

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mai 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux, juge, et M. Gutmann, juge assesseur  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Sara Gardina, avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 44 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, de nationalité portugaise, résidant en Suisse depuis le 14 février 1988, sans formation professionnelle, a travaillé en tant que serveuse au Café [...], à [...], du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 30 novembre 2010.

Il ressort d'un rapport établi le 7 janvier 2011 par les Drs K.\_\_\_\_\_, alors chef de clinique-adjoint à l'Hôpital psychiatrique [...], et R.\_\_\_\_\_, médecin assistante, à l'intention de l'assurance perte de gain de l'assurée, [...] SA, que l'intéressée a été hospitalisée du 8 au 26 novembre 2010 en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse dépressive.

Le 28 janvier 2011, l'assurée a rempli et signé un formulaire de demande de prestations AI pour adultes, faisant état d'un état dépressif réactionnel à la suite d'une problématique professionnelle, d'une sous-lombalgie et de migraines. Elle a exposé être en incapacité totale de travail depuis le 19 juillet 2010.

Le 28 février 2011, la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport dans lequel elle a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressivo-anxieux réactionnel à une problématique professionnelle.

Dans un rapport du 3 mars 2011, les Drs K.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont confirmé leur précédent diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, existant depuis le mois de juin 2010. Ils ont indiqué que l'assurée était suivie depuis plusieurs mois par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive développée à la suite d'un mobbing en milieu professionnel.

Le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a produit un rapport du 7 mars 2011, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthralgies et de lombalgies, relevant que l'assurée avait des difficultés à porter et à se déplacer, souffrant en outre d'anxiété. Il a annexé à son rapport un courrier adressé le 22 novembre 2010 à l'Hôpital psychiatrique [...], dont il ressort qu'un examen neurologique conduit le 18 novembre 2010 était dans les limites physiologiques. Il a en outre joint deux rapports (IRM/ARM cérébrales et scanner cérébral) établis le 16 février 2011 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, qui ont mis en évidence une petite calcification située dans la région postéro-inférieure du lobe occipital droit.

Le 8 mars 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport, dans lequel il retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs sévères et de troubles anxieux et dépressifs mixtes.

Sur mandat de l'assureur perte de gain, le Dr M.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), avec la psychologue [...], a rendu le 31 mars 2011 un rapport d'expertise psychiatrique de l'assurée. Posant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive de gravité légère à moyenne prenant racine sur une personnalité sub-dépendante sub-décompensée, il a estimé que l'intéressée était en mesure de reprendre une activité professionnelle complète chez un autre employeur, à 50% au plus tard le 15 mars 2011 puis éventuellement à plein temps dès le début du mois d'avril 2011. L'expert M.\_\_\_\_\_ a retenu un score de 17 au test psychométrique de Hamilton (hétéro-évaluation) correspondant à une dépression légère et un score de 21 au test de Beck (auto-évaluation) correspondant à une dépression modérée. Il a relevé que le résultat du test de Hamilton et l'examen clinique plaidaient pour une symptomatologie dépressive légère à moyenne, mais que le test de Beck et tous les facteurs du Symptom Check-list SCL-90R (réd. : questionnaire à remplir par le patient concerné), y compris les traits psychotiques et les traits paranoïaques, étaient fortement pathologiques. Selon l'expert, ce type de profil évoluait

généralement vers une tendance à la dramatisation ou à l'amplification des symptômes, ce qui pouvait expliquer une discordance potentielle d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant.

Toujours dans le cadre de l'assurance perte de gain, l'assurée, par la plume de sa protection juridique, a contesté les constatations du Dr M.\_\_\_\_\_ quant à la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle par lettre du 3 juin 2011, produisant deux rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ des 9 et 10 mai 2011. La première relève que le rapport d'expertise semble assez cohérent, la reprise de l'activité étant toutefois prématurée. Le second conteste la gravité de l'épisode dépressif léger ou moyen retenue par l'expert, estimant qu'elle est majeure et sévère; il reproche en outre à l'expert de n'avoir pas tenu compte de l'évolution négative de l'état de santé de l'assurée en retenant une capacité de travail de 50% dès le mois de mars 2011.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise complémentaire le 14 juillet 2011, maintenant ses constatations. Il a relevé que la discordance entre son appréciation et celle des médecins traitants de l'assurée était attendue dans la situation de l'assurée, mais qu'aucun élément nouveau ne lui permettait de reconsidérer sa position.

Dans une lettre de sortie du 23 février 2012, les Drs P.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et N.\_\_\_\_\_ (médecin assistante), ont exposé que l'assurée avait été hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique [...] en mode volontaire du 7 au 10 janvier 2012, pour une mise à l'abri d'idées auto-agressives et hétéro-agressives sur une consommation massive d'alcool. Ils ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire et de difficultés liées à l'emploi et au chômage.

L'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en œuvre une expertise, finalement confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 mars

2013, celui-ci a observé une humeur dépressive de manière fluctuante et une labilité affective, relevant en outre notamment ce qui suit :

"(...) **V. Constatations cliniques :**

**1. Observations cliniques par l'expert**

L'assurée se présente ponctuellement (réd. : à) l'examen prévu. Elle est accompagnée de son mari qui a assumé le trajet et pris congé pour la conduire.

Il s'agit d'une femme de taille moyenne, de corpulence normale, faisant son âge (48 ans au moment de l'expertise). Elle est habillée d'une manière sobre, elle porte plusieurs bijoux discrets et elle est soignée sur sa personne.

L'assurée est souriante aux présentations, aimable et ouverte. Sa poignée de main est normalement forte, sans moiteur. Il n'y a pas de ralentissement moteur à observer, les pas sont normaux, il existe une certaine souplesse. En position assise, elle reste d'une manière stable sur le fauteuil, assise souvent un peu penchée en avant, parfois avec une intensification pour s'exprimer et convaincre.

L'assurée est collaborante, il n'y a pas de signes d'exagération et de démonstration, mais il existe une nette accentuation pour la partie où elle se sent souffrante ou lésée. Nous observons ici qu'elle dévie du focus initial d'une question pour amener ce qui lui paraît important dans ce sens-là. Elle est d'une manière générale très habitée par des sentiments d'injustice (expertise précédente, assurance, ex employeur et le processus vécu qu'elle nomme harcèlement). Elle est d'ailleurs, en contacts avec ces sujets, très vite émotionnée, en partie en larmes.

L'assurée s'exprime dans un français correct, elle dispose d'un bon vocabulaire et elle parle avec un discret accent. Sa voix est normalement forte, modulée selon les émotions. Son débit est normal, parfois accentué.

Il n'y a pas de difficultés de concentration, de l'attention ni de la mémoire dans les parties où elle est euthymique (cf. ci-dessous), elle est par contre légèrement dysfonctionnelle dans les parties où elle est émotionnée comme décrit. Il y a ici tout à coup un manque de mots ou d'expressions, quelques confusions, un discours moins structuré, des inattentions et des précipitations. Très vite, remarquant elle-même ses dysfonctionnements, elle s'énerve et accentue ainsi les phénomènes momentanément.

L'intelligence est dans la norme.

L'assurée n'est pas particulièrement fatiguée et ne fatigue pas durant la durée d'observation.

En principe ses réponses aux questions et récits sont structurées et compréhensibles. Exceptions font ici les passages de perturbations mentionnées.

Les capacités de raisonnement et de jugement sont préservées.

Il existe une bonne fluidité idéique. L'assurée est plutôt proactive dans l'expression.

Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique. L'assurée n'est pas en proie à des délires ou hallucinations. Il n'y a pas de symptômes négatifs.

Sur le plan affectif, l'assurée est très émotive et fait souvent de rapides changements entre euthymie, sourires, moments amusés et tristesse, larmes et thymie abaissée. Ces dernières phases de thymie abaissée sont toujours liées à des sujets subjectivement pénibles, des événements vécus douloureusement et l'évocation de personnages qui l'ont déstabilisée. Ainsi, la réactivité et l'oscillation émotionnelle sont accentuées mais il n'existe pas de fixation thymique.

L'assurée valorise des relations et choses émotionnelles positives. Elle ne se projette que très prudemment dans l'avenir restant très fixée sur les blessures vécues et ses besoins de réparation.

L'énergie vitale est bien palpable. Quelques ouvertures pour des plaisirs et les choses de la vie sont mentionnées.

L'assurée n'est pas particulièrement anxieuse en situation d'examen. Il existe une phase initiale de légère crispation, mais qui se dissipe par la suite. Des manifestations neurovégétatives sont observables en lien avec l'émotion accentuée : rougissement, tremblement des mains et respiration irrégulière, parfois avec accentuation de type hyperventilation.

Il n'y a pas d'émotions agressives ou colériques.

Il s'agit d'une personnalité compensée. Elle se situe dans un registre de souffrance personnelle accentuée, associée à une forte demande de réparation. Par ailleurs, la situation actuelle est bloquée dans le sens que deux procédures sont pendantes à la justice et desquelles l'assurée espère ladite réparation.

Autrement, dans la relation directe, elle est adéquate. Elle n'est pas particulièrement défensive. La distance interpersonnelle est correctement gérée.

(...)

## **VII. Discussion :**

En ce qui concerne nos propres analyses de la situation clinique en question, il nous paraît important de souligner que nous favorisons des approches diagnostiques qui différencient les informations venant de l'expertisée de celles observées par l'expert. Les premières sont susceptibles d'être influencées par des facteurs extra médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale.

Pour ces mêmes raisons, nous ne travaillons pas d'entrée avec les échelles « classiques », par exemple l'échelle de dépression de Hamilton (qui contient par exemple 13 critères sur les 21 issus de l'auto-évaluation), même si elles sont dites « hétéro-évaluation ». Il est de même pour d'autres questionnaires d'auto-évaluation (index de satisfaction travail, index de tension, soutien social perçu, score EPICE, mental health index, EVA, douleurs, ect.).

Nous favorisons les critères établis dans la Classification internationale des Maladies, version actuelle 10, issus du travail continu de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé, affinés dans les « Critères diagnostiques pour la recherche » (WHO/OMS Genève, Masson 1994).

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne une femme de maintenant 48 ans qui est depuis plus de deux ans en arrêt de travail.

S. \_\_\_\_\_ est issue d'une famille nombreuse du Portugal où elle a vécu une enfance sans carence affective majeure ni traumatisme. Elle a fait une scolarité basique, elle a travaillé en tant que fille au pair, elle est venue en Suisse à l'âge de 17 ans, d'abord en tant que saisonnière, à partir de 1988, permanente. Elle s'est assez vite

adaptée à son nouvel entourage, elle a appris le français (plus tard aussi l'italien), elle a travaillé d'abord en arrière-fond d'un hôtel, ensuite aussi en tant que sommelière, activité qui est devenue par la suite en quelque sorte sa profession. Elle a travaillé dans ce domaine dans plusieurs établissements en Suisse romande et elle a été pendant dix ans co-tenancière avec son mari d'un établissement public. En quelque sorte, il s'est créé ici une identité personnelle et professionnelle très forte d'être compétente dans la restauration, ce qui explique l'intensité de la réaction au moment où elle a été critiquée par son dernier patron.

Pratiquement depuis son arrivée en Suisse, elle a été dans un lien très personnalisé avec son dernier, [...] et sa famille. Elle et plusieurs de ses frères et sœurs ont travaillé chez ce couple, se sont aussi occupés des enfants de la famille [...] et en quelque sorte l'assurée a presque fait partie de la famille.

Ces liens très positifs et de longue date ont été brisés progressivement entre 2009 et 2010. Suite au divorce de son patron, ce dernier s'est lié à une autre femme qui a pris en finalité la place de S. \_\_\_\_\_ dans l'établissement. Selon ses descriptions, l'assurée a été pendant toute cette période confrontée à des critiques injustifiées, des remarques dégradantes, un ensemble qu'elle a caractérisé comme mobbing. Durant cette même période elle a été confrontée à des symptômes de la ménopause avec acné et forte transpiration. Tout ceci n'a pas aidé pour sa confiance en elle-même et en finalité, il y a eu ici aboutissement vers un état anxio-dépressif. Jusqu'ici et pour ce terme, il y a un consensus entre tous les intervenants, l'assurée elle-même, les médecins de l'hôpital, son psychiatre traitant et son médecin généraliste traitant.

Son licenciement prononcé en octobre 2011 l'a conduite deux semaines après à une hospitalisation à la clinique psychiatrique [...]. Les descriptions des médecins de cet établissement sont très claires : avec des mesures thérapeutiques mises en place, une nette amélioration des symptômes à tous les niveaux, anxiété, sommeil et thymie a été constatée. Le diagnostic était celui d'un trouble de l'adaptation, donc sans notion d'atteinte durable.

Par la suite, il y a eu une recrudescence de la perturbation anxio-dépressive dans le sens que l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et les conclusions annoncées de ce dernier ont provoqué une nouvelle aggravation de la situation. Vu avec distance, les descriptions du médecin ressemblent à un deuxième trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, surajoutée au premier, suite au licenciement. Ensuite, les avis des médecins ont divergé : si le médecin traitant a rejoint sur le principe les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ (mais en nuancant le temps de reprise nécessaire), le psychiatre traitant a argumenté un état dépressif sévère et semble avoir rejoint la vision dramatique de la patiente. Ce clivage est en vigueur jusqu'à aujourd'hui.

La situation est compliquée par le fait que S. \_\_\_\_\_ a déclenché deux plaintes à la justice. D'une part, il y a la contestation des conclusions de l'expert M. \_\_\_\_\_ et une lutte pour une plus longue reconnaissance de l'incapacité de travail. D'autre part, il y a une plainte pendante contre son ex employeur pour harcèlement moral et licenciement abusif. Apparemment (information orale de S. \_\_\_\_\_) une séance a eu lieu en 2012 mais sans aboutir à une

décision de justice. Elle nous a transmis aussi que le juge serait en attente de notre rapport d'expertise et d'autres informations du [...] pour décider. Nous nous trouvons donc dans une situation de fortes influences conflictuelles et dans un risque d'être instrumentalisé.

Ce que S. \_\_\_\_\_ a mis sous silence lors de notre examen était le fait qu'il existe de longue date aussi un conflit de couple plutôt massif. Nous avons appris à travers les nouveaux documents de l'hôpital [...] qu'il y avait en 2011 la découverte d'une relation extraconjugale du mari. Ceci a conduit à une nouvelle décompensation anxio-dépressive avec une association à une consommation excessive d'alcool.

A nouveau les diagnostics étaient circonstanciels et avec évocation d'un trouble de l'adaptation. A la fin de l'hospitalisation une séparation a été annoncée, mais apparemment pas effectuée. S. \_\_\_\_\_ nous a parlé uniquement d'un certain « éloignement ».

En ce qui concerne la situation médico-psychiatrique actuelle, nous nous sommes trouvés en face d'une patiente avec de nombreuses plaintes du côté somatique, voire une dominance des aspects somatiques. Elle évoquait des migraines, des tremblements, des douleurs de dos, des douleurs à la poitrine, kystes, hypertension etc. Pour elle, subjectivement, c'est surtout les tremblements des mains qui empêcheraient une reprise d'activité en tant que sommelière.

Son discours était autrement centré sur son vécu douloureux chez son ex employeur et elle était à l'évocation de ces problématiques très émotionnée et partiellement en larmes. Les blessures narcissiques la préoccupent visiblement encore beaucoup et l'aspect qui est accentué par ladite mise en question de son identité de sommelière.

On observation directe, son état psychique était plutôt compensé. En dehors des fluctuations émotionnelles mentionnées, elle pouvait être souriante, aussi normo-thymique, il n'y avait pas de dysfonctionnements cognitifs à constater et elle était assez proactive dans son expression. Elle ne manquait pas d'élan vital et elle a évoqué un certain nombre d'ouvertures pour les choses de la vie et des plaisirs. La description de son quotidien et de ses interactions sociales n'a pas relevé de dysfonctionnements majeurs. Finalement elle a très bien résumé elle-même son état émotionnel dans la phrase : « *Les consultations chez la Dresse [...] me font du bien, comme chez vous, je pleure un bon coup, ensuite je suis mieux* ».

L'assurée était observante, nous avons fait un dosage de l'antidépresseur qui a montré un taux non seulement correct mais « super correct ». Ceci dit, le taux sérique du Cipralex était très supérieur à la norme, ceci probablement lié à la quantité de la prescription et à une métabolisation individuelle diminuée. Ces résultats nécessitent adaptations et corrections.

En résumé, il ne s'agit donc pas d'un état dépressif dans le sens clinique et décompensé. Pour clarifier ce point litigieux, voici l'application des critères OMS :

**Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F32, critères pour recherche, édités par l'OMS**  
 Conditions de base : G1 : épisode doit persister au moins deux semaines  
 G2 : absence de critères maniaques ou hypomaniaques  
 G3 : pas de substance psycho-active, pas de trouble mental organique  
 En parenthèses les critères du système AMDP cité, correspondants au plus près

CRITERE	DEFINITION	OBSERVATIONS pour la personne en question
B 1	Abaissement de l'humeur (tristesse), humeur dépressive, inhabituel, à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans large mesure sans influence des circonstances, persistant au moins pendant 2 semaines (AMDP : 63)	Ce n'était pas le cas dans le passé et ce n'est pas le cas actuellement
B 2	Diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (AMDP : pas d'équivalent direct)	Non, il existe différents intérêts et plaisirs
B 3	Perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles (AMDP : 62, 80, 81, R 12)	Non, l'énergie vitale est bien présente et palpable
C 1	Perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (AMDP : 71)	Oui, diminution de la confiance en soi
C 2	Sentiments injustifiés de culpabilité ; culpabilité excessive ou inappropriée (AMDP : 73)	Non, la culpabilité mentionnée est circonscrite (fille, circonstances hospitalisation)
C 3	Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires ; comportement suicidaire (AMDP : 46, 95)	Non
C 4	Diminution notable à penser ou se concentrer (AMDP 11, 12)	Non
C 5	Modification psychomotricité : agitation ou ralentissement (signalée ou observée) (AMDP : 80-84), échelle de ralentissement EDR	Légère agitation, fluctuante comme l'humeur
C 6	Perturbation du sommeil importante (AMDP : échelle somatique 101-105)	Non, sommeil presque toujours continu
C 7	Modification appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante (AMDP : échelle somatique 106)	Non

**Classification des dépressions selon gravité**

Dépression légère	2 critères B	Total au moins 4
Dépression moyenne	2 critères B	Total au moins 6
Dépression grave	3 critères B	Total au moins 8

**Conclusion : les critères pour un état dépressif ne sont pas remplis**

On se trouve donc en résumé dans une situation avec fluctuations émotionnelles, moments de déprime, ce qui est équivalent à un état de dysthymie. Si un état dépressif de plus grande intensité avait existé auparavant (ce que nous ne pouvons théoriquement pas exclure), il est au stade actuel compensé à ce niveau plutôt bénin. Ce n'est donc en aucun cas l'état thymique qui empêche une activité professionnelle.

Nous avons compris une bonne partie des manifestations somatiques sous forme d'une expression secondaire de la conflictualité qui a opposé l'assurée et son ex employeur et plus tard l'expert précédent (aussi en lien avec le conflit de couple). Il ne s'agit pas de somatisations dans le sens propre et défini du terme et surtout pas d'une entité psychiatrique indépendante. Le lien le plus proche entre ces manifestations et l'état psychique passe par l'anxiété ;

La déstabilisation dans ses automatismes, sa confiance professionnelle et surtout les tremblements, peut être compris comme une expression anxieuse et secondaire. Ceci dit, avec la longueur de l'absence d'activité professionnelle, rien n'a pu se faire

sur le plan de la réparation, ou du reconditionnement professionnel. Comme souvent, plus la personne est éloignée de ses activités et aptitudes, plus le hiatus s'agrandit, plus les symptômes se pérennisent. Une fin de ce processus n'est pas en vue puisque les procédures à la justice (et dans le couple) sont toujours pendantes. Toute cette incertitude entretient évidemment le maintien des symptômes.

L'assurée (et à quelques endroits de leurs rapports, aussi les médecins) n'a pas complètement exclu une reprise d'activité. Tout en excluant celle de sommelière, elle a signalé qu'elle regarde de temps en temps les annonces pour trouver une activité alternative, par exemple comme employée de la [...]. Ceci veut dire qu'elle se positionne mentalement dans une aptitude, ce qui correspond finalement tout à fait à son état objectivement constaté.

### **VIII. Diagnostic et conclusions :**

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement :

- 1. Dysthymie (34.1)**
- 2. Etat anxieux d'intensité légère (F41.1), associé à**
- 3. Dysfonctionnements neurovégétatifs somatoformes (F45.3).**

Comme analysé ci-dessus, les trois diagnostics mentionnés sont les suites du trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte qui s'est déroulée avec trois pics. La situation est jusqu'à aujourd'hui extrêmement surchargée par des facteurs extra médicaux, notamment le désir de réparation, le déconditionnement et les procédures pendantes à la justice.

En faisant abstraction de ces facteurs, on peut clairement déterminer qu'il existe d'un point de vue médico-théorique une capacité de travail entière pour toutes les activités accessibles avec les formations et expériences de l'assurée. À notre avis, ceci inclut aussi les problèmes de tremblements que nous avons interprétés comme une manifestation secondaire de l'anxiété sous-jacente dans l'exercice de sa profession, donc indirectement liée au processus de déconditionnement. Formulé à l'envers, ceci veut dire que si l'assurée travaillait dans un entourage rassurant et normal, très probablement les tremblements disparaîtraient. Si tel n'était pas le cas, il est tout à fait imaginable que l'assurée s'adapte à d'autres contextes professionnels dans des domaines non qualifiés ou peu qualifiés.

Pour ce qui concerne le passé, il y a peu de modifications à apporter à l'appréciation de l'expert précédent. Tout au plus, et ici nous pouvons suivre le médecin traitant, on peut admettre que la deuxième période de trouble de l'adaptation, liée à l'expertise même, a retardé le processus de réinsertion. Nous estimons que la durée de la résorption de cette problématique n'aurait pas dépassé la durée de trois mois. Il (réd. : en est) est de même pour le dernier épisode de trouble de l'adaptation (début 2012).

En analogie l'on peut faire les mêmes constats pour le conflit de couple qui est maintenant plus ou moins chronique. Il ne conduit pas

à une incapacité de travail ; il influence toutefois la perception personnelle, une certaine morosité et crainte pour l'avenir. Bien entendu, il s'agit d'une évaluation médico-théorique pure car dans la réalité, les facteurs extra médicaux ont dominé. (...)"

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_ dans un avis médical du 9 avril 2013, retenant que la capacité de travail de l'assurée avait en tout temps été pleine et entière dans toute activité.

Le 11 juillet 2013, l'OAI a établi un projet de décision tendant au refus de reclassement et au refus de rente d'invalidité, l'assurée présentant une capacité de travail entière dans toute activité.

Par lettre du 18 novembre 2013, la recourante a contesté les constatations de l'expert L.\_\_\_\_\_, lui reprochant de ne pas avoir accordé l'importance adéquate au diagnostic de dépression récurrente, ni à sa symptomatologie et à l'impact du pronostic. Elle a fait valoir que le diagnostic de trouble dépressif était dans son cas plus adéquat que celui de dysthymie.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est prononcé sur cette missive dans un avis médical du 27 janvier 2014, exposant qu'aucun élément médical n'étayait les allégations de l'assurée.

Par décision du 15 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet du 11 juillet 2013, dont il a repris les motifs.

**B.** Par acte du 19 juin 2014, S.\_\_\_\_\_, désormais assistée de l'avocate Sara Giardina, a interjeté recours contre cette décision – qu'elle soutient avoir reçue le 20 mai 2014 –, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le 8 février 2011 et que des mesures de reclassement sont mises en œuvre en sa faveur. Invoquant l'arrêt I 590/05 du 27 février 2007, elle a soutenu que les éléments au dossier attestaient d'une dépression, en tout cas d'une atteinte psychique

entraînant une invalidité. Relevant que l'expert L.\_\_\_\_\_ n'avait pas pu se déterminer sur l'aspect neurologique de ses tremblements des mains, qu'il n'avait pas motivé la non-prise en compte du constat de thymie dépressive et de labilité affective dans ses conclusions et qu'il n'avait pas procédé à un test de Hamilton, elle a remis en cause la valeur probante de ses constatations. Elle a produit un rapport établi le 6 juin 2014 par le Dr H.\_\_\_\_\_ appuyant ses allégations, ce praticien soulignant en outre l'absence d'antécédents dépressifs avant le conflit professionnel de l'année 2010 et le fait que les deux hospitalisations aux mois d'octobre 2011 et janvier 2012 attestaient d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble anxieux important. "Subsidiairement", la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire.

A l'appui de sa réponse du 11 septembre 2014, l'intimé a produit un avis médical établi le 31 août 2014 par le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR, qui a relevé que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'avait pas argumenté ses contestations relatives aux diagnostics posés par l'expert L.\_\_\_\_\_, et qu'il n'apportait aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise. L'intimé a fait siennes ces constatations.

Répliquant le 6 octobre 2014, la recourante a remarqué que l'intimé ne s'était pas prononcé sur les incohérences qu'elle avait relevées dans le rapport d'expertise. Elle a fait valoir qu'elle avait effectué un jour d'essai dans un hôtel, mais ne pas avoir pu stabiliser ses mains ni mémoriser les actions à exécuter. Elle a produit trois pièces, dont une attestation de l'hôtel concerné et un rapport d'expertise judiciaire rendu le 16 octobre 2013 devant le Tribunal d'arrondissement de [...] par les Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, qui ont notamment fait les constatations suivantes :

"(...) **DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES (...)**  
□ Episode dépressif au décours (F32.1)

#### **DISCUSSION**

Nous sommes en présence d'une femme de quarante-huit ans, originaire du Portugal, mariée, mère d'une jeune fille âgée de vingt-trois ans. Sans formation professionnelle, S.\_\_\_\_\_ a exercé une

activité dans la restauration durant de nombreuses années, en tant que serveuse. Elle a par ailleurs tenu un restaurant avec son mari durant une dizaine d'années. Depuis le mois de juillet 2010, elle est à l'arrêt de travail à 100%. La présente expertise est demandée dans le cadre d'un conflit de travail qui l'oppose à son dernier employeur.

Durant la période de son activité de serveuse au Café [...], S. \_\_\_\_\_ rapporte notamment un vécu d'humiliation, d'injustice, d'incompréhension. Dans ce contexte, elle développe des symptômes de nature principalement dépressive et anxieuse qui mènent à un arrêt de travail dès le mois de juillet 2010.

Par la suite, S. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi spécialisé auprès du Docteur H. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, avec introduction d'un traitement psychotrope antidépresseur et anxiolytique. Elle bénéficie également d'une psychothérapie auprès d'une psychologue travaillant dans le cabinet médical du Docteur H. \_\_\_\_\_. A deux reprises, une péjoration de l'état de santé psychique de S. \_\_\_\_\_ entraîne une hospitalisation en milieu psychiatrique. La deuxième hospitalisation fait suite notamment à des difficultés conjugales, dont il reste par ailleurs difficile d'en préciser l'origine. Par la suite, selon informations dont nous disposons, l'état de santé psychique de S. \_\_\_\_\_ est décrit comme légèrement amélioré ces derniers mois.

Le tableau clinique actuel se caractérise notamment par des manifestations anxieuses, une labilité émotionnelle, des troubles de la mémoire et de la concentration (qui s'améliorent), ainsi que des douleurs multiples, sans substrat organique (sur le plan neurologique) mis en évidence. Sur le plan diagnostique, nous retenons celui d'épisode dépressif au décours, S. \_\_\_\_\_ étant par ailleurs toujours au bénéfice d'un traitement psychotrope antidépresseur.

Par ailleurs, sur le plan du fonctionnement de la personnalité, nous relevons chez S. \_\_\_\_\_ une dimension histrionique, ainsi que des aspects dépendant de la personnalité. Cependant, ces traits ne constituent pas un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10 qui se caractériserait par des attitudes et des comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, se manifestant sous la forme d'un mode de comportement inadéquat, durable, persistant, profondément enraciné et inadapté à des situations personnelles et sociales très variées.

En ce qui concerne la consommation de substance psycho-actives, notamment l'alcool, selon les informations dont nous disposons, la consommation décrite par S. \_\_\_\_\_ ne répond pas, à l'heure actuelle, aux critères diagnostics d'un syndrome de dépendance au sens de cette même classification internationale.

Par ailleurs, notre investigation ne met pas en évidence de pathologie psychiatrique appartenant au registre de la psychose.

Sur le plan thérapeutique, S. \_\_\_\_\_ poursuit la prise en charge auprès du Docteur H. \_\_\_\_\_ et de sa collègue psychologue. Elle poursuit également le traitement médicamenteux psychotrope.

En ce qui concerne la reprise d'une activité professionnelle, S. \_\_\_\_\_ souhaite pouvoir reprendre une activité adaptée, à temps partiel, mais pas dans la restauration, en raison notamment des troubles de la mémoire encore présents et des tremblements.

## **CONCLUSION**

Au terme de nos investigations, nous pouvons répondre comme suit aux allégués :  
(...)

### **2. ALLEGUE NO 67**

**A ce jour, soit près de plus d'un an après avoir été placée en arrêt de travail, elle n'en est toujours pas remise et se trouve toujours en état d'incapacité.**

**REPONSE :** *Lorsque nous la rencontrons dans le cadre de l'expertise, S. \_\_\_\_\_ est toujours à l'arrêt de travail à 100%.*

*Cependant, l'amélioration de son état de santé psychique, tel que décrit actuellement, serait susceptible de permettre la reprise d'une activité professionnelle adaptée à temps partiel, en tout cas dans un premier temps, ce que S. \_\_\_\_\_ nous dit par ailleurs souhaiter.*

### **3. ALLEGUE NO 97**

**La demanderesse est tombée en arrêt de travail du fait des pressions et du harcèlement exercés à son encontre par le défendeur.**

**REPONSE :** *Les difficultés que S. \_\_\_\_\_ a rencontrées dans le cadre de son activité professionnelle au Café du Port, se sont accompagnées d'une symptomatologie anxieuse et dépressive importante, qui a conduit à un arrêt de travail.*

*Cependant, d'un point de vue psychiatrique, ces symptômes, tout en étant compatibles, ne sont pas spécifiques d'un éventuel harcèlement subi dans le cadre du travail et ne permettent pas, par eux-mêmes, d'en tirer une telle conclusion.*

(...)"

La recourante a requis l'audition, en qualité de témoins des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_.

La réplique et les pièces annexées ont été transmises par avis du 8 octobre 2014 à l'intimé, qui n'a pas réagi.

Par avis du 27 janvier 2015, le Juge instructeur a rejeté la réquisition de nouvelle expertise de la recourante, sous réserve de l'avis de la Cour.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

**b)** Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

**c)** L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Rien ne permet en l'occurrence de contredire la recourante lorsqu'elle allègue avoir reçu la décision litigieuse le 20 mai 2014 de sorte que le recours – qui remplit les conditions légales de forme –, déposé moins de trente jours plus tard le 19 mai 2014, est recevable.

**2.** Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente et à des mesures reclassement professionnel de l'assurance-invalidité.

**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; art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est en particulier invalide à 40% au moins (al. 1 let. c), la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (al. 2).

**b)** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 c. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 c. 3a; pour le tout TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014).

Lorsqu'une expertise (art. 44 LPGA) a été mise en œuvre, il ne suffit pas, pour remettre en cause sa valeur probante, d'exposer que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il faut bien plus établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les arrêts cités).

**4. a)** L'intimé s'est en l'espèce fondé sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ qui, faisant abstraction de nombreux facteurs extra-médicaux, a retenu une capacité de travail médico-théorique pleine et entière de la recourante.

**b)** La recourante – rejointe à cet égard par le Dr H. \_\_\_\_\_ –, estime que les conclusions de l’expert n’accordent pas l’importance adéquate au diagnostic de dépression récurrente, ni à sa symptomatologie et à l’impact du pronostic (courrier du 18 novembre 2013). Dans son mémoire de recours, elle fait valoir que l’expert n’avait pas pu clarifier la situation neurologique s’agissant de ses tremblements des mains, qu’il n’avait pas motivé la non-prise en compte du constat de thymie dépressive et de labilité affective dans ses conclusions et qu’il n’avait pas procédé à un test de Hamilton (cf. le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2014 produit à l’appui du recours).

Ces arguments ne tendent toutefois pas à démontrer une éventuelle omission de la part de l’expert, mais visent à remettre en cause l’appréciation que ce dernier a fait de la situation de la recourante. Ils sont donc impropres à remettre en cause les conclusions de l’expertise (cf. *supra* consid. 3/b *in fine*). Cela étant, ces arguments sont également mal fondés, l’expert ayant en effet exposé de manière détaillée – et convaincante – que la fluctuation de l’humeur de la recourante était à mettre en lien avec les épisodes conflictuels (en milieu professionnel ou familial) de sa vie, mais que son état psychique était à cet égard compensé et ne fondait aucune incapacité durable de travail.

S’agissant du grief fait à l’expert de n’avoir pas procédé à un test de Hamilton, on rappellera que sous réserve de l’hypothèse – en l’espèce non réalisée – où l’expertise serait incomplète en l’absence d’un tel examen particulier, l’expert est libre dans la méthode avec laquelle il conduit son expertise. La recourante ne peut donc rien tirer de l’absence d’un test médical particulier dans le cas d’espèce.

**c)** Reste encore à examiner les conclusions de l’expertise établie le 16 octobre 2013 par les Drs V. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ sur mandat du Tribunal d’arrondissement de [...].

On rappellera d'abord que ce rapport ne vaut pas - dans la présente procédure - expertise au sens de l'art. 44 LPGA, le mandat confié aux deux experts reposant sur les dispositions de procédure civile, qui ont été appliquées dans une procédure distincte devant une autre instance. L'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne visait ainsi pas la clarification des faits de manière exhaustive, mais était restreinte à l'objet du litige civil tel qu'il ressort des allégués des parties (maxime des débats; cf. art. 55 al. 1 et 247 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), les experts civils étant en outre tributaires des pièces fournies par les parties. Ces éléments, mis en relation avec le risque d'influence conflictuelle ou d'instrumentalisation que le Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé - de manière convaincante - dans son rapport, conduisent à accueillir les conclusions des Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ avec réserve. A l'instar des avis médicaux précités, celles-ci ne sont ainsi propres à remettre en cause celles du Dr L.\_\_\_\_\_ que pour autant qu'elles mettent en lumière une omission de ce dernier dans la conduite de sa propre expertise. Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, la recourante ne se prévalant de l'expertise du 16 octobre 2013 que pour remettre en cause l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_.

On relèvera au demeurant que le Dr L.\_\_\_\_\_ a davantage étayé ses conclusions que les Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. Il ressort ainsi du rapport de ces derniers qu'ils n'ont pas eu connaissance de tous les éléments du dossier - ce qui corrobore les réserves exposées ci-avant -, notamment s'agissant des causes précises de la seconde hospitalisation de la recourante. En outre, les deux experts envisagent la reprise d'une activité par la recourante, ce qui plaide - dans le sens des conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_ - en faveur d'une incapacité de travail temporaire, à l'exclusion d'une affection invalidante. Les Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ n'ont par ailleurs pas précisé l'intensité des atteintes qu'ils ont constatées ni l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante.

**d)** Aucun élément au dossier ne permet dès lors de remettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes du Dr L.\_\_\_\_\_.

En l'absence d'atteinte invalidante, c'est dès lors à bon droit que l'intimé a refusé ses prestations.

**5.** La Cour dispose ainsi de tous les éléments nécessaires pour connaître de l'affaire, de sorte qu'il convient de confirmer l'avis du Juge instructeur du 27 janvier 2015, par lequel la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise a été rejetée (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 c. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités). Pour les mêmes motifs, sa réquisition tendant à l'audition de deux témoins connaît le même sort.

**6. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse du 13 mai 2014 confirmée.

**b)** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Celle-ci ne peut pas non plus prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. f LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 mai 2014 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de S.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Sara Giardina (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office fédéral de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :