

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 500 vom 27. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2013\\_\\_500](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__500)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 500 du 27 août 2013

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 500 del 27 agosto 2013

## Regeste

AI{ASSURANCE}, EXAMEN PSYCHIATRIQUE | 4 LAI, 7 LPGGA, 8 LPGGA

## Erwägungen

### E. 1

Le médecin psychiatre traitant retient quant à elle un trouble de l'adaptation . Dans le cas où des éléments dépressifs (ou/et anxieux) de peu de gravité apparaissent dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dans la mesure où ces éléments n'ont pas la sévérité d'un véritable épisode dépressif , on est en droit de retenir un trouble de l'adaptation . Cette désignation diagnostique est néanmoins limitée dans le temps, puisque le lien au facteur de stress initial doit garder sa vraisemblance. On doit passer à une autre entité diagnostique si le trouble se prolonge au-delà de six mois et au-delà de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de la CIM-10[...]. En retenant ce trouble de l'adaptation, le médecin psychiatre traitant valide une symptomatologie dépressive se situant, par définition, en dessous du seuil d'un véritable épisode dépressif. Le sous-type de trouble de l'adaptation retenu par la consœur R.\_\_\_\_\_ est limité à deux ans, si on se réfère à la définition qu'en donne la CIM-10. Au-delà de cette période, on doit noter une autre entité diagnostique. Dans le cas présent, le soussigné considère que le trouble anxieux et dépressif mixte correspond au tableau clinique actuel de Mme M.\_\_\_\_\_ et tient compte de l'évolution vers une certaine chronicité, même si le tableau clinique n'est de loin pas figé.

### E. 2

Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? [...] Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

### E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGGA 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). c) 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. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'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 en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentes privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) 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'AI, 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). La jurisprudence a dégagé un certain nombre de

principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 50) et la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

#### **E. 4**

En l'espèce, la recourante estime que c'est à tort que l'OAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2012 pour retenir qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail et, partant, sur sa capacité de gain. a) D'une part, l'expert J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a précisé que cette pathologie visait les situations dans lesquelles à la fois des symptômes anxieux et dépressifs étaient présents, sans que l'intensité des uns ou des autres puisse justifier un diagnostic séparé; dans de telles situations, les éléments anxieux et dépressifs étaient par conséquent tout au plus légers (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 11). Il a notamment exposé qu'il renonçait à retenir un épisode dépressif, considérant que les symptômes cardinaux (tristesse et fatigue anormales, perte d'intérêt et du plaisir) n'avaient pas de caractère permanent dans la mesure où ils faisaient l'objet d'un questionnement précis (cf. ibid. p. 12). Il a ajouté que les éléments dépressifs, s'ils avaient pu transitoirement valoir pour un épisode dépressif, n'avaient certainement jamais acquis un état actuel sévère, que l'atteinte en question semblait par ailleurs avoir une importante composante réactionnelle, et que la symptomatologie anxieuse et dépressive variait en fonction des circonstances et n'avait pas de caractère permanent (cf. ibid. p. 15). Cela étant, le Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu que le trouble anxieux et dépressif mixte de la recourante n'avait pas de valeur incapacitante (cf. ibid. p. 19). Par rapport du 18 juillet 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié à cette appréciation. Quant à la Dresse R. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante (qui n'est cependant pas détentrice du titre de « psychiatre FMH »), son appréciation ne remet pas en cause celle de l'expert J. \_\_\_\_\_. En effet, cette praticienne a tout d'abord retenu, dans un rapport du 5 décembre 2011, le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Outre que la Dresse R. \_\_\_\_\_ n'a pas avancé de réelle motivation objective à

l'appui de ses conclusions mais semble s'être essentiellement basée sur les plaintes – par essence subjectives – de l'assurée pour établir son diagnostic, il demeure surtout que, dans le cadre de son expertise, le Dr J. \_\_\_\_\_ a dûment exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de la psychiatre traitante. L'expert a en effet observé que le diagnostic retenu par la Dresse R. \_\_\_\_\_ validait une symptomatologie dépressive se situant, par définition, en dessous du seuil d'un véritable épisode dépressif, et que, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), ce type de trouble ne pouvait être retenu que pour une durée limitée à deux ans, après quoi on devait noter une autre entité diagnostique. Cela étant, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que, dans le cas particulier, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte correspondait au tableau clinique de l'assurée et tenait compte de l'évolution vers une certaine chronicité, même si le tableau clinique n'était de loin pas figé (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 11 s.). Rien n'incite à douter des explications de l'expert, qui reposent sur des bases médicales claires et objectives. Aussi ne saurait-on donner la préséance au rapport de la psychiatre traitante du 5 décembre 2011 au détriment de l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_. De même, on ne saurait faire cas du rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 4 février 2013, aux termes duquel cette dernière a signalé que l'assurée était incapable de travailler du fait – notamment – d'un état anxieux et dépressif sur trouble de l'adaptation. En effet, dans ce compte-rendu, la psychiatre traitante s'est limitée à avancer sa propre appréciation des faits sans réelle motivation et sans se référer à aucun élément objectif et concret que l'expert J. \_\_\_\_\_ aurait ignoré. Son rapport du 4 février 2013 ne saurait donc mettre en doute l'appréciation plus objective et circonstanciée de l'expert mandaté par l'OAI. Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant retenu par le Dr J. \_\_\_\_\_ n'est donc pas mis en doute par les autres pièces du dossier. b) D'autre part, l'expert a posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Dans ce contexte, il a rappelé que le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée désignait un tableau psychiatrique relativement banal, avec des éléments dépressifs et anxieux de peu de sévérité, et qu'il n'y avait pas de motifs de corrélérer ce trouble à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. Aussi, faute de comorbidité psychiatrique invalidante chez l'assurée, l'expert a dès lors procédé à l'examen des autres critères consacrés par la jurisprudence (cf. consid. 3d supra) permettant d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail en cas de trouble somatoforme. A cet égard, le Dr J. \_\_\_\_\_ a exposé qu'il n'y avait en l'espèce pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée conservant des relations tant au plan familial qu'amical, que d'après les informations au dossier elle ne présentait pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, et que s'il l'on pouvait admettre l'existence d'un processus maladif de longue durée ainsi qu'une résistance aux traitements selon les règles de l'art, on ne pouvait en revanche considérer que la situation – bien qu'elle présentât certaines caractéristiques de chronicité – fût définitivement figée et cristallisée. L'expert a dès lors estimé, d'un point de vue strictement psychiatrique, que l'on ne pouvait retenir d'incapacité de travail et que l'assurée devait être à même, sur le plan médico-théorique, de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer le monde du travail en plein (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 15 à 17). Il a dès lors retenu que cette affection était dépourvue d'impact sur la capacité de travail de la recourante (cf. ibid. p. 19). Là encore, rien au dossier n'incite à douter de cette appréciation, au surplus reprise par le SMR (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2012). En particulier, on relèvera qu'après n'avoir aucunement abordé cette problématique dans son rapport du 5 décembre

2011, la Dresse R.\_\_\_\_\_ s'est limitée, dans son compte-rendu du 4 février 2013, à affirmer péremptoirement l'existence de troubles somatoformes participant à l'entière incapacité de travail de l'assurée, sans apporter la moindre justification concrète et objective à l'appui d'une telle assertion. Dans ces conditions, l'avis non étayé de la psychiatre traitante n'est pas susceptible de reléguer au second plan les conclusions claires et dûment étayées de l'expert J.\_\_\_\_\_. C'est ici le lieu de relever que, contrairement à ce que prétend l'assurée (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9), de plus amples investigations neurologiques ne s'imposaient aucunement pour permettre à l'expert de retenir que les plaintes émises par l'intéressée n'avaient pas d'origine physique. En effet, il faut rappeler qu'aux termes de son rapport du 11 juin 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé qu'outre les séquelles de la paralysie faciale droite, l'intéressée présentait un hémisyndrome sensitif droit d'aspect fonctionnel, syndrome que ce médecin n'a pu rattacher à une pathologie neurologique spécifique. Se fondant sur ce compte-rendu, le Dr J.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée se plaignait de douleurs dont les bases organiques étaient insuffisantes pour en expliquer tant l'importance que la chronicité, que cette constatation se dégageait de l'évaluation neurologique faite le 11 juin 2008 par le Dr K.\_\_\_\_\_, et que rien au dossier n'indiquait que l'intéressée eût développé depuis lors une pathologie organique fondant ses douleurs ou d'autres plaintes d'allure somatique – l'expertisée n'ayant du reste pas rapporté d'investigations ou de traitements en conséquence (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 13 à 14). Si l'assurée conteste cette appréciation en faisant valoir que le compte-rendu du Dr K.\_\_\_\_\_ a été établi lorsque ses problèmes de santé ont débuté et que ceux-ci se sont depuis lors aggravés (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9), il reste qu'elle n'avance aucun élément sérieux susceptible de démontrer le caractère prétendument obsolète du rapport de ce médecin. Comme l'a relevé l'OAI (cf. réponse du 5 décembre 2012 p. 2), les médecins traitants n'ont pas procédé à de plus amples examens ou traitements laissant à penser que les plaintes de la recourante pourraient avoir une origine organique, singulièrement neurologique. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi le raisonnement du Dr J.\_\_\_\_\_ reposerait sur une instruction incomplète du point de vue neurologique. Il résulte de ce qui précède que rien au dossier ne tend à infirmer le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié non invalidant retenu par l'expert. c) Pour le reste, on notera que l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ – qui repose sur deux entretiens avec l'assurée (assistée d'un interprète) les 18 juin et 2 juillet 2012, ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI, le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2008 et un entretien avec la Dresse R.\_\_\_\_\_ – comporte une étude approfondie des pièces du dossier ainsi qu'une anamnèse complète, tient compte des plaintes de la recourante, se base sur des observations cliniques objectives, et se fonde sur une appréciation médicale claire et détaillée ainsi que sur des conclusions dûment étayées. Cela étant, on ne voit pas que l'appréciation de l'expert contreviendrait aux règles applicables en la matière. A cela s'ajoute que l'on ne saurait accorder foi aux critiques formulées par l'assurée pour mettre en cause le bien-fondé de l'expertise. aa) La recourante soutient que le nom de l'interprète présent lors des entretiens avec l'expert J.\_\_\_\_\_ n'a pas été divulgué et que l'on ignore par conséquent s'il disposait des compétences requises (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Il est à noter qu'en revanche, l'intéressée n'allègue pas – et a fortiori ne démontre pas – qu'elle aurait eu des difficultés à se faire entendre de l'interprète en question, ou encore que celui-ci n'aurait pas fidèlement rapporté ses propos. Dans ces conditions, la Cour de céans peine à comprendre en quoi le seul fait de ne pas connaître le nom de l'interprète permettrait de douter de ses qualifications. L'assurée se contente de mettre en cause les compétences de

l'interprète pour un motif purement formel qu'elle n'a du reste invoqué que lors la présente procédure de recours, ce qui peut paraître sujet à caution au regard du principe de la bonne foi en procédure (cf. art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (cf. TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1 et les références citées). Quoi qu'il en soit, le Dr J. \_\_\_\_\_ – lequel n'a pas observé de problèmes de compréhension (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 8) – a précisé que l'interprète sollicité était membre de l'Association [...] (cf. rapport précité p. 1 et note de bas de page n° 1), association qui ne met à disposition que des interprètes certifié(s) ou en voie de certification (cf. site internet de l'Association [...] www. [...] .ch > Accueil > Nos compétences, consulté le 6 août 2013). Rien au dossier n'incite à croire qu'il en aurait été autrement dans le cas particulier. Dans ces conditions, on retiendra donc qu'en l'absence de tout élément sérieux susceptible de faire douter des compétences de l'interprète ayant officié lors des entretiens réalisés par l'expert J. \_\_\_\_\_, les griefs invoqués par l'intéressée à ce propos doivent être considérés comme infondés. bb) Par ailleurs, la recourante soutient que les faits n'ont pas été clairement établis lors de l'expertise, notamment en ce qui concerne son lieu de naissance, l'âge de ses parents et la survenance de sa paralysie faciale (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Elle relève plus particulièrement que sa carte d'identité indique qu'elle est née à [...] en Turquie alors que le rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne qu'elle est née à [...]. Elle souligne de surcroît que sa mère est décédée en 2008 à l'âge de 80 selon la Dresse R. \_\_\_\_\_, respectivement à l'âge de 85 ans selon le Dr J. \_\_\_\_\_, et que son père est âgé de 90 ans selon la Dresse R. \_\_\_\_\_, respectivement de 95 selon l'expert J. \_\_\_\_\_ (cf. ibid. p. 2). Enfin, concernant la paralysie faciale affectant son côté droit, la recourante relève que selon la Dresse R. \_\_\_\_\_ cette atteinte aurait été occasionnée par une chute d'un arbre au cours de l'enfance, que pour le Dr K. \_\_\_\_\_ cette affection serait survenue à l'âge de 6 ans, et que l'expert J. \_\_\_\_\_ a de son côté fait état d'une chute d'un arbre à l'âge de 13 ans mais a retenu que la paralysie faciale droite n'était survenue que vers l'âge de 15 ans dans le contexte d'un état fébrile (cf. ibid. p. 3). Quoi qu'en dise la recourante, les imprécisions évoquées ci-dessus ne portent pas sur des points déterminants pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain, mais uniquement sur des aspects secondaires ayant trait à l'anamnèse. En tout état de cause, il demeure constant que l'intéressée est née en Turquie, que sa mère est décédée en 2008, que son père a atteint aujourd'hui un âge avancé, et qu'elle présente une paralysie faciale droite depuis plusieurs années. On relèvera au demeurant que l'établissement de l'anamnèse dépend généralement des indications fournies par la personne auscultée. De ce fait, on peut raisonnablement retenir que les imprécisions susdites peuvent être imputées – en tout ou en partie – aux déclarations de l'assurée elle-même, laquelle a manifestement tenu des propos équivoques auprès des différents médecins consultés. Du reste, le rapport établi le 5 décembre 2011 par la Dresse R. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, n'échappe pas à ce constat, puisqu'il signale que la recourante vit en Suisse depuis 1990 et est mère de deux filles (ch. 1.4 « Anamnèse [...] », p. 2) alors qu'il ressort du dossier qu'elle est arrivée en Suisse en 1986 a donné naissance à une fille et à un fils. Pour l'ensemble de ces motifs, on ne voit donc pas en quoi les imprécisions susmentionnées inciteraient à douter des conclusions de l'expert J. \_\_\_\_\_. cc) On ne saurait par ailleurs faire cas de l'argument de la recourante selon lequel le rapport d'expertise du 4 juillet 2012 serait «

truff[é] de « probablement » ou de conditionnels » (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Quel que soit le style rédactionnel du Dr J. \_\_\_\_\_, il n'en demeure pas moins que les conclusions de cet expert sont rédigées de manière catégorique et ne laissent pas de place à l'interprétation. Il s'ensuit que sous cet angle également, les critiques de l'assurée sont dépourvues de fondement. dd) La recourante estime par ailleurs que le rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ contient des contradictions. Ainsi, elle relève que l'expert signale qu'elle paraît quelque peu triste, sans plus, pour préciser ensuite qu'elle est parfois en larmes. En outre, l'assurée observe que l'expert conclut au caractère non permanent des symptômes cardinaux d'un épisode dépressif (tristesse et fatigue anormales, pertes d'intérêt et du plaisir), alors même qu'elle se plaint de ces symptômes depuis quatre ans, qu'elle est suivie par la Dresse R. \_\_\_\_\_ depuis près de trois ans et que le Dr J. \_\_\_\_\_ reconnaît lui-même que le trouble anxieux et dépressif mixte évolue vers une certaine chronicité. Elle prétend de surcroît que l'expert n'indique pas les raisons pour lesquelles son évaluation s'est avérée difficile et semble hésiter entre divers diagnostics (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8 s.). Là encore, on ne peut se rallier à l'argumentation de la recourante, qui s'est contentée d'extraire de leur contexte certaines remarques comprises dans une appréciation circonstanciée de plusieurs pages pour en déduire, sans plus ample motivation, que celles-ci étaient contradictoires. Ainsi, lorsque le Dr J. \_\_\_\_\_ écrit que l'intéressée paraît quelque peu triste, sans plus, et qu'elle est parfois en larmes, il précise également qu'elle a pu adéquatement éclater de rire au premier entretien, qu'elle n'est pas ralentie et que l'activité psychomotrice est normale (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 8). Il s'agit là de simples observations cliniques faites par l'expert dans le cadre de son examen et on peine à voir en quoi elles pourraient être contradictoires puisqu'elles ne font que décrire l'attitude de la recourante lors des entretiens. En outre, le Dr J. \_\_\_\_\_ précise que les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif n'ont en l'espèce pas de caractère permanent « dans la mesure où ils font l'objet d'un questionnement précis » (cf. ibid. p. 12). Il s'ensuit que c'est donc sur la base des réponses fournies par l'assurée aux questions de l'expert que ce dernier a pu conclure au caractère non permanent des symptômes en question. Sur ce point, on ajoutera au surplus qu'il convient de distinguer entre des symptômes s'inscrivant dans la durée ou ayant même une tendance à la chronicité, et des symptômes permanents, soit ressentis sans intermittence ni changement – notions que la recourante semble amalgamer. Enfin, si l'expert J. \_\_\_\_\_ reconnaît que l'appréciation du cas de l'assurée s'est avérée difficile (cf. ibid. p. 10), il expose ensuite méticuleusement sur plusieurs pages les différents éléments pris en considération et énonce en particulier les raisons l'ayant incité à privilégier les diagnostics retenus plutôt que d'autres pathologies (cf. ibid. p. 10 ss). Le fait que l'expert ait choisi de procéder avec prudence et en relevant objectivement les difficultés qu'il avait rencontrées ne saurait donc lui être reproché. Cela étant, il apparaît que les contradictions évoquées par la recourante ne résistent pas à l'examen du rapport d'expertise du 4 juillet 2012. ee) Les allégations de la recourante selon lesquelles l'expert J. \_\_\_\_\_ aurait été induit en erreur par le fait qu'elle tentait de donner l'image d'une femme forte (cf. réplique du 13 février 2013) ne sont pas davantage convaincantes, en tant qu'elles ne reposent sur aucun exemple concret et ne trouvent aucune assise dans l'analyse du dossier. En effet, quand bien même la Dresse R. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'intéressée essayait par tous les moyens de donner l'image d'une femme forte qui se débrouillait seule (cf. rapport du 4 février 2013), il n'en demeure pas moins qu'ainsi que l'a relevé le SMR (cf. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 27 février 2013), rien ne laisse à penser que l'évaluation du Dr J. \_\_\_\_\_ ait pu être faussée par l'attitude de l'assurée. L'expert a notamment constaté que

cette dernière présentait une fatigue et une fatigabilité fréquentes, qu'elle rapportait un certain degré d'irritabilité et une hypersensibilité et qu'elle pleurait facilement alors que tel n'était pas le cas par le passé (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 7 à 8). Le Dr J. \_\_\_\_\_ a de surcroît observé que l'intéressée s'était parfois trouvée en larmes (cf. ibid. p. 8) et que sa souffrance était authentique (cf. ibid. p. 15). Ces éléments – dans l'ensemble également relevés par la Dresse R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 5 décembre 2011) – démontrent que l'expert a su faire la part des choses nonobstant les éventuels efforts de la recourante pour dissimuler ses problèmes. Il s'ensuit que, là encore, les moyens soulevés par l'assurée ne peuvent être suivis. A l'instar du SMR (cf. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 27 février 2013), on relèvera par surabondance qu'en tant que spécialiste en psychiatre rompu à la réalisation d'expertises, le Dr J. \_\_\_\_\_ était d'autant plus à même de prendre le recul nécessaire pour évaluer le cas de la recourante. Contrairement à ce que prétend l'intéressée (cf. observations du 12 avril 2013), un tel constat ne revient pas à « porter aux nues » le Dr J. \_\_\_\_\_ et ne met nullement en cause l'indépendance et l'objectivité de l'OAI ou du SMR, mais signifie simplement que l'on peut attendre d'un expert averti qu'il soit en mesure de procéder à une analyse objective compte tenu des spécificités inhérentes à son mandat. En tous les cas, la recourante n'est, comme on l'a vu, pas parvenue à apporter la preuve du contraire dans le cas particulier. d) Dans ces conditions, force est d'admettre que les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause, et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que le trouble somatoforme indifférencié dont souffre la recourante ne sont pas susceptibles d'amoindrir sa capacité de travail.

#### **E. 5**

Tout au plus relèvera-t-on encore, au surplus, que l'aptitude de l'assurée à effectuer les tâches ménagères n'avait par définition pas à être analysée dans le présent contexte, contrairement à ce que cette dernière soutient (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9). En effet, l'invalidité peut être évaluée en fonction de trois méthodes selon que la personne concernée est active à temps complet (méthode générale [cf. art. 28 al. 1 LAI et 16 LPGA]), n'exerce aucune activité (méthode spécifique [cf. art. 28a al. 2 LAI]) ou travaille à temps partiel (méthode mixte [cf. art. 28a al. 3 LAI]). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125 V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b). Or, force est de rappeler qu'aux termes du formulaire 531bis complété le 15 août 2011, la recourante a indiqué qu'elle aurait travaillé à 100% en bonne santé. Dès lors que l'intéressée a ainsi déclaré un statut d'active à 100%, ayant pour corollaire l'absence de part ménagère à prendre en considération, on ne voit pas en quoi il pourrait être reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit ce dernier point. Là encore, les griefs de la recourante doivent être rejetés.

#### **E. 6**

En définitive, c'est par conséquent à bon droit que l'OAI a refusé d'octroyer des prestations AI à la recourante, faute d'atteinte à la santé invalidante.

## E. 7

a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient en principe être supportés par la recourante qui voit ses conclusions rejetées. La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Vincent Demierre, conseil de la recourante, a produit en date du 20 juin 2013 une liste de ses opérations, dont il ressort que pour la période courant du 13 août 2012 au 12 avril 2013, il a consacré 13 heures et 55 minutes à la défense des intérêts de sa cliente, le montant de ses débours étant de 66 fr. Cette liste comprend toutefois des opérations largement antérieures à la présente procédure judiciaire introduite le 2 novembre 2012, date à laquelle a également pris effet le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé à la recourante. A cet égard, concernant les effets temporels d'une requête d'assistance judiciaire, la doctrine précise que l'assistance judiciaire peut être demandée en tout temps, avant ou durant la procédure, que son octroi rétroagit au jour de la demande et qu'elle s'étend aux démarches urgentes entreprises peu avant; les cantons peuvent se montrer plus généreux (cf. Bernard Corboz, *Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire*, in *SJ* 2003 II p. 74). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière d'assurances sociales – rendue sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) mais qui s'applique toujours depuis l'entrée en vigueur de l'art. 61 let. f LPGA (cf. TFA H 106/03 du 21 août 2003, in *SVR* 2004 AHV n° 5 p. 17) – a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. TF 9C\_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 3 et les références citées). Il y a donc lieu tout d'abord d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies avant le 2 novembre 2012 pour l'exercice du droit de recours contre la décision de l'OAI et, cas échéant, de les retenir dans l'indemnisation de l'avocat d'office, ces opérations comportant au moins l'étude du dossier et la préparation du mémoire de recours (cf. TF 9C\_735/2011 précité consid. 5.2). Dans le cas particulier, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées à partir du 4 octobre 2012, date à laquelle Me Demierre a interpellé l'office après avoir appris – le jour même, selon les indications figurant dans le mémoire de recours du 2 novembre 2012 (p. 2) – que sa cliente s'était vu

notifier la décision entreprise; en tant que ces opérations comprennent essentiellement des prises de contact avec la recourante, l'OAI et la Dresse R. \_\_\_\_\_, l'étude du dossier et le début de la rédaction du mémoire de recours, à raison de 3 heures et 5 minutes, on peut admettre qu'elles étaient nécessaires à la présente procédure. Quant aux opérations effectuées dès le 2 novembre 2012, à hauteur de 7 heures et 55 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles aussi rentrent globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de 11 heures de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant global d'honoraires s'élevant à 2'138 fr. 40, TVA de 8% comprise. De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Il ressort de la liste établie par le conseil d'office qu'aux opérations effectuées depuis le 4 octobre 2012 correspondent des débours s'élevant à 56 fr., auxquels il convient d'ajouter 4 fr. 48 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante doit donc être arrêtée à 2'198 fr. 88 (TVA de 8 % comprise), montant qu'il y a lieu d'arrondir à 2'198 fr. 90. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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