

## **VD\_FINDINFO AI 355/19 - 188/2020 vom 11. Juni 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_355\\_19\\_-\\_188\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_355_19_-_188_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 355/19 - 188/2020 du 11 juin 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 355/19 - 188/2020 del 11 giugno 2020

### **Regeste**

REJET DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, ADMINISTRATION DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables actuellement ? Si ce n'est pas le cas, pour quelles raisons ? ] Oui, des mesures de réadaptation sont envisageables. [

#### **E. 12**

Quel est le traitement actuel ? quelle est la fréquence du suivi psychiatrique ? ] Mme T.\_\_\_\_\_ ne prend pas de traitement médicamenteux. Les entretiens ont lieu de manière hebdomadaire. [

#### **E. 13**

Quel est votre pronostic ? ] Le pronostic est plutôt favorable, Mme T.\_\_\_\_\_ ayant pu retrouver suffisamment confiance en elle et ses compétences pour envisager une reprise professionnelle. Cela restant fragile, une reprise à temps partiel dans un contexte sécurisant ou avec un accompagnement/mesure sécurisante permettrait de stabiliser et de renforcer la confiance développée jusque-là et permettre une poursuite d'évolution positive. [

#### **E. 14**

Avez-vous pratiqué des examens complémentaires ? (imagerie, laboratoire spécifique, etc.) ] Non, il n'y a pas eu d'autres examens complémentaires de notre part. » Après avoir analysé le dossier médical, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a constaté qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante (rapport médical du 16 juillet 2019). Par projet de décision du 19 juillet 2019, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et rente), au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et, partant, une incapacité de travail de longue durée. En l'absence de contestation, l'office AI a entériné son refus de toutes prestations par décision formelle du 24 septembre 2019. B. a) Par acte du 25 octobre 2019, T.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi des prestations légales, subsidiairement au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. L'assurée a fait valoir que, contrairement aux constatations du SMR, la Dre C.\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive lequel réduisait, selon

ce médecin, sa capacité de travail à 70 % dont il convenait encore de déduire 30 % au titre d'une diminution du rendement. Attestée par la psychiatre traitante depuis 2017, cette symptomatologie déployait des effets dans tous les domaines de la vie de l'assurée, celle-ci présentant de surcroît des ressources diminuées. C'était dès lors de façon arbitraire que le SMR avait écarté cette atteinte invalidante dans son avis du 16 juillet 2019, établi au demeurant sans examen clinique par un médecin qui n'était pas spécialisé en psychiatrie. Reprochant à l'office AI d'avoir procédé à une instruction lacunaire sur le plan médical, l'assurée a estimé qu'il convenait de lui renvoyer l'affaire afin qu'il mette en œuvre une expertise externe puis effectue une enquête ménagère à domicile, avant de rendre une nouvelle décision. Si la Cour de céans devait néanmoins considérer que l'instruction était complète, l'assurée sollicitait, suivant les recommandations de la Dre C. \_\_\_\_\_, l'octroi de mesures professionnelles afin de lui permettre de se réintégrer rapidement sur le marché du travail. b) Dans sa réponse du 9 décembre 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a souligné que, dans son rapport du 16 juillet 2019, le SMR avait expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il y avait lieu de retenir que l'assurée ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante. En effet, il ressortait des documents au dossier que l'intéressée présentait un trouble de l'adaptation sans traitement psychotrope avec une reprise de l'activité professionnelle pouvant aller jusqu'à 100 %. c) Le 20 février 2020, l'assurée a fait savoir qu'elle confirmait intégralement les faits, moyens et conclusions du mémoire de recours du 25 octobre 2019. C. Par décision du 12 novembre 2019, T. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 octobre 2019. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente). 3. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère

plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). Le fait qu'une expertise psychiatrique – ou tout autre rapport médical – n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 6. En substance, la recourante se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante lui reconnaissant une atteinte invalidante et estime que le SMR a retenu de manière arbitraire l'absence d'atteinte invalidante. Le rapport de synthèse établi par le SMR le 16 juillet 2019 ne repose certes pas sur des observations cliniques auxquelles le médecin aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or cette analyse reprend tous les éléments pertinents du dossier et en fait un examen suffisamment circonstancié pour que sa valeur probante soit reconnue et ses conclusions suivies. a) En bref, le SMR a retenu d'abord que,

selon le Dr U. \_\_\_\_\_, qui se chargeait du suivi de l'assurée lors du dépôt de la demande de prestations, il n'y avait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. A cela s'ajoute que, lors du dépôt de la demande de prestations, en avril 2017, l'assurée venait de changer de médecin traitant (Dr P. \_\_\_\_\_) pour avoir un deuxième avis (Dr U. \_\_\_\_\_) ; lorsque ce second médecin n'a pas corroboré l'existence d'une atteinte invalidante, l'assurée a déclaré vouloir encore changer de médecin car elle ne se sentait pas écoutée (cf. rapport du 17 août 2017). Le rapport du bilan de compétences du 16 novembre 2017 indique encore que les analyses effectuées par le troisième médecin consulté (Dr F. \_\_\_\_\_) n'ayant révélé aucune pathologie chez l'assurée, ce nouveau médecin traitant a privilégié la piste d'une problématique de type psychosomatique. Ce n'est que lorsque la recourante a consulté la Dre C. \_\_\_\_\_ qu'elle a obtenu la reconnaissance d'une atteinte partiellement invalidante. Sur le plan somatique, on peut donc d'emblée exclure l'existence d'une atteinte invalidante. Dans son rapport du 16 juillet 2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le bilan de compétences n'avait pas révélé de limitations fonctionnelles, celles invoquées par la recourante n'ayant pas été constatées pendant le stage. Si cette dernière a dit avoir ressenti des vertiges durant le stage, en particulier lorsqu'elle travaillait le matin, elle avait toutefois réussi à les gérer et à faire en sorte de dissimuler ses vertiges à ses collègues et à sa responsable. De même, tout en indiquant avoir ressenti beaucoup de fatigue, elle estimait toutefois qu'elle n'était pas plus fatiguée que d'habitude. A l'issue du stage de deux semaines à 50 % dans le domaine de la vente, l'employeur n'avait ainsi détecté aucun signe de fatigue ou de vertiges chez l'assurée. Il a relevé que la priorité était qu'elle puisse travailler la confiance en elle afin de pouvoir reprendre une activité de manière sereine, précisant qu'elle avait entrepris un suivi thérapeutique à cette fin. A l'instar de l'assurée, les responsables du stage ont finalement considéré qu'elle était pleinement en mesure d'exercer une activité dans le domaine de la vente alimentaire, par exemple dans un supermarché. b) Le SMR a ensuite procédé à l'examen des rapports médicaux de la Dre C. \_\_\_\_\_. Cette dernière a constaté que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) ; en 2018 déjà, elle avait indiqué la possibilité d'une reprise à 70 %, puis à 100 % à moyen terme (cf. rapport du 3 mai 2018). Elle avait ajouté que le rendement était réduit de 30 % sans indiquer dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap était possible. Elle avait fait état de limitations fonctionnelles sous la forme d'une anxiété, de fatigue et de douleurs physiques, sans toutefois les objectiver et préciser comment elles se manifestaient au travail. Dans l'annexe psychiatrique au rapport médical du 3 mai 2018, la Dre C. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait une irritabilité lors de périodes de migraine et qu'elle avait des difficultés dans la gestion des émotions en raison d'une hypersensibilité au stress. Elle avait également de la difficulté à se déplacer lors de vertiges liés au stress de même qu'elle présentait une hypersensibilité au stress liée à sa difficulté à gérer ses émotions dans des situations stressantes avec impact sur sa tension et apparition de vertiges et de migraines notamment. En ce qui concernait les fonctions cognitives, la Dre C. \_\_\_\_\_ a noté que la capacité de concentration et d'attention de l'assurée était réduite en raison d'importants maux de tête ; sa capacité d'adaptation au changement était également limitée à cause du stress provenant de la pression que se mettait l'assurée dans des situations nouvelles (lors de stages professionnels par exemple). L'hypersensibilité au stress était par ailleurs susceptible d'affecter de manière fluctuante l'exercice d'activités en contact avec de la clientèle, exigeant de l'endurance et de la rapidité ou impliquant des tâches complexes. Quant à

l'exercice d'une activité professionnelle, elle estimait nécessaire une reprise par étapes dans un environnement bienveillant avec peu de pression afin de limiter l'impact du stress. Des éléments décrits par la Dre C. \_\_\_\_\_, il convient de constater qu'il s'agit de l'expression des plaintes de la recourante de nature exclusivement subjective et que ces limitations fonctionnelles liées au stress ressenti par cette dernière ne sont pas objectivées (pas d'exemples d'actes que la recourante ne pourrait plus effectuer en raison de ces limitations fonctionnelles) ; il n'y a ainsi pas d'éléments concrets permettant de constater une incidence de l'atteinte sur la capacité de travail. Selon la Dre C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 juillet 2019), l'évolution de l'état de santé de la recourante était favorable et il n'y avait pas de traitement psychotrope. Les limitations fonctionnelles constatées dans le rapport du 3 mai 2018 étaient rappelées (état d'épuisement associé à une anxiété permanente et à des plaintes somatiques) mais, au jour de son rapport, elle précisait simplement que la recourante souhaitait pouvoir reprendre une activité professionnelle et retrouver une certaine autonomie financière ; elle avait cependant besoin d'un accompagnement rassurant et structurant pour se lancer. Si la psychiatre traitante a relevé l'existence de stress et de situations émotionnelles susceptibles d'avoir une incidence au plan somatique (migraines, douleurs musculaires, fatigue, irritabilité) et de nature à affecter les domaines courants de la vie quotidienne, elle n'a toutefois donné aucun détail ; on constate en outre que lorsqu'elle décrit une journée-type, elle indique que la recourante s'occupe de ses enfants et de son ménage tout en gérant les rendez-vous de la famille. Il ne paraît donc pas y avoir de limitations fonctionnelles incapacitantes entravant l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches de la vie quotidienne. La Dre C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé que l'assurée disposait de ressources pour gérer ses émotions avec une capacité à mobiliser son énergie pour de nouveaux projets ; elle avait ainsi entrepris des démarches en vue de l'obtention de son permis de conduire et pouvait en outre s'appuyer sur son désir de pouvoir reprendre une activité en comptant sur le soutien de son époux et ses compétences de compréhension et de communication. Elle a d'ailleurs noté qu'une reprise du travail était possible dès le jour du rapport à condition qu'elle s'effectue de manière progressive. Dans l'ensemble, les avis médicaux de la Dre C. \_\_\_\_\_ n'emportent pas la conviction ; la psychiatre traitante a certes posé un diagnostic précis tiré d'une classification reconnue, mais sur la base d'un status psychiatrique décrit sommairement et dont il ne ressort pas qu'il soit propre à occasionner des limitations fonctionnelles, décrites sans portée concrète. Les rapports médicaux de la psychiatre traitante sont en outre contredits par l'autre avis médical au dossier, certes qui n'émane pas d'un psychiatre mais d'un médecin traitant généraliste (Dr U. \_\_\_\_\_) qui n'a émis aucune réserve à son appréciation, en particulier n'a fait aucune allusion à la présence d'un trouble psychique qu'il n'aurait certainement pas manqué de déceler si ledit trouble était grave au point de rendre l'intéressée durablement invalide. L'avis de la psychiatre traitante sur l'existence de limitations fonctionnelles était également contredit par les constatations concrètes faites lors du stage et du bilan de compétences. De plus, ses propres rapports sont imprécis, notamment dans l'appréciation de la capacité de travail qui est peu étayée et souffre d'un manque de cohérence lorsqu'elle indique d'une part, en 2018, que la recourante pouvait travailler à 70 %, puis à 100 % à moyen terme, et, d'autre part, lorsqu'elle constate, en 2019, une évolution favorable mais en indiquant qu'une reprise du travail est envisageable à temps partiel (sans davantage de détails) puis à plus long terme à 100 %. De manière globale, rien dans ses rapports ne conduit à penser que la recourante est atteinte d'un trouble suffisamment grave pour avoir une répercussion sur sa capacité de travail. c) Cela étant, dans son évaluation du 16 juillet 2019, le SMR a fait

état, au titre des facteurs limitant la capacité de travail, d'éléments étrangers à l'invalidité relevant du contexte psycho-social difficile de l'assurée. On constate dans ce contexte que la demande importante de soutien de ses parents et la prise en charge de ses enfants ont été mentionnés respectivement par la Dre C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 juillet 2019) et par le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin traitant (cf. bilan de compétences du 16 novembre 2017) comme limitations à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps par la recourante. d) Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, le SMR a nié le caractère durablement invalidant de l'atteinte. L'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ repose sur l'ensemble des éléments au dossier, y compris les rapports médicaux de la psychiatre traitante qui ne décrivent pas un grave trouble ayant une incidence sur la capacité de travail et qui confirment que la recourante a des ressources pour faire face aux difficultés, lesquelles ne sont pas toutes d'origine malade. Les conclusions du SMR sont claires et convaincantes, bien que motivées succinctement, et ne sont pas valablement mises en doute par les autres praticiens. Elles ont ainsi pleine valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par le Dr M. \_\_\_\_\_. Le résultat auquel est parvenue l'administration intimée ne saurait dès lors être qualifié d'arbitraire. 7. a) La recourante fait grief à l'office intimé d'avoir violé son obligation d'instruction. Elle soutient qu'il ne pouvait nier la nécessité de réaliser une expertise externe à l'assurance, en se fondant sur la seule appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ tandis que sa psychiatre traitante avait abouti à des conclusions divergentes. b) Cette argumentation n'est pas fondée. Selon la jurisprudence, une expertise devrait certes être ordonnée si subsistent des doutes, même faibles, quant à la fiabilité ou la pertinence de constatations effectuées par le SMR (à cet égard, voir ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4). Ces doutes ne sauraient toutefois découler de la seule existence de rapports médicaux contradictoires, contrairement à ce que laisse entendre l'assurée. Ils doivent au contraire ressortir de l'appréciation des preuves (cf. TF 9C\_720/2018 du 1<sup>er</sup> février 2019 consid. 4.2). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, comme on l'a vu plus haut, le résultat de l'administration des preuves montre que la recourante ne présente pas d'atteinte invalidante au sens de la LAI. Aucun doute ne subsiste à ce propos. On ne peut donc reprocher à l'autorité administrative d'avoir violé son devoir d'instruction en n'ordonnant pas une expertise. 8. En définitive, l'intimé était fondé à retenir que l'assurée ne présentait pas de pathologie entraînant une limitation de sa capacité de travail au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. 9. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 10. 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.