

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Elle travaillait comme femme de ménage pour le compte de la Fondation Q.\_\_\_\_\_, Etablissement Médico-Social (EMS) à [...], depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1986. Elle travaillait initialement à 100 %, mais a réduit son taux d'activité à 80 % entre 1997 et 2000. Elle était assurée contre les accidents, obligatoirement, par R.\_\_\_\_\_ SA.

Le 12 octobre 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle traversait normalement la route sur un passage pour piétons, elle a été renversée, du côté droit, par une voiture. Elle a souffert de contusions multiples (rapport de la Gendarmerie vaudoise du 10 novembre 2013). Son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, généraliste à [...], a attesté une totale incapacité de travail depuis cet accident. Dans un rapport du 11 décembre 2013 adressé à Me David Métille, qui représentait notamment l'assurée vis-à-vis d'R.\_\_\_\_\_ SA, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que depuis 2005, celle-ci était en traitement régulier pour des troubles psychiques de type phobique, avec manifestations psychosomatiques multiples (douleurs multifocales récurrentes, peur d'avoir une maladie grave, etc.). Le traitement était dispensé par le médecin généraliste de l'assurée, le Dr M.\_\_\_\_\_, qui la suivait depuis de nombreuses années. En 2009, à la suite d'une grosse frayeur d'être agressée par un inconnu (un homme « noir », grand et costaud) sur son lieu de travail quatre ans plutôt, l'assurée avait développé un malaise suivi de frayeurs récurrentes avec un syndrome délirant à caractère handicapant professionnellement, de septembre à décembre 2009, nécessitant un traitement anti-hallucinoire. Pour le Dr M.\_\_\_\_\_, ces manifestations témoignaient de troubles chroniques de la personnalité de type prépsychotique, partiellement contrôlés par un traitement anxiolytique et antipsychotique permanent. Cette symptomatologie s'était exacerbée après l'accident du 12 octobre 2013. La patiente ne pouvait plus sortir seule de chez elle, étant devenue complètement phobique de la route et de la circulation routière. L'atteinte

psychique était de nature à prolonger les plaintes et le handicap physique post-traumatique.

R.\_\_\_\_\_ SA a confié un mandat d'expertise orthopédique au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main. Dans un rapport du 11 février 2014, ce médecin a posé les diagnostics de status après contusions multiples, notamment du bassin droit et du thorax gauche, le 12 octobre 2013, de scoliose lombaire dégénérative et de troubles psychiatriques hallucinatoires et phobiques. Il indiquait que les contusions occasionnées par l'accident du 12 octobre 2013 avaient guéri sans séquelles et n'entraînaient plus d'incapacité de travail, au plus tard trois mois après l'accident. L'assurée présentait par ailleurs des troubles dégénératifs du rachis et un hallux valgus bilatéral, sans rapport avec l'accident. Le syndrome douloureux subjectif étendu dépassait de loin les zones traumatisées initialement (notamment le bassin droit et le thorax gauche), et ne pouvait pas être mis en lien avec des constatations objectives de troubles anatomiques résiduels à ce niveau. Leur étiologie était vraisemblablement de nature malade, pas forcément somatique. En anamnèse, le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée présentait des lombalgies chroniques avec parfois des irradiations dans les deux membres inférieurs, depuis les années huitante. Un bilan radiologique avait mis en évidence des troubles dégénératifs. L'évolution était restée stationnaire et les troubles dégénératifs n'avaient pas empêché l'assurée de travailler. Sur le plan psychiatrique, le Dr D.\_\_\_\_\_ s'est référé au rapport du 11 décembre 2013 du Dr M.\_\_\_\_\_ à Me Métille.

S.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 17 mars 2014, en raison de contusions multiples, de troubles dépressifs et de troubles de la personnalité depuis l'accident du 12 octobre 2013.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a adressé l'assurée au Dr Z.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et au Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans un rapport du 22 avril

2014, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques sans signe radriculaire irritatif ou déficitaire (troubles statiques et dégénératifs sous-jacents), et de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Pour sa part, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de schizophrénie indifférenciée (F20.3) et celui différentiel d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), dans un rapport du 2 juin 2014 cosigné avec le Dr X.\_\_\_\_\_, de la Policlinique psychiatrique adulte de [...] (Fondation de [...]). Lors de leur appréciation, les psychiatres ont constaté une symptomatologie qui s'inscrivait vraisemblablement sur un état dépressif sévère présent de longue date. Il n'existait pas d'arguments pour retenir un syndrome de stress post-traumatique, mais plutôt une « exacerbation de symptômes préexistants avec péjoration suite au traumatisme ». En raison de capacités cognitives limitées, l'assurée était peu critique par rapport à sa symptomatologie actuelle. Les Drs C.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ suggéraient, à titre thérapeutique, la prise de neuroleptiques à doses progressives tout en augmentant le Remeron® (pour l'état dépressif sous-jacent) ainsi que l'introduction d'un suivi psychiatrique qualifié de « judicieux » si l'assurée l'acceptait.

A la suite de la demande déposée, l'OAI a confié le dossier à sa division réadaptation. Une entrevue a ainsi eu lieu le 12 juin 2014 entre une psychologue de ce service et l'assurée, accompagnée de son mari, dans les locaux de l'Office AI à [...]. Dans un rapport du 18 juin 2014, la psychologue a notamment résumé la situation en mentionnant qu'en 2005, l'assurée avait fait une syncope sur son lieu de travail et présenté des insomnies, des cauchemars et des hallucinations. A la suite de cet événement, son poste avait été adapté avec quatre jours de repos et sans travail le weekend. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, en raison d'atteintes à sa santé psychique ; elle était incapable de s'intégrer dans un groupe de travail compte tenu de phénomènes hallucinatoires, ainsi que d'une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance diminuée. L'assurée était toutefois anosognosique à propos de ses troubles psychiques. Son mari a expliqué, en lien avec les troubles et angoisses de l'assurée, qu'elle pouvait « exploser » et crier, parfois

pendant une heure, avant de se calmer. Le trouble était déjà présent avant l'accident, même au travail. L'employeur lui avait déjà téléphoné afin de savoir si son épouse avait pris ses médicaments.

Le 14 juillet 2014, l'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail.

Dans un rapport SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 19 juillet 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, a retenu l'atteinte principale de schizophrénie indifférenciée (F20.3), avec comme pathologies associées, un état dépressif sévère avec manifestations psychotiques (F32.3). Pour ce médecin, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toutes activités, depuis le 12 octobre 2013.

Le 12 septembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'allocation d'une rente entière d'invalidité, avec effet dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Entre-temps, R.\_\_\_\_ SA a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_ pour une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 28 août 2014, communiqué ultérieurement à l'OAI, ce spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de la psychologue J.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère, d'évolution d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, et éventuellement de traits anxieux préexistants. Dans sa discussion du cas, l'expert s'est notamment exprimé comme suit :

“D'un point de vue psychopathologique, nous nous trouvons face à une assurée qui reste très focalisée sur ses plaintes somatiques, assez démonstrative, annonçant des vertiges et des douleurs multiples, ayant pris soin d'amener avec elle une photo des contusions des suites de son accident du 12.10.2013, où l'on constate des ecchymoses sur le bassin D [droit], les côtes du côté D.

Les plaintes douloureuses prennent actuellement le devant du tableau clinique, elles sont ubiquitaires, mal systématisables, elles dépassent de loin la zone concernée par l'événement accidentel incriminé. Il est évoqué des lombalgies basses, des difficultés à rester assis, des vertiges, un malaise diffus ; l'évolution semble se faire vers un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, ce qui correspond aussi à l'appréciation de l'expert D.\_\_\_\_\_, qui évoque un trouble douloureux subjectif.

L'autre pathologie éventuellement en lien de causalité avec l'événement accidentel incriminé serait l'hypothèse d'un état de stress post traumatique. L'assurée ne conserve aucun souvenir de celui-ci, puisqu'elle n'a pas vu la voiture arriver et a brièvement perdu connaissance, avec une amnésie antérograde. Il n'y a pas de cauchemars particuliers, et la seule crainte subjective de traverser les passages piétons n'est pas synonyme d'un état post traumatique, en particulier le « syndrome de répétition » n'est pas présent. La littérature indique que l'anamnèse protège du développement ultérieur d'un état de stress post traumatique, ce qui n'est donc pas surprenant. Il n'y a pas d'indication pour l'heure en faveur d'un trouble hallucinatoire, en tous les cas des éléments socio-culturels interfèrent, tout comme la faible maîtrise du français, avec cette hypothèse. Le rapport de la polyclinique de [...] du 02.06.2014, ne retient pas non plus l'hypothèse d'un stress post traumatique.

Il existe une symptomatologie anxio-dépressive frustrée, caractérisée par une certaine anxiété, une vision un peu catastrophique de l'avenir, un manque de motivation. Mais dans l'ensemble d'autres fonctions sont parfaitement conservées, comme le sommeil et l'appétit. Il n'y a pas d'anhédonie, l'assurée est toujours investie auprès de ses petits-enfants.

Il s'agit en définitive d'un accident bénin sans grave dommage physique, qui dans les jours suivants est à l'origine de symptômes physiques peu spécifiques et de symptômes psychiques atypiques, mais exprimés sur un mode très dramatique, avec surtout un état régressif de dépendance vis-à-vis de son entourage, avec une forme « d'apragmatisme » d'accompagnement.

On peut parler ici d'une forme d'hystérisation secondaire ou « névrose de compensation » du sujet âgé, chez cette dame de maintenant 60 ans - elle vient de recevoir son licenciement le 14.07.2014 - ce qui revient à prendre une forme de retraite anticipée relativement acceptable socialement, mais vis-à-vis aussi de son entourage. Mme S.\_\_\_\_\_ a relativement peu de perspectives de retrouver un emploi, n'a aucune qualification professionnelle, et retenons que son époux depuis 2004 bénéficie d'une retraite anticipée assortie d'une demi-rente invalidité des [...], ceci expliquant aussi cela. L'assurée a un frère aîné, qui serait lui aussi au bénéfice d'une rente-invalidité en Suisse, depuis de très nombreuses années.

Par contre on peut s'interroger sur la prise en charge médicale, qui entraîne probablement de nombreux effets secondaires, qui expliquent ce tableau clinique atypique, notamment peut-être les

vertiges (cf. annexe). L'assurée a un traitement qui associe pas moins de 4 neuroleptiques, ce qui est bien entendu contre-indiqué et ne peut être considéré comme un traitement dans les règles de l'art. [...]

S'agissant des éventuels symptômes psychotiques, pour notre part ils ne sont pas très évidents, il existe certainement une dimension culturelle, en tous les cas l'association des 4 neuroleptiques a probablement un effet sur d'hypothétiques syndromes d'allure psychotique. Toujours est-il que ceux-ci s'ils ont été peut-être transitoirement aggravés à la suite de l'événement accidentel incriminé - ont évolué favorablement, et en tous les cas n'ont jamais entravé l'assurée dans l'exercice de son activité professionnelle jusqu'à l'événement accidentel incriminé.

Selon le DSM-IV, les critères de la schizophrénie comprennent 2 ou plus des manifestations suivantes, présentes pendant au moins une partie significative du temps, pendant une période de un mois au moins avant qu'elles répondent favorablement au traitement. Il s'agit :

#### Cluster A

- 1) des idées délirantes
- 2) des hallucinations
- 3) un discours désorganisé ;
- 4) un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- 5) des symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie ou perte de volonté

Le Cluster B concerne le dysfonctionnement social et de activité qui doivent, selon le Cluster C, persister au moins 6 mois.

Enfin, Cluster D, un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur doit être exclu, de même, cluster E, qu'une affection médicale générale due à une substance ou soit en relation, cluster F, avec un trouble envahissant du développement.

A l'heure actuelle nous ne relevons pas d'idéation délirante, pas de discours désorganisé ni de comportement grossièrement désorganisé ou de catatonie, il n'y a pas non plus d'émoussement affectif, ou de perte de volonté. L'hypothèse donc d'une schizophrénie peut difficilement être retenue sur cette base.

#### Proposition de traitement

En d'autres termes, il est fort probable que cet état confusionnel et les vertiges soient iatrogènes, car l'assurée a un traitement médical qui nous paraît largement à proscrire. Il s'agirait de pouvoir envisager une simplification, en introduisant un peu de Citalopram le soir 20 mg, éventuellement associé aux 15 mg de Remeron pour les troubles du sommeil, avec du Dafalgan en réserve puisque les douleurs sont certainement plus psychogènes qu'objectives et que la polypragmasie est bien entendu à éviter.

Un seul neuroleptique atypique doit être introduit, probablement pour son effet anxiolytique, permettant une meilleure qualité du sommeil, le Seroquel, entre 50 et 100 mg/j. le soir.

## Capacité de travail

La capacité de travail médico-théorique est probablement entière 6 mois après l'accident incriminé par analogie à un trouble de l'adaptation. Pour l'heure restent les facteurs extra-médicaux, qui entrent dans le contexte d'une probable névrose de compensation. Nous considérons qu'au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2014, sa capacité de travail est entière. Licenciée, elle devra s'annoncer à l'assurance-chômage."

Ainsi, pour le Dr F.\_\_\_\_\_ la capacité de travail « médico-théorique » de l'assurée était entière (*statu quo sine* atteint) six mois après l'accident au plus tard, par analogie à un trouble de l'adaptation. En tenant compte de facteurs extra-médicaux, qui entraînent dans le contexte d'une névrose de compensation, la capacité de travail était à nouveau totale au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2014 (rapport du 31 juillet 2014 au médecin-conseil de R.\_\_\_\_\_ SA, p. 7).

Le 10 octobre 2014, l'OAI a annulé son projet d'acceptation de rente du 12 septembre 2014 compte tenu des nouveaux éléments recueillis au dossier.

Le 21 octobre 2014, Me Métille a produit les réponses apportées le 30 septembre 2014 par le Dr M.\_\_\_\_\_ à un questionnaire qu'il lui avait adressé le jour précédent. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a notamment fait part de ce qui suit :

“1° Pour quel(s) motif(s) la médication prescrite par le Dr F.\_\_\_\_\_ ne s'est pas avérée appropriée dans le cas de la patiente ?

Le traitement suggéré par Dr F.\_\_\_\_\_ : CITALOPRAM 20 mg le soir HALDOL 5 gttes le soir mis en place dès le 30.8.14 n'a pas convenu, la patiente ayant souffert d'agitation nocturne avec bouffées d'anxiété.

2° Comme[nt] a réagi la patiente suite à ce changement initial de médication prescrite par le Dr F.\_\_\_\_\_ ? Quelles ont été vos observations ?

Le 27.9.14 je prends acte des observations recensées sous 1° et reviens à un traitement de : REMERON 30 mg le soir HALDOL 5 gttes le soir qui n'est du tout pas un traitement à «proscrire» comme l'affirmait le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son expertise (page 6 Proposition de traitement).

3° Est-ce que la patiente a mieux réagi au dernier changement de médication prescrit par vos soins ?

Oui la patiente est plus stable psychiquement depuis la reprise du traitement précité sous 2°."

A réception du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, suivant l'avis du SMR, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée en vue de lever les contradictions entre ce rapport et celui établi par les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. L'OAI a mandaté le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie (communication du 1<sup>er</sup> décembre 2015).

Entre-temps, Me Métille a produit les réponses apportées le 27 février 2015 par la Dresse N.\_\_\_\_\_, psychiatre au Centre [...] à [...], à un questionnaire qu'il lui avait adressé. La Dresse N.\_\_\_\_\_ a fait part de ce qui suit :

- “1. Diagnostic à caractère psychiatrique ?  
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 ; F33.3).
2. Quelle est l'influence des diagnostics à caractère psychiatrique sur la capacité de travail de la patiente ?  
Vu la sévérité de la symptomatologie dépressive (tristesse, anxiété importante, fatigabilité, diminution de l'élan vital, difficulté à se concentrer, idées noires sans idéations suicidaires précises, idées de persécution), la patiente est en incapacité de travail à 100%.
3. Quelle pourrait être l'évolution des différents diagnostics à plus long terme ?  
Vu la sévérité et la chronicité du trouble, l'évolution à plus long terme est incertaine. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique à long terme semble nécessaire pour cette patiente qui présente une grande fragilité.
4. A quelles conditions une reprise du travail, même à taux réduit, serait envisageable ?  
Une reprise du travail, même à temps réduit, ne peut pas être envisagée.
5. Toute(s) remarque(s) utile(s) ?  
Nihil.”

Dans un rapport du 7 avril 2016, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dissociatif mixte (F44.7) et a exclu les diagnostics de schizophrénie et de trouble dépressif évoqués par ses confrères de [...] dans leur rapport

du 2 juin 2014, ainsi que ceux d'état de stress post-traumatique et de trouble de la personnalité. Au terme de son analyse, l'expert a estimé que la capacité de travail était totale « du point de vue strictement psychiatrique », l'assurée étant parfaitement apte à reprendre son activité antérieure. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a notamment observé que les plaintes de l'assurée étaient ponctuelles, disparates, et qu'elles ne permettaient pas d'explication par une atteinte psychique spécifique. Ces plaintes n'avaient aucune cohérence entre elles. Il a constaté une forte régression de l'assurée, qui ne faisait quasiment aucune tâche ménagère et vivait dans la dépendance de son mari. Mais le Dr A. \_\_\_\_\_ a précisé que cette régression ne s'expliquait pas par des troubles psychiques majeurs, d'autres facteurs étaient déterminants. Le 3 mai 2016, Me Métille s'est plaint du fait que l'expert n'avait pas répondu à son questionnaire, mais uniquement à celui de l'OAI. Il demandait à cet office que l'expert soit invité à y répondre.

Le 11 juin 2016, le Dr A. \_\_\_\_\_ a établi un rapport complémentaire dans lequel il a répondu comme suit au questionnaire de Me Métille :

- "1.1 Confirmez-vous, à l'instar du Dr N. \_\_\_\_\_, lors de son rapport médical du 27 février 2015, l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 : F33.3) ?  
Réponse : Non. Je ne confirme pas un tel diagnostic. Comme je l'ai discuté au § 8, p. 6 - 8, j'exclus un diagnostic de trouble dépressif ainsi que les diagnostics de trouble psychotique.
- 1.2 Êtes-vous également en mesure de confirmer l'existence de schizophrénie indifférenciée posée par les Drs X. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ lors de leur rapport médical du 2 juin 2014 ?  
Réponse : Non. Je ne confirme pas l'existence d'un tel diagnostic. Comme je l'ai discuté au § 8, p. 6 - 8, j'exclus l'ensemble des diagnostics de trouble psychotique.
- 1.3 Quel(s) a(ont) été le(s) facteur(s) déclenchant d'un tel épisode dépressif évoqué à la question 1 ?  
Réponse : Il est malaisé de répondre à cette question puisque je ne confirme pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Je réponds donc à la question en fonction des diagnostics que j'ai posés. J'ai posé un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dissociatif mixte. Ce trouble dissociatif est devenu manifeste à partir de septembre 2009 au moment où Mme S. \_\_\_\_\_ a vu ou cru voir un

«homme noir» et a présenté dès ce moment une symptomatologie psychiatrique. Mme S. \_\_\_\_\_ a pu reprendre une activité professionnelle jusqu'à l'accident du 12 octobre 2013 qui a réactivé le trouble dissociatif sans que l'on puisse trouver une explication médicale plausible de cette réactivation.

- 1.4 Les diagnostics retenus sous chiffre 1 et 2 sont-ils susceptibles d'influer sur la capacité de travail, respectivement la capacité d'assurer les tâches domestiques de la patiente ?

Réponse : Je ferai la même remarque que dans ma réponse à la question précédente puisque je ne confirme pas ces deux diagnostics. Je réponds donc à cette question en fonction des diagnostics que j'ai posés. Comme je l'ai indiqué au § 11, p. 9 de mon rapport, j'estime que les troubles psychiques que présente Mme S. \_\_\_\_\_ ne limitent pas, du strict point de vue psychiatrique, sa capacité de travail ni sa capacité à assumer les tâches domestiques. Je n'ignore pas qu'elle n'assume quasiment pas de tâches domestiques mais cet état de fait ne peut pas être imputable aux troubles psychiques qu'elle présente.

- 1.5 Quelle sera l'évolution à moyen terme des troubles en question ?

Réponse : L'évolution du trouble dissociatif est toujours en lien étroit avec le comportement de l'entourage des patients. A moyen terme, il est probable que les troubles actuels persisteront sans modification notable.

- 1.6 Vu la nature des troubles présentés, est-ce que ceux-ci sont susceptibles d'amélioration ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ?

Réponse : Tout trouble psychique est par principe susceptible d'amélioration. Néanmoins, lors d'une chronification des troubles, comme dans le cas de Mme S. \_\_\_\_\_, les chances d'amélioration sont très réduites.

- 1.7 Compte tenu du trouble présenté par la patiente, quels sont les risques d'aggravation ? En cas de risque d'aggravation, quelle serait l'étendue d'une telle aggravation ?

Réponse : Comme dans ma réponse à la question précédente, j'estime que tout trouble psychique est par principe susceptible d'aggravation. Néanmoins dans le cas d'une chronification des troubles les risques d'une aggravation notable sont peu probables.

- 1.8 La situation actuelle sur le plan psychique est-elle stabilisée ?

Réponse : Depuis plusieurs mois voire depuis plus d'une année au moins les troubles psychiques sont stables. J'estime que l'on peut considérer la situation comme stabilisée.

- 1.9 Quelles pourraient être les restrictions sur un plan psychiatrique, en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à un taux réduit ?

Réponse : Comme je l'ai indiqué au § 11, p. 9 de mon rapport, j'estime que du point de vue psychiatrique, Mme S. \_\_\_\_\_ a une pleine capacité de travail et qu'il n'y a aucune restriction.

1.10 En cas de reprise d'une activité professionnelle ou d'une formation professionnelle, quels pourraient être les éventuels facteurs de mauvais pronostic ?

Réponse : Du point de vue médical et psychiatrique, il n'y a aucun facteur de mauvais pronostic. Les éventuels facteurs de mauvais pronostic seraient d'ordre non médical.

1.11 Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?

Réponse : Je n'ai aucune remarque à formuler."

Me Métille a produit les réponses apportées le 11 août 2016 par la Dresse N. \_\_\_\_\_ à un nouveau questionnaire qu'il lui avait adressé. La Dresse N. \_\_\_\_\_ a fait part de ce qui suit :

"1. De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier aux diagnostics retenus par le Dr A. \_\_\_\_\_, à savoir ceux de syndrome somatoforme douloureux et de trouble dissociatif mixte ? Dans la négative, pour quels motifs ?

Nous ne sommes pas en mesure de nous rallier au[x] diagnostic[s] retenu[s] par le Dr A. \_\_\_\_\_. En effet, Mme S. \_\_\_\_\_ présente clairement un diagnostic de trouble dépressif récurrent. La symptomatologie dépressive est actuellement sévère.

2. De même, êtes-vous en mesure d'exclure le trouble dépressif au motif que la patiente ne présente pas d'idées suicidaires, que les fonctions intellectuelles sont préservées, qu'elle assume des activités plaisantes (petits-enfants) ? Dans la négative pour quels motifs ?

Nous ne sommes pas en mesure d'exclure le diagnostic de trouble dépressif au motif que la patiente ne présente pas d'idées suicidaires, que les fonctions intellectuelles sont préservées et qu'elle assume des activités plaisantes. En effet, Mme S. \_\_\_\_\_ présente les trois symptômes qui sont les symptômes cardinaux selon la Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement et qui répondent au critère de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques. Ces trois symptômes sont les suivants :

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal présent pratiquement toute la journée et presque tous les jours ;
- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- Augmentation de la fatigabilité.

De plus, Mme S. \_\_\_\_\_ présente cinq autres symptômes dépressifs qui sont les suivants :

- Une diminution de la concentration et de l'attention ;
- Une perte de confiance en soi ;
- Des idées de dévalorisation ;
- Une attitude pessimiste face à l'avenir ;

- Une perturbation du sommeil.

Ces symptômes sont sévères et Mme S.\_\_\_\_\_ présente également des idées de persécution.

3. Etes-vous en mesure de faire état d'incohérences de la part de la patiente, au motif que ses plaintes seraient ponctuelles disparates et ne permettraient pas de les expliquer par une atteinte psychique spécifique ? Dans la négative, pour quels motifs ?  
Nous ne pouvons pas faire état d'incohérences de la part de la patiente car ses plaintes persistent dans la durée et sont tout à fait cohérentes lorsque la patiente les explique.
4. Est-il possible d'affirmer que l'attitude de régression constatée par le Dr A.\_\_\_\_\_ relèverait d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, compte tenu de ses douleurs ?  
Non, cf. réponses aux questions 1 et 2.
5. Pour le cas où le diagnostic d'état dépressif devait être confirmé, quels seraient les symptômes constatés par vos soins ?  
Cf. réponses aux questions 1 et 2.
6. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?  
Nihil."

Par avis SMR du 29 septembre 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a pris position sur le dossier. Il a estimé que le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ était probant et a proposé de constater l'absence d'incapacité de travail durable. Il a maintenu ce point de vue dans une nouvelle détermination du 15 novembre 2016.

Le 12 janvier 2017, l'OAI a soumis au conseil de l'assurée un projet de refus de prestations retenant que l'accident survenu en 2013 n'entraînait pas d'incapacité de travail supérieure à douze mois. En l'absence d'atteinte psychiatrique ou somatique, l'assurée présentait une pleine capacité de travail.

Me Métille a fait part à l'OAI de ses objections sur le projet précité, le 23 mars 2017, en demandant l'octroi d'une rente entière, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, en faveur de sa mandante. Il a par ailleurs requis l'octroi de dépens pour la procédure administrative. L'OAI a interprété cette requête comme une demande d'assistance administrative et a rendu un

projet de décision de refus de désigner d'office Me Métille, le 26 avril 2017.

Le 26 avril 2017 également, l'OAI a rendu une décision confirmant la teneur de son projet du 12 janvier 2017, refusant le droit à des mesures professionnelles et à la rente à l'assurée.

**B.** Par acte du 30 mai 2017, S.\_\_\_\_\_, représentée par Me Métille, a recouru contre la décision du 26 avril 2017. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En annexe à son écriture, le conseil de la recourante a produit les réponses apportées le 20 février 2017 par la Dresse N.\_\_\_\_\_ à un questionnaire qu'il lui avait adressé. La Dresse N.\_\_\_\_\_ a fait part de ce qui suit :

"1. Etes-vous en mesure de confirmer que le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère serait incompatible en l'absence d'idées suicidaires, respectivement lorsque les fonctions intellectuelles demeurent préservées et lorsqu'une patiente a conservé des activités plaisantes ?

Nous ne sommes pas en mesure de confirmer que le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère serait incompatible en l'absence d'idées suicidaires respectivement lorsque les fonctions intellectuelles demeurent préservées et lorsqu'une patiente a conservé des activités plaisantes. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le rapport que nous vous avons adressé en date du 11 août 2016, Mme S.\_\_\_\_\_ présente les trois symptômes qui sont cardinaux, selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, qui répondent aux critères de troubles dépressifs récurrents épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Ces trois symptômes sont les suivants :

- humeur dépressive à un degré nettement anormal, présente quasiment de manière quotidienne
- diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables
- augmentation de la fatigabilité.

De plus, Mme S.\_\_\_\_\_ présente cinq autres symptômes dépressifs qui sont les suivants :

- diminution de la concentration et de l'attention

- perte de confiance en soi
- idées de dévalorisation
- attitude pessimiste face à l'avenir
- perturbation de sommeil.

Ces symptômes sont sévères et Mme S. \_\_\_\_\_ présente également des idées de persécution. Une échelle de dépression d'Hamilton effectuée le 17 février 2017 est à 35 points, ce qui correspond à une dépression sévère (considérée lorsque les résultats se situent entre 26 et 52 points).

2. Etes-vous en mesure de confirmer le fait que pour qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère puisse être retenu, l'intéressée devrait être en présence d'autres épisodes antérieurs répertoriés ?

Selon la classification CIM-10, nous pouvons confirmer que pour qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère soit retenu, le patient devrait être en présence d'autres épisodes antérieurs répertoriés. Lors d'un consilium psychiatrique à l'Hôpital de [...], où Mme S. \_\_\_\_\_ a été examinée par nos collègues psychiatres qui exercent dans cet établissement, la notion d'un état dépressif depuis de longues années a été objectivée.

3. Est-ce que le fait que la patiente puisse éprouver un certain plaisir à voir ses petits-enfants constitue une forme d'activités plaisantes susceptibles d'exclure tout trouble dépressif récurrent, actuel sévère ?

Le fait que Mme S. \_\_\_\_\_ puisse éprouver un certain plaisir à voir ses petits-enfants et que cela constitue une forme d'activité plaisante n'exclut pas un trouble dépressif récurrent actuellement sévère. Il s'agit en fait d'une des rares choses qui procure du plaisir à la patiente et, malgré la symptomatologie dépressive sévère, l'aide à continuer à vivre.

4. Est-ce que les craintes/peurs ressenties par la patiente dans la circulation ou à l'égard des bruits de sirènes pourraient être constitutives d'une forme de régression ?

Nous ne pensons pas que les craintes/peurs ressenties par la patiente dans la circulation ou à l'égard des bruits de sirènes pourraient être constitutives d'une forme de régression. Nous estimons que ces craintes et peurs spécifiques sont plutôt consécutives à cet accident, vécu comme un traumatisme majeur.

5. Toutes autres remarques utiles ?

Nihil."

La recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise (psychiatrique) par le tribunal. Me Métille a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 29 juin 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

La recourante a maintenu ses conclusions au terme de sa réplique du 15 août 2017, dont un exemplaire a été transmis à l'OAI pour son information.

Le 16 août 2017, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 30 mai 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Métille.

Le 5 octobre 2017, le magistrat instructeur a rejeté la demande d'expertise judiciaire de la recourante sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve d'un avis contraire de la Cour lorsque la cause lui serait soumise.

Le 11 octobre 2017, Me Métille a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie 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. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014.

**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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Il 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C\_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic

émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C\_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

**4.** En l'occurrence, sous l'angle médical, l'intimé a considéré au terme de ses investigations que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail notable en raison d'atteintes à la santé physique ou psychique. Sur le plan somatique, il s'est fondé à juste titre sur les rapports des Drs D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Dans ses écritures, la recourante ne conteste pas cet aspect de la décision litigieuse et ne soutient pas qu'elle présente une atteinte à la santé physique entraînant une incapacité de travail notable. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ce point. En revanche, la recourante conteste la valeur probante des expertises des Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ et se réfère aux constatations de son médecin traitant, des Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, ainsi que de la Dresse N.\_\_\_\_\_, relatives à une incapacité de travail totale en raison d'atteintes à sa santé psychique. Elle requiert qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par le tribunal.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**b)** Le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

**6. a)** La recourante soutient, d'abord, que le Dr F.\_\_\_\_\_ aurait été désigné en violation de son droit d'être entendue et en violation des règles prévues par la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales. Elle n'étaye toutefois cette affirmation par aucune allégation de fait concrète relative au déroulement de la procédure en matière d'assurance-accidents, lors de laquelle le Dr F.\_\_\_\_\_ a été désigné. On observera dans ce contexte qu'elle était à l'époque déjà représentée par Me Métille. En l'absence de motivation plus

précise, il n'y a aucun motif de constater que le Dr F.\_\_\_\_\_ aurait été désigné en violation du droit d'être entendu de la recourante.

**b)** La recourante voit également une violation de son droit d'être entendue dans le fait que le Dr A.\_\_\_\_\_ a omis, dans un premier temps, de répondre à son questionnaire. D'après la recourante, le Dr A.\_\_\_\_\_ aurait été influencé par un questionnaire très orienté de la part de l'intimé, sans qu'elle ait pu d'emblée rétablir l'équilibre par son propre questionnaire. Ce grief n'est pas fondé. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a «oublié» de répondre au questionnaire de la recourante, certes, mais rien ne permet de constater qu'il aurait été influencé de manière déterminante par un questionnaire orienté de l'OAI. Il n'est pas nécessaire, dans ce contexte, de se prononcer sur le point de savoir si le questionnaire de l'OAI gagnerait à être formulé de manière différente et pourrait être plus neutre. En effet, quoi qu'il en soit, le Dr A.\_\_\_\_\_ a de toute évidence procédé à une expertise selon une structure dont il a l'habitude. Dans le cadre de cette structure, le Dr A.\_\_\_\_\_ a d'emblée posé les constatations nécessaires à une bonne compréhension de la cause, notamment l'anamnèse, ses constatations cliniques, le ou les diagnostics admis et réfutés (de manière motivée), une discussion relative à la cohérence des plaintes de l'assurée et une appréciation motivée relative à la capacité résiduelle de travail. Il a ensuite répondu aux questions de l'intimé essentiellement en renvoyant aux passages topiques de son expertise. On peut donc exclure que la formulation des questions de l'intimé a influencé l'expert de manière déterminante. La recourante ne précise au demeurant pas quelles questions précises elle remet en cause. Enfin, au vu des questions relativement standards proposées par la recourante, on voit mal qu'elles auraient pu conduire l'expert à des constatations différentes s'il y avait répondu d'emblée plutôt que dans un rapport complémentaire.

**7. a)** Les constatations et conclusions des rapports des 28 août 2014 et 7 avril 2016 des experts F.\_\_\_\_\_, respectivement A.\_\_\_\_\_, reposent sur des études circonstanciées du cas d'espèce et des examens complets, et prennent également en considération les plaintes de

l'assurée. Elles ont été établies en pleine connaissance du dossier, sont le fruit d'avis clairs et probants de spécialistes et sont dûment motivées. Ces expertises diligentées par des spécialistes en psychiatrie ont été établies selon les règles de l'art et remplissent les réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5a supra).

**b)** Le rapport du 2 juin 2014 des Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, de même que les réponses de la Dresse N.\_\_\_\_\_ aux questionnaires de Me Métille, sont relativement succincts et ne suffisent pas à mettre en doute les constatations des Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ n'étaient guère leur diagnostic d'épisode dépressif sévère. Ils ne l'évoquent, dans la partie discussion, qu'en constatant une symptomatologie psychotique de longue date, s'inscrivant « probablement » sur un état dépressif sévère depuis de longues années. Ils précisent que les mécanismes de défense sont de type psychotique « possiblement contre un effondrement dépressif ». Au vu du manque de constatations cliniques étayant clairement ces hypothèses, et l'absence de suivi régulier par un psychiatre (au moins jusqu'en 2015), ce rapport est insuffisant pour convaincre la Cour de céans de l'existence d'un état dépressif grave ou de la nécessité d'une instruction complémentaire sur ce point, compte tenu des avis contraires des Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Il en va de même des diagnostics de schizophrénie et de symptômes psychotiques, réfutés de manière convaincante par les Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_.

Les réponses de la Dresse N.\_\_\_\_\_ aux questionnaires de Me Métille ne contiennent pas d'anamnèse et l'on ignore si ce médecin disposait d'un dossier complet. La description des constatations cliniques est également très brève. La Dresse N.\_\_\_\_\_ affirme, sans toutefois l'étayer clairement par des références à l'anamnèse, aux pièces du dossier ou à des constatations cliniques, que plusieurs symptômes permettant de constater un épisode dépressif sévère sont présents. On ignore d'ailleurs si elle est régulièrement consultée par l'assurée, ce qui ne semble toutefois pas avoir été le cas avant la fin de l'année 2014, en l'absence de

tout document médical établi par ce médecin avant le 27 février 2015. Le Dr A. \_\_\_\_\_ expose, au contraire, pourquoi il estime que les critères permettant de poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère ne sont pas remplis. Il observe notamment qu'il n'y a pas d'idées suicidaires ni de troubles du sommeil ou de l'appétit. La recourante éprouve encore du plaisir à certaines activités, en particulier avec ses petits-enfants et son mari. Le Dr F. \_\_\_\_\_ avait lui aussi mis en évidence l'absence d'anhédonie. Le Dr A. \_\_\_\_\_ procède de même pour les autres diagnostics psychiatriques qu'il réfute, comme le Dr F. \_\_\_\_\_.

Au final, les rapports des médecins traitants auxquels se réfère la recourante dénotent, certes, une appréciation très différente de l'état de santé de la recourante, ce qui se traduit dans les diagnostics posés et l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, mais sont insuffisamment motivés pour remettre en doute les appréciations des deux experts successivement appelés à se prononcer par R. \_\_\_\_\_ SA puis par l'assurance-invalidité. Les diagnostics posés par les deux experts divergent certes quelque peu, puisque le Dr F. \_\_\_\_\_ fait état d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et évolution d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, alors que le Dr A. \_\_\_\_\_ mentionne un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr F. \_\_\_\_\_ rejoint néanmoins l'appréciation du Dr A. \_\_\_\_\_ relative à un trouble dissociatif mixte lorsqu'il mentionne, dans sa discussion, une forme d'hystérisation ou de « névrose de compensation ». Les deux rapports traduisent l'absence de gravité attribuée par les Drs F. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ à l'état de santé psychique de la recourante, ce qui entraîne la négation, par les experts, d'une incapacité de travail en raison des atteintes à la santé psychique qu'ils constatent. Dans ce contexte, le Dr F. \_\_\_\_\_ a insisté sur le bénéfice secondaire des atteintes à la santé, pour la recourante, ce qui plaide en défaveur de la reconnaissance d'une incapacité de travail. Pour sa part, le Dr A. \_\_\_\_\_ a mis l'accent sur l'incohérence de l'absence de demande de soins sur le plan psychique et l'incapacité de travail totale alléguée ou, formulé autrement, entre les angoisses diffuses et peu spécifiques exprimées par la recourante ainsi

que sa régression — elle s'estime incapable d'effectuer des activités sans son époux —, d'une part, et son indifférence face à la gravité présumée de l'atteinte à la santé, d'autre part. Il souligne que la recourante ne mentionne aucune souffrance particulière liée à son fonctionnement social ou professionnel. De ce point de vue également, l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par les experts doit être suivie.

**c)** La recourante conteste encore la valeur probante de l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_ au motif qu'il n'aurait pas remis en question l'importante médication prescrite par ses médecins traitants. Il aurait pourtant dû le faire, toujours selon la recourante, s'il n'avait pas constaté d'atteinte grave à la santé. Le Dr A. \_\_\_\_\_ n'était toutefois pas invité à se prononcer sur l'adéquation de la médication prescrite à la recourante. Il a au demeurant mis en doute cette adéquation en précisant que le traitement prescrit n'était pas optimal et qu'une psychothérapie serait mieux adaptée, mais difficile à mettre en place pour une patiente qui, en fait, ne demandait aucun traitement. Au vu des motifs de l'expertise et des questions qui lui étaient adressées, on ne saurait lui reprocher de n'avoir pas proposé plus précisément une modification de la médication prescrite à la recourante. Le Dr F. \_\_\_\_\_, pour sa part, a clairement exprimé son scepticisme quant à cette médication. Sur ce point également, l'argumentation de la recourante ne peut pas être suivie.

Sur le vu de ce qui précède, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise psychiatrique judiciaire formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée.

**8.** La recourante soutient qu'une reprise du travail ne pouvait plus être exigée d'elle compte tenu de son âge au moment de l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_ (soixante ans et quatre mois). Elle se réfère sur ce point, notamment, à différents arrêts du Tribunal fédéral d'après lesquels il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du travail équilibré. Le

point de savoir si l'assuré est proche de la retraite au sens de la jurisprudence dépend de l'âge de l'assuré lorsque l'état de fait a pu être établi, sur le plan médical, par exemple au moment où l'expertise déterminante a été rendue (ATF 138 V 457). La recourante perd toutefois de vue que cette jurisprudence est applicable si un assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et doit se reclasser professionnellement en raison de son état de santé. En l'espèce, la recourante a recouvré sa capacité de travail dès le mois d'août 2014, selon le Dr F. \_\_\_\_\_. Elle a, certes, perdu son emploi, mais elle n'est pas tenue d'entreprendre une reconversion professionnelle et peut reprendre son ancienne activité professionnelle. La jurisprudence à laquelle elle se réfère n'est donc pas applicable. Sur ce point également, le recours est donc mal fondé.

**9.** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**b)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille. Sur la base de la liste des opérations du 11 octobre 2017 produite, il

convient d'arrêter à 1'948 fr. 70 l'indemnité de Me Métille, somme à laquelle s'ajoute la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'104 fr. 60, arrondi à 2'105 fr., pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

**d)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [Règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Métille est arrêtée à 2'105 fr. (deux mille cent cinq francs), TVA comprise.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :