

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 35 vom 17. März 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-03-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_35](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__35)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 35 du 17 mars 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 35 del 17 marzo 2015

### **Regeste**

INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INCAPACITÉ DE GAIN, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ},  
FORCE PROBANTE, RAPPORT MÉDICAL | 28 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

octobre 2013, se prévalant du rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 2 août 2013, où était préconisée une incapacité totale et ininterrompue de travail depuis juillet 2012. Elle a estimé par ailleurs que la date de reprise d'activité à plein temps, fixée par le Dr B. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> décembre 2012, était totalement arbitraire, et que des contradictions entachaient le rapport d'expertise de ce spécialiste. Notamment, il lui était fait grief de ne pas manifester l'effort de volonté exigible pour surmonter ses problèmes, alors que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait constaté la présence de symptômes psychiques qualifiés de légers à moyens en l'occurrence. Elle a dès lors mis en doute la valeur du rapport d'expertise corrélatif, qui plus est du fait de sa rédaction en langue allemande, elle-même parlant français, et l'indépendance de l'expert dans le contexte d'un mandat délivré par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur. Elle a conclu au réexamen de son droit à des mesures professionnelles. En date du 18 novembre 2013, l'OAI a rendu une décision conforme à son projet du 3 octobre 2013, considérant que l'assurée n'avait présenté aucun argument susceptible d'en ébranler le bien-fondé. E. L'assurée, avec l'assistance de Me Longchamp, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 janvier 2014, concluant principalement à la reconnaissance de son droit à des prestations AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Sur le plan formel, l'assurée fait grief à l'intimé de ne pas avoir motivé sa décision à satisfaction, en ne détaillant pas les documents fondant son appréciation de la capacité de travail. Par ailleurs, elle relève que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ est rédigée en allemand, ce qui aurait impliqué sa traduction par l'OAI pour respecter son droit d'être entendue. Quant au fond, elle considère que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ doit se voir nier toute force probante, dans la mesure où ce document serait emprunt de contradictions entre les constats cliniques et l'appréciation de la capacité de travail. Il serait en outre incomplet, ne tenant pas compte des investigations sanguines destinées à vérifier sa compliance mérciamenteuse, sous-estimant l'impact du harcèlement anxigène de son ex-mari et contenant des éléments anamnétiques erronés. Elle a notamment produit, à l'appui de ses conclusions, une attestation du Dr T. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, libellée en ces termes : « [...] Cette patiente présente une symptomatologie dépressive, caractérisée, qui est allée en s'aggravant tout au long de ces dernières années et ceci en relation à des événements de vie difficiles greffés sur son fond dépressif, à savoir les conduites de

harcèlement de son ex-mari (conduites qui font actuellement l'objet d'une démarche pénale) et, en parallèle, un problème de conflictualité au travail qui s'est soldé par un licenciement. J'ai attesté pour cette patiente une incapacité de travail à 100% à partir du 10 juillet 2012, incapacité qui est toujours actuelle. Il faut encore noter que la situation clinique s'est compliquée à cause d'une problématique rhumatologique survenue dans la dernière période. Pour cet aspect, [l'assurée] est en contact avec un spécialiste rhumatologue. [...] » L'OAI a répondu le 6 février 2014 et conclu au rejet du recours. Il fait valoir qu'à son sens la décision du 18 novembre 2013 a été motivée de manière suffisante, de telle sorte d'ailleurs que la recourante a manifestement compris que l'appréciation de sa capacité de travail reposait sur les résultats communiqués par le Dr B.\_\_\_\_\_. S'agissant de la traduction du rapport corrélatif, l'intimé estime qu'une requête en ce sens aurait dû être présentée à S.\_\_\_\_\_. SA, mais en particulier immédiatement après la prise de connaissance de ce document. Il observe au demeurant que ce n'est qu'au stade de la contestation du projet de décision du 3 octobre 2013 que l'assurée a formulé une demande de traduction, laquelle devait être qualifiée de manifestement tardive. Au surplus, l'assurée avait été parfaitement en mesure de discuter la teneur du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, ce qui permettait de déduire qu'elle en avait compris la teneur et la portée. Sur le fond, l'intimé a considéré, à l'instar de l'avis du SMR du 22 août 2013, que le rapport en question remplissait les réquisits jurisprudentiels pour être doté d'une pleine valeur probante, ce qui justifiait d'en retenir les conclusions en matière de capacité de travail. Par ailleurs, les pièces produites en procédure de recours, notamment l'attestation du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, n'apportaient aucun élément médical nouveau ou ignoré au stade de l'instruction administrative. Dans un délai prolongé sur demande, la recourante a répliqué le 16 juin 2014, maintenant ses précédentes conclusions. Elle a persisté à considérer que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ ne pouvait fonder la décision querellée et observé qu'indépendamment de ce constat, l'OAI aurait de toute façon dû retenir les avis postérieurs de ses médecins traitants. Elle a rappelé les diverses pathologies somatiques et psychiques l'affectant, produisant au titre de justificatifs le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2013, précédemment versé au dossier de l'intimé, ainsi que de nouvelles pièces médicales des Drs X.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'Association E.\_\_\_\_\_. Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans un certificat du 20 mars 2014, a attesté que l'assurée présentait « depuis plus de cinq ans une cervicotrapézialgie droite, sans hernie discale visible en IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] (09/12/13) et attribuée à un syndrome articulaire postérieur C5/C6 droit », ainsi qu'une « périarthrite scapulo-humérale droite traitée par arthro-infiltration le 07/03/2014 ». Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, sur questions de Me Longchamp, il a indiqué dans un rapport du 14 avril 2014 que sa patiente présentait une « incapacité de travail supérieure à 40% depuis le 03.07.2012 », mais était susceptible d'exercer une activité adaptée à un taux maximal de 30-40%, renvoyant aux autres spécialistes en charge de son cas. Il a mentionné, en sus d'affections cardiologique et rhumatologique, une problématique gynécologique, soit une « anémie avec syndrome carenciel du fait de pertes trop abondantes » pour laquelle l'assurée consulterait prochainement. Le rapport de la Dresse M.\_\_\_\_\_, établi le 16 avril 2014, relate l'anamnèse de l'assurée, faisant état notamment des violences subies dans l'enfance, dont un viol à l'âge de treize ans, des violences et menaces de son ex-conjoint, ainsi que des difficultés subies dans le contexte professionnel dès 2008. Elle a retenu le diagnostic d'un « état de stress post-traumatique (F43.1) », ses conclusions étant libellées en ces termes :

« [...] Depuis le mois de décembre 2013, début du suivi de [l'assurée] à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants à Association E. \_\_\_\_\_, elle a montré un grand investissement dans le travail thérapeutique. Ses objectifs thérapeutiques sont de pouvoir assumer son passé et de pouvoir continuer à être dans la vie active notamment avec l'exercice d'une activité professionnelle. Je considère qu'elle pourra continuer à bénéficier d'un traitement intégré psychiatrique et psychothérapeutique pour améliorer sa propre estime et pour diminuer la clinique anxieuse et phobique qui la limitent dans le quotidien. J'estime que le traitement thérapeutique sera long en raison des multiples traumatismes vécus par la patiente depuis son enfance. Les menaces qu'elle continue à recevoir de la part de son mari empêchent qu'elle puisse bénéficier d'une sécurité sur laquelle se reconstruire. La période entre 2008 et 2013 a été spécialement difficile pour elle (perte de son frère de façon inattendue, séparation conjugale, crainte de perdre la vie, violences et injustices subies au travail, restant très difficile encore de parler de ces événements). La réinsertion au monde du travail pourrait être clairement bénéfique pour elle. Ses difficultés psychiques et les symptômes qu'elle présente justifieraient de mon point de vue l'appui par des mesures de réinsertion professionnelle. Elle ne peut pas à son état actuel travailler dans la dernière activité (face au public dans la vente). Elle se sentirait capable de commencer avec une activité administrative. » Sur la base des appréciations médicales ci-dessus, la recourante a sollicité l'octroi d'une formation dans le domaine administratif, soulignant qu'une telle mesure de reclassement remplirait les critères de nécessité, simplicité et d'adéquation dans son cas. L'intimé s'est déterminé le 3 juillet 2014, maintenant le bien-fondé de la décision litigieuse, non sans rappeler les réserves devant être émises à l'égard de l'avis des médecins traitants compte tenu du lien de confiance noué avec l'assuré. Il a observé que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne parvenait pas à apprécier clairement la capacité résiduelle de travail de la recourante, tandis que le Dr S. \_\_\_\_\_ ne fournissait pas de précision sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Quant à la Dresse M. \_\_\_\_\_, sa prise en charge remontait à décembre 2013, soit postérieurement à la décision du 18 novembre 2013, cette praticienne s'étant limitée à se prononcer sur l'état de santé « actuel » de la recourante sans se positionner sur l'évolution de sa capacité de travail. Par écriture du 29 septembre 2014, la recourante a derechef mis en exergue les nombreux avis de ses différents médecins traitants et les doutes que pouvaient à son sens susciter les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Elle a observé que les rapports de ses médecins traitants étaient suffisamment étayés s'agissant de son impossibilité à exercer une activité sur le marché ordinaire du travail, ce qui justifiait l'octroi de prestations AI. E n d r o i t : 1. 1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). 1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la

LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). 1.3 In casu, le recours formé le 3 janvier 2014 contre la décision de l'OAI du 18 novembre 2013 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. 2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.). Il convient, compte tenu de la jurisprudence précitée, de définir précisément l'objet du litige et de contestation dans la mesure où la recourante fait valoir plusieurs griefs des registres tant formel que matériel. 2.2 Sur le plan formel, l'assurée se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue, arguant en premier lieu du défaut de motivation de la décision rendue par l'intimé le 18 novembre 2013. Dans un second moyen, elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir fait procéder à une traduction du rapport d'expertise rédigé par le Dr B. \_\_\_\_\_ le

#### **E. 24**

septembre 2012, certes rédigé en langue allemande, relate néanmoins que l'examen clinique opéré par ce spécialiste le 20 septembre 2012 a eu lieu en langue française au sein de son cabinet à [...]. A cet égard, force est de constater qu'il ne ressort pas des pièces du dossier de S. \_\_\_\_\_ SA ou de l'OAI que la recourante aurait requis expressément une traduction vers le français de ce document. Il n'apparaît pas davantage que l'assurée se soit prévalu du défaut d'une telle traduction auprès de ces assureurs, avant le 22 octobre 2013, date à laquelle elle a fait part de ses objections au projet de décision de l'intimé du 3 octobre 2013 par l'intermédiaire de son mandataire. Bien plus, l'assurée a elle-même produit le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'occasion du dépôt du formulaire de détection précoce auprès de l'OAI en date du 8 avril 2013, tout en mentionnant expressément son désaccord avec les conclusions de ce praticien. Elle a par ailleurs été en mesure tant en procédure administrative qu'au stade de la présente procédure d'effectuer une critique méticuleuse des

éléments contestés du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, ayant même cité des passages spécifiques de celui-ci, de son point de vue emprunts de contradictions et d'éléments erronés (cf. notamment écriture de la recourante du 22 octobre 2013 et acte de recours du 3 janvier 2014). Il y a donc lieu de déduire que les arguments de l'assurée quant à la violation de son droit d'être entendue du fait de l'absence de traduction du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, intervenus pour la première fois au stade des objections au projet de décision du 3 octobre 2013, sont pour le moins tardifs et relèvent d'un comportement contraire à la bonne foi au sens de la jurisprudence citée supra. En outre, la recourante n'allègue pas avoir pâti de problèmes de compréhension avec l'expert, ce dernier ayant conduit son examen clinique en langue française. Dans la mesure où l'assurée maîtrise cette langue, au moins à l'oral, la présence d'un interprète de sa langue maternelle ne se justifiait à l'évidence pas. Ce second grief d'ordre formel, relatif au droit d'être entendue de la recourante, doit en conséquence également être rejeté.

4. Il s'agit désormais d'examiner les bases matérielles de la décision incriminée, plus particulièrement de se prononcer sur la réalisation éventuelle des éléments constitutifs d'une invalidité dans le cas de la recourante et sur son droit à des prestations AI.

4.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 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).

4.3 En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Aux termes de l'art. 14a LAI (entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel. Se prononçant sur cette disposition dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies en plénum ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant

à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins, non seulement dans sa profession (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C\_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). 5. 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). 5.1 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Selon cette 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 (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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). 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). En outre, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de

quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée). 5.2 L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée). 6. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître

pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du

#### **E. 25**

mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 7. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA précité). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art.

#### **E. 29**

al. 2 Cst. ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). Enfin, il y a lieu de rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée). 8. In casu, il y a lieu d'examiner les volets somatique et psychique des problèmes de santé avancés par l'assurée et de déterminer si une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA justifie la reconnaissance d'une incapacité de gain et, partant, d'une invalidité (art. 7 et 8 LPGA). Ce faisant, il conviendra de se prononcer sur la valeur probante des pièces médicales, en particulier celles relatives au volet psychiatrique, et sur la nécessité d'un complément d'instruction médicale sous forme d'expertise, telle que sollicitée par la recourante aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans. 8.1 Sur

le plan somatique, l'assurée a fait l'objet de nombreuses investigations, ainsi qu'il ressort des différents rapports médicaux réunis par l'OAI et produits auprès de la Cour de céans. Cela étant, aucun des médecins généralistes ou spécialistes consultés n'a clairement mentionné une pathologie somatique avérée, qui serait en l'état de nature à entraver la capacité de travail de la recourante. En effet, sous l'angle rhumatologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relaté un « syndrome myofascial » et constaté des douleurs de l'épaule droite, sans toutefois ne prononcer quelconque incapacité de travail de ce fait. Il a en revanche renvoyé aux considérations du Dr T.\_\_\_\_\_ sur cette question eu égard à un « état anxio-dépressif » (cf. rapports des 12 décembre 2012 à l'attention de S.\_\_\_\_\_SA et 18 juillet 2013 à l'adresse de l'OAI). Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, il s'est limité pour l'essentiel à se référer aux rapports de ses différents confrères, relevant que l'assurée souffrait d'affections psychiatrique et rhumatologique qualifiées de « complexes ». Sans préconiser d'incapacité de travail spécifique, il a par ailleurs proposé à l'OAI d'envisager une « réinsertion professionnelle ou une rente » (cf. rapport du 21 juillet 2013 adressé à l'OAI). Les rapports annexés par ce praticien font en outre tous état d'investigations dans les limites des normes acceptables sans indiquer d'incapacité de travail, voire même de traitements particuliers (cf. rapports des Drs K.\_\_\_\_\_ du 23 avril 2012, Dresse N.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2012 et Dr L.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2013, ainsi que documents d'imagerie du 5 juillet 2013). Concernant enfin les constats du Dr S.\_\_\_\_\_, communiqués dans un certificat du 20 mars 2014, postérieur à la décision querellée, l'on remarque que si ce spécialiste note certes « une cervicotrapézalgie sans hernie discale, attribuée à un syndrome articulaire C5/C6 » et une « périarthrite scapulo-humérale », il indique également avoir traité ces affections « avec un bon résultat ». Son appréciation quant à l'impact éventuel de ces problématiques – à son sens « difficilement compatibles avec une activité professionnelle normale » – n'est cependant pas suffisamment précise, ni motivée à satisfaction pour être sérieusement prise en compte. En outre, ce spécialiste se détermine suite à un examen clinique réalisé plusieurs mois après la décision entreprise, sans que ce document n'apporte d'éclairage nouveau sur les circonstances régnant à la date du 18 novembre 2013. Partant, vu la teneur de l'ensemble des rapports médicaux ressortant aux troubles somatiques allégués par la recourante, force est de constater l'absence de substrat organique avéré à leur origine, singulièrement le défaut de toute incapacité de travail médicalement attestée qui serait clairement corrélée à une atteinte organique. L'on ne peut dès lors que considérer, avec l'office intimé, que l'assurée n'est pas entravée dans l'exercice d'une quelconque activité lucrative pour des motifs strictement physiques. Par ailleurs, au vu de l'exhaustivité des examens effectués, l'on ne voit pas qu'une expertise spécifique, telle que requise à titre subsidiaire par la recourante, viendrait faire état d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte à la date de la décision attaquée. Il convient en conséquence de rejeter cette conclusion subsidiaire par appréciation anticipée des preuves.

## 8.2 Demeure encore litigieux l'état de santé psychique de l'assurée, singulièrement l'impact de celui-ci sur sa capacité de travail, tandis que les diagnostics évoqués en l'espèce divergent sensiblement.

En premier lieu, l'on relève que le psychiatre ayant assumé régulièrement le suivi de la recourante, le Dr T.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de « trouble dépressif, sans précision (F39) » et d'une « fibromyalgie » dans un contexte de « maltraitance conjugale », de « harcèlement de la part de l'ex-mari » et de conflits professionnels (cf. rapport du 2 août 2013 adressé à l'OAI, ainsi que celui du 10 décembre 2013). En second lieu, l'expert mandaté par S.\_\_\_\_\_SA, le Dr B.\_\_\_\_\_, a considéré l'absence de diagnostic psychiatrique durablement incapacitant, retenant un « trouble de l'adaptation » et une « dysthymie

(F34.1) » chez une personnalité à traits « émotionnellement immature, impulsive, narcissique et histrionique » (cf. rapport d'expertise du 24 septembre 2012 p. 9 et 15). Enfin, la Dresse M. \_\_\_\_\_, consultée dès le 6 décembre 2013, a pour sa part pris en compte le diagnostic d'un « état de stress post-traumatique », relatant en sus des violences conjugales et conflits professionnels, une agression sexuelle subie par l'assurée dans son adolescence (cf. rapport du 16 avril 2014 produit auprès de la Cour de céans). Du point de vue diagnostique, les conclusions de la Dresse M. \_\_\_\_\_ quant à la réalisation des critères d'un « état de stress post-traumatique » apparaissent d'emblée sujettes à caution. En particulier, le psychiatre traitant ayant suivi l'assurée depuis 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_, n'a jamais évoqué une pathologie de cette gravité, tandis que l'assurée n'a pas nécessité d'être hospitalisée en milieu spécialisé ou rencontré d'incapacité de travail de longue durée avant celle prononcée en juillet 2012. L'on peine ainsi à envisager sérieusement que les symptômes d'une telle problématique aient échappé au Dr T. \_\_\_\_\_, qui plus est au vu de la régularité de ses consultations. Cela étant, ainsi que l'a relevé l'OAI dans sa détermination du 3 juillet 2014, tout développement factuel postérieur à la décision querellée n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Dans la mesure d'ailleurs où la Dresse M. \_\_\_\_\_ ne s'est expressément prononcée que sur l'état de santé « actuel » de l'assurée après une prise en charge de quelques semaines, il n'y a pas lieu de considérer que ce document serait déterminant pour statuer sur le bien-fondé de la décision du 18 novembre 2013. L'on notera au surplus que le diagnostic isolé de « fibromyalgie » évoqué par le Dr T. \_\_\_\_\_ sans autre détail ne justifie pas davantage d'investigations, celui-ci pouvant être écarté, en termes d'impact sur la capacité de travail de l'assurée, en l'absence de réalisation des critères jurisprudentiels évoqués sous considérant 5.1 supra. Restent les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, dont les diagnostics ne se trouvent en définitive pas si éloignés, mettant en exergue les circonstances extérieures défavorables, telles que le harcèlement de l'ex-conjoint de la recourante et les conflits professionnels l'ayant affectée. Tous deux prennent en compte essentiellement le registre des troubles de l'humeur, divergeant essentiellement sur l'intensité et l'impact de ces derniers en termes de capacité de travail. S'agissant précisément de l'appréciation de la capacité de travail, singulièrement de la valeur probante du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, l'on ne saurait se rallier aux griefs formulés pour le compte de la recourante. Le rapport incriminé résulte en effet d'une analyse complète des pièces du dossier mises à disposition de l'expert et d'un examen clinique effectué sur la personne de l'assurée. L'expert a par ailleurs exposé de manière concise et objective les raisons le conduisant à écarter les diagnostics retenus par ses confrères au profit de celui de « dysthymie » et de « troubles de l'adaptation ». Tout en discutant les points litigieux, le document en cause fait état de conclusions cohérentes, eu égard aux observations relatées. Par ailleurs, ses explications motivées sur le caractère purement contextuel et étranger à l'invalidité du vécu difficile de l'assurée eu égard aux menaces de son ex-époux et des difficultés sur son lieu de travail, emportent la conviction. L'on ne saurait au demeurant faire grief à l'expert de s'être montré incomplet, quoi qu'en dise l'assurée, dans la mesure où il s'est expressément prononcé sur la question de la compliance médicamenteuse de cette dernière et sur l'impact des démarches pénales entamées contre son ex-conjoint (cf. déterminations complémentaires du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'attention de S. \_\_\_\_\_ SA des 27 septembre 2012 et 23 février 2013). Quant à l'allégations d'éléments d'anamnèse erronés, il y a lieu de relever que l'expert a expressément indiqué s'être basé sur les informations communiquées par l'assurée elle-même, ainsi que sur les données versées au dossier de S. \_\_\_\_\_ SA.

Enfin, il n'y a pas lieu de reprocher à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec l'assurée, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert (cf. TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6 et 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3). Partant, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – invoqués par la recourante, lesquels seraient susceptibles de mettre en doute l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, une mesure d'instruction supplémentaire, telle que requise par l'assurée aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans, ne se justifie pas. Il convient en outre de considérer que le rapport d'expertise de ce spécialiste remplit les exigences jurisprudentielles pour fonder l'examen du droit de l'assurée aux prestations de l'AI, sous l'angle purement psychique, sans que l'avis divergent de son psychiatre traitant, insuffisamment motivé, ne justifie d'en remettre en question les conclusions. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a pris en considération l'avis du SMR du 22 août 2013, reposant sur les observations du Dr B.\_\_\_\_\_ et concluant à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 au plus tard, pour considérer que la recourante ne réunissait pas les éléments constitutifs de la notion d'invalidité. L'OAI était en conséquence légitimé à lui refuser toutes prestations de l'AI, soit aussi bien à une rente qu'à des mesures de réinsertion ou de réadaptation. 9. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 9.1 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. 9.2 Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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