente limitée dans le temps allouée par l'intimée l'aurait été à tort. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, car il conviendrait, dans cette hypothèse, de renoncer à une reformatio in pejus compte tenu des imprécisions nécessairement liées à la détermination de l'évolution de la capacité de travail d'un assuré dans des circonstances telles que celles du cas d'espèce. L'intimé ne conclut d'ailleurs pas à une telle reformatio in pejus.

5. La procédure est onéreuse et les frais de justice, par 400 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu des pièces qu'il avait au dossier, compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al. 1 LPGGA) – pour les motifs exposés au consid. 4a ci-avant –, les frais d'expertise, d'un montant de 4'460 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGGA ; cf. ATF 137 V 210, TF 9C_801/2012 du 28 octobre 2013).

La recourante voit ses conclusions rejetées et ne peut donc pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 16 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 4'460 fr. (quatre mille quatre cent soixante francs), sont mis à la charge de l'intimé.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Intégration handicap, service juridique (pour V. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :