

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 705 vom 11. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__705

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 705 du 11 octobre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 705 del 11 ottobre 2016

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, STATUT DE L'ASSURÉ{ASSURANCE SOCIALE}, FEMME AU FOYER, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 8

septembre 2014. Il a fait état de diverses critiques à l'endroit de l'expertise du Dr D. _____. Il estimait pour l'essentiel que la gravité des troubles présentés justifiait une incapacité totale de travail. De plus, il n'était guère possible de procéder à une évaluation concluante de la situation en l'espace d'une seule évaluation d'une durée de 45 minutes. Les parties se sont déterminées sur les remarques du Dr T. _____. Par courrier du 30 septembre 2014, l'intimé a fait savoir à la Cour de céans que le Dr D. _____ était décédé. De son côté, la recourante a indiqué le 9 octobre 2014 qu'elle persistait dans ses conclusions. D. Le 5 novembre 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Il était précisé qu'il pouvait s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix. Par pli du 5 décembre 2014, le Dr S. _____ a informé le magistrat instructeur qu'il envisageait de demander un examen somatique auprès du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne. Le 24 mars 2015, le Dr Z. _____ a déposé son rapport d'expertise. Celui-ci s'ouvre par l'anamnèse personnelle et médicale de l'assurée, rapporte les plaintes exprimées et décrit le status clinique objectif (pp. 2-10). Le Dr Z. _____ a exclu tout diagnostic incapacitant. Il a en revanche posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : céphalées mixtes, migraineuses et de tension chronique ; dyspepsie fonctionnelle ; syndrome du côlon irritable ; probable vessie hyperactive ; myome utérin anamnestique ; acouphènes et, enfin, gonalgies bilatérales avec status après ostéotomie du genou droit en 2005 et du genou gauche en 2007. L'expert s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic » : « Mme H. _____ annonce une santé chancelante depuis sa petite enfance avec des infections de la sphère ORL récidivantes et des troubles digestifs ayant motivé plusieurs gastroscopies sans amener de diagnostic clair. Elle se plaint également d'acouphènes apparus à l'âge de 18 ou 20 ans en aggravation et devenus bilatéraux dès 2009. Une myopie a été corrigée par une chirurgie avec mise en place de lentilles en chambre antérieure en 2003. En 2001, il est rapporté un accident de cheval à l'origine d'une contusion du poignet gauche et du genou gauche. Un genu varum sera opéré à gauche en 2005 et à droite en 2007. L'évolution est annoncée satisfaisante mais néanmoins cette affection la fera renoncer à la poursuite de ses activités professionnelles de

facteur à F._____. Elle bénéficiera de mesures de réadaptation professionnelles sous l'égide de l'AI, obtenant en août 2010 un CFC d'employée de commerce. C'est durant cette formation qu'elle présente, le 6 mai 2009, une crise de migraines avec aura prolongée. Elle est brièvement hospitalisée à l'Hôpital X._____. Dans les suites, elle présente une amputation du champ visuel vers la droite d'une trentaine de minutes, des fourmillements, des difficultés langagières et des troubles de la compréhension pendant environ trente minutes. L'examen neurologique est normal ainsi que le scanner. Le bilan biologique est normal. Depuis lors, elle annonce des troubles neurocognitifs avec ralentissement et des troubles de l'attention. Dès lors, elle estime être incapable de réaliser des tâches de type comptabilité alors que paradoxalement, elle aurait noté une amélioration d'autres tâches, annonçant qu'elle ne fait plus de fautes d'orthographe. Depuis mai 2009, elle annonce présenter des céphalées, de tension chronique, permanentes et d'intensité sévère puisque cotées à 9/10 en permanence, jour et nuit, 7 jours /7 et résistantes à toutes thérapies. Elle fait état de douleurs éparses, de troubles digestifs avec dyspepsie, de ballonnements ainsi que de troubles urologiques, à type de pollakiurie, faisant évoquer une vessie irritable. Elle annonce une incapacité de travail à 100% depuis le 6 mai 2009 jusqu'à fin juillet 2009 et à 50% depuis août 2009 jusqu'au 31 août 2010 avec dès lors une totale incapacité de travail, estimant que du fait de ces divers ennuis, elle note la perte de la capacité à comprendre un plan comptable et à réaliser son activité d'employée de commerce. Un CT scan cérébral lors de l'hospitalisation de mai 2009 est revenu normal de même qu'une IRM cérébrale. Un électro-encéphalogramme, effectué le 1 er mars 2010, était normal. L'examen neuropsychologique montre des incohérences liées à l'état émotionnel, sans trouble cognitif. Situation actuelle Mme H._____ énumère une longue série de plaintes dont certaines sont surprenantes et ne correspondent à aucun cadre nosologique précis. C'est le cas lorsqu'elle parle de ses difficultés cognitives. Malgré l'évidence qu'elle n'a jamais manifesté d'accident vasculaire cérébral, elles semblent rattacher de multiples plaintes à la survenue, le 6 mai 2009, d'une migraine avec aura qui n'a sans doute pas laissé de séquelle. Il y a donc accumulation de symptômes douloureux gastro-intestinaux, urinaires et pseudo-neurologiques. Une des caractéristiques de cette symptomatologie est qu'elle est résistante à tout traitement et qu'en définitive les traitements actuels sont inutiles. C'est le cas des céphalées mixtes annoncées à 10/10 sur EVA alors que des accès de migraines sont annoncés à 11/10 sur EVA. Les céphalées restent donc sans traitement. Paradoxalement, l'examen clinique est plutôt rassurant, rencontrant une expertisée plutôt joviale, apparaissant en bonne santé habituelle, sans auto-limitation. Nous trouvons 18/18 points de fibromyalgie à l'examen de l'appareil locomoteur. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle ou d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. Dans la description de la symptomatologie, les douleurs de l'appareil locomoteur sont inconstantes et ne sont pas au premier plan si bien qu'il n'est pas reconnu de diagnostic de fibromyalgie. L'examen neurologique est sans argument en faveur d'une atteinte centrale ou périphérique. Les paresthésies annoncées des quatre membres ne reçoivent ainsi pas d'explication somatique. L'examen cardio-vasculaire s'inscrit dans la norme. L'examen des genoux est très rassurant, sans limitation significative. Limitations fonctionnelles : En conclusion, l'incapacité de travail annoncée dès le 6 mai 2009 ne reçoit pas d'explication somatique. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Hormis celle qui avait été établie dans les suites de la cure chirurgicale de genu varum bilatéral de 2005 et 2007. Il était retenu alors les limitations fonctionnelles suivantes : - positions debout prolongées, - travaux sollicitant les genoux, - longs trajets et escaliers. » L'expert a conclu son rapport en répondant aux

questions posées par les parties. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré que les gonalgies après cure bilatérale de genu varum limitaient le périmètre de marche et le port de charges, ce qui rendait inexigible la profession de facteur depuis 2005. En revanche, l'exercice d'une activité d'employée de commerce compatible avec les limitations fonctionnelles retenues était possible à plein temps sans diminution de rendement. De l'avis de l'expert, les gonalgies résiduelles n'étaient susceptibles que de causer une perte de rendement de 10% dans le cadre de la tenue du ménage. Quant à une éventuelle réadaptation professionnelle, il a estimé que la question ne se posait au vu du CFC d'employée de commerce obtenu par l'assurée. De son côté, le Dr S. _____ a déposé son rapport d'expertise psychiatrique en date du 12 avril 2015. Il a posé les diagnostics de trouble hypocondriaque (F 45.2) et d'agoraphobie sans trouble panique (F 40.00), qu'il a justifié en ces termes : « Le dossier mis à disposition montre combien le diagnostic psychiatrique des troubles dont se plaint Mme H. _____ est malaisé et objet de dispute. Mme H. _____ estime ne pas bien aller. Elle dit avoir le moral en berne, qu'un rien la déprime, qu'elle se sent seule. Elle dit qu'enfant elle était tout le temps malade. L'examen clinique de Mme H. _____ ne permet pas de poser un diagnostic de trouble dépressif. L'humeur est certes décrite comme en baisse mais au cours des différents entretiens Mme H. _____ manifeste une attitude adéquate, elle ne pleure pas, elle ne présente pas d'idées suicidaires. Elle se montre attachée à ses enfants et à son mari. Elle ne manifeste pas d'idées de culpabilité ni de dévalorisation même si elle dit que, par moment, elle se demande si elle est utile à ses enfants. Les fonctions instinctuelles sont préservées (appétit, sexualité et sommeil) même si elles ne sont pas jugées tout à fait adéquates et normales. J'estime donc que l'on peut exclure un trouble affectif ou de l'humeur. Tout au plus pourrait-on admettre un diagnostic de dysthymie comme l'avait fait le Dr D. _____ dans son rapport du 3 septembre 2012, voire de cyclothymie. Je renonce à poser ces diagnostics car dans le cas de Mme H. _____ ils ne rendraient compte que de fluctuations habituelles, pour ne pas dire normales de l'humeur. D'autre part anamnestiquement, il n'y a pas eu d'épisodes dépressifs qui ont nécessité le recours à des soins ou des traitements spécifiques. J'exclus ainsi bien évidemment un diagnostic de trouble bipolaire car Mme H. _____ n'a jamais présenté, à ma connaissance, d'élévation de l'humeur ni de période d'hypomanie ni d'épisode maniaque à proprement parler. J'exclus les diagnostics de troubles psychotiques, en particulier du spectre de la schizophrénie, en raison de l'absence de toute symptomatologie psychotique positive telle qu'hallucinations ou idées délirantes ou négative telle qu'apragmatisme ou perplexité. J'exclus donc les diagnostics de schizophrénie, de trouble schizotypique ainsi que de trouble délirant et de trouble schizo-affectif. J'exclus également un diagnostic de trouble de la personnalité. Certes Mme H. _____ dit avoir connu une période à l'adolescence d'abus de substances et de relations interpersonnelles particulières en lien avec ces abus. Mais depuis la fin de son adolescence elle ne présente pas de problèmes particuliers de relations interpersonnelles. Elle a noué des relations sentimentales stables. Elle ne vit pas dans un isolement social et entretient des relations familiales relativement équilibrées avec les difficultés inhérentes à toute vie de famille. Dans ses différentes activités professionnelles, elle s'est montrée adéquate et ne s'est jamais plainte de problèmes relationnels. J'estime donc qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne se justifie pas. Le Dr T. _____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison des abus sexuels dont Mme H. _____ a été victime à ses dires par son beau-père. Elle se plaint encore aujourd'hui de ne pas supporter certaines odeurs qui lui rappelleraient son beau-père. Néanmoins, il n'y a pas de flash-back, ni de conduite d'évitement, ni de

phénomènes dissociatifs en lien avec ces événements douloureux. J'estime donc qu'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ne se justifie pas aujourd'hui. Les abus dont a été victime Mme H. _____ l'ont marquée et restent présents à sa mémoire mais ils n'ont pas un impact invalidant sur sa vie quotidienne ni sur ses activités personnelles. Le Dr T. _____ a posé également un diagnostic d'anxiété généralisée. Il affirme que Mme H. _____ est constamment inquiète, en particulier pour ses enfants. Or, questionnée à ce sujet par le Dr Z. _____ sur les activités d'équitation de ses enfants, Mme H. _____ s'est montrée confiante et sans inquiétude injustifiée. D'autre part, tout au long des entretiens que j'ai eus avec elle, Mme H. _____ n'a pas montré une angoisse permanente ni des craintes généralisées. J'estime donc que le diagnostic d'anxiété généralisée ne peut pas être retenu. J'exclus les diagnostics de troubles obsessionnels-compulsifs en raison de l'absence de toute symptomatologie spécifique. Mme H. _____ se plaint d'une agoraphobie. Elle ne peut pas faire les courses dans les grands magasins lorsqu'il y a du monde. Elle préfère que son mari fasse les courses. Mais elle peut malgré tout faire des courses lorsque son mari est absent. Je pose donc un diagnostic d'agoraphobie en soulignant que cette pathologie n'est que très modestement handicapante. Ce qui est frappant dans le discours de Mme H. _____ est le recours constant à des termes « médicaux » et à tout mettre en lien avec des atteintes à la santé. Dans son enfance, elle était tout le temps malade, elle avait tout le temps mal quelque part. Aujourd'hui elle souffre de céphalées, d'acouphène (alors qu'au dossier il n'est nulle part fait mention de ce trouble avant les examens actuels) et se sent fatiguée. Elle se sent limitée dans toutes ses activités en raison des différentes malaises qu'elle ressent. L'opération des yeux qu'elle a subi en 2003 est mise sur le compte d'une infection des yeux mais il s'agit en fait d'une correction de la myopie. L'infection des yeux ne permettait plus à Mme H. _____ de porter des verres de contact mais n'impliquait forcément l'intervention chirurgicale. L'événement du 9 mai 2009 est considéré par Mme H. _____ comme « traumatique » avec des conséquences majeures qui se feraient encore ressentir aujourd'hui. Or objectivement, cet événement n'a laissé aucune séquelle et toutes les plaintes qui sont rapportées à cet événement sont strictement subjectives. J'estime donc qu'il est justifié dans le cas présent de poser un diagnostic de trouble hypocondriaque. La caractéristique de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence d'un ou plusieurs troubles somatiques graves. Je qualifierai ce trouble, dans le cas présent, de léger à moyen.

E. 9

Discussion J'ai longuement discuté des diagnostics posés dans le paragraphe précédent. L'histoire asséurologique de Mme H. _____ est particulière. A partir d'une chute de cheval en 2001, qui a provoqué une contusion du poignet et du genou gauches et justifié un arrêt de travail de quatre semaines, l'assurance accidents a pris en charge deux interventions chirurgicales de genu varum qui ne sont pas d'origine traumatique. Puis l'OAI a mis en place des mesures de réinsertion professionnelle. Quelques mois après la mise en œuvre de ces mesures, Mme H. _____ a présenté un épisode, certes inquiétant, mais anodin que l'on a décrit comme crise de migraine avec aura prolongée. Et depuis lors elle s'estime incapable de travailler, en tout cas à plein temps. Un traitement psychiatrique n'est commencé qu'en février 2012 et n'a apporté à ce jour aucune amélioration de la symptomatologie ni de la capacité de travail estimée. Cette constatation n'est pas un jugement de valeur sur la qualité du travail psychothérapeutique ni de la médication psychotrope mis en place depuis lors. Il a vraisemblablement permis à Mme H. _____ de se sentir un peu mieux et de pouvoir évoquer les souffrances du passé. Mais cette absence

d'évolution met en évidence la difficulté à modifier les schémas de pensée et le comportement de Mme H._____. Le trouble hypocondriaque dont souffre Mme H._____ colore toutes les facettes de sa vie. Tous les événements de la vie sont teintés par la maladie, reçoivent quasiment un diagnostic et impliquent des précautions. Il y a une amplification involontaire des troubles anodins. Ce trouble hypocondriaque conduit à des auto-limitations fonctionnelles sans substrat objectif. Néanmoins Mme H._____ mène une vie, certes un peu restreinte, mais normale avec ses enfants dont elle prend soin comme une mère parfaitement adéquate. Elle ne présente pas d'atteinte importante à sa santé somatique comme le montre bien le rapport complémentaire d'expertise du Dr Z. _____ du 24 mars 2015. Mme H._____ n'a plus travaillé quasiment depuis qu'elle a quitté F._____ à fin janvier 2005, si l'on excepte la période de formation de 2008 à 2010. Or aucune atteinte à la santé objective ne permet de justifier une telle incapacité de travail. Mme H._____ présente une pathologie de faible gravité du point de vue psychiatrique et ne présente pas d'atteinte majeure à sa santé somatique. Le pronostic est favorable du point de vue somatique en raison de l'absence d'atteintes chroniques. Du point de vue psychiatrique, le pronostic est également favorable même si le trouble hypocondriaque risque de persister, mais sans aggravation notable.

E. 10

Dire pourquoi vous vous écarterez de l'avis du Dr D._____, du Dr S._____ ou de celui du Dr T._____, s'agissant des diagnostics, des limitations retenues, de leur effet sur la capacité de travail et de l'évolution du taux d'incapacité dans le temps et sur le pronostic. L'argumentation sur ces points a été exposée dans le texte de ce rapport médical.

E. 11

Mentionner les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de l'assurée à tenir son ménage, en terme de limitations, et leur évolution dans le temps cas échéant. Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation assécurologique et ne sont pas reprises ici.

E. 12

Déterminer les conséquences du (des) diagnostic(s) sur la capacité de l'assurée à tenir son ménage, en pourcent et en terme de rendement, et leur évolution dans le temps cas échéant. La diminution de rendement au ménage peut être estimée à 10%. Elle remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors, d'après les informations à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas de diminution de rendement au ménage avant le mois de mai 2009.

E. 13

Fixer en conséquence le taux d'incapacité de l'assurée à tenir son ménage et son évolution dans le temps cas échéant. L'expert ne retient pas d'incapacité de travail en pourcent. Il retient par contre une diminution de rendement au ménage qui peut être estimée à 10%. Cette diminution remonte vraisemblablement à la période du possible AIT du mois de mai 2009. Elle est restée globalement constante depuis lors et pourrait être fixée pour une longue durée.

E. 14

juillet 2006, elle fait état d'une ostéotomie d'ouverture tibiale proximale sur entorse du genou gauche, accompagnée d'une lésion méniscale. Entre 2005 et 2008, elle a subi diverses interventions chirurgicales pour des troubles affectant les membres inférieurs. En mai 2009, elle a présenté des symptômes compatibles avec une migraine avec aura prolongée, survenant dans un contexte de céphalées fréquentes. Depuis cette période, l'intéressée décrit une persistance de troubles du langage, des difficultés de compréhension, des troubles de concentration, des troubles sensitifs discrets sur l'hémicorps gauche et des impressions occasionnelles que la vision oscille. Dans son rapport du 17 janvier 2011, la Dresse L. _____ indique qu'une IRM cérébrale a été effectuée et qu'elle s'est révélée tout à fait normale. Hormis quelques troubles attentionnels en lien avec l'état émotionnel de l'assurée, l'examen neuropsychologique du 6 mars 2011 était lui aussi dans les normes. Dans ces conditions, le Dr K. _____ est d'avis que les troubles attentionnels justifient une baisse de rendement de 20% au maximum dans l'activité d'employée de commerce, avec la précision que cette diminution s'entend pour un travail exercé à plein temps, de sorte qu'elle reste sans effet sur un statut d'active de 80%. L'assurée ayant fait état de troubles oculaires dans le cadre des objections présentées à l'encontre du projet de décision du 27 septembre 2011, le SMR a interpellé l'ophtalmologue traitant, Dr R. _____, qui a confirmé, en date du 26 janvier 2012, avoir opéré l'assurée d'une myopie en 2003, ajoutant qu'elle ne souffrait d'aucune maladie oculaire. En réponse aux questions posées par l'office AI au cours de la procédure ayant suivi la contestation de son préavis, la Dresse L. _____ a déclaré en date du 16 février 2012 que les céphalées présentées par l'assurée participaient d'un état dépressif important avec des limitations fonctionnelles sous forme de fatigue, photophobie, phonophobie, troubles de la concentration, ralentissement attentionnel et acouphènes, lesquelles, selon cette spécialiste, compromettraient la reprise de l'activité d'employée de commerce. Elle relève aussi la nécessité d'entreprendre un suivi psychiatrique pour améliorer la situation, ce que l'assurée a fait dès le 8 février 2012 auprès du Dr T. _____, psychiatre traitant. Dans son rapport du 22 mai 2012 à l'intention de l'office AI, ce dernier a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de terreurs nocturnes et d'état de stress post-traumatique, motivant une incapacité complète de travail dans toute activité. Sur la base des pièces médicales recueillies, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique que l'office AI a confiée au Dr D. _____. Dans son rapport du 3 septembre 2012, celui-ci n'a retenu que le diagnostic de dysthymie, au demeurant sans effet sur la capacité de travail. Il a relevé que l'examen clinique n'avait pas révélé de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique, ce qui excluait selon lui tout autre diagnostic. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré qu'elle était entière dans toute activité sur le plan psychiatrique. En l'absence d'atteintes à la santé incapacitantes dûment établies, l'office AI a, en date du 11 février 2013, rendu une décision formelle conforme à son projet du 27 septembre 2011. b) En procédure de recours, la recourante critique l'expertise du Dr D. _____ en se prévalant de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr T. _____. D'après ce dernier, le rapport du Dr D. _____ contiendrait des lacunes dans l'établissement des faits. Il estime en outre que ce dernier aurait dû investiguer lui-même la fréquence et le rythme des crises d'angoisse. Il signale encore des erreurs dans la présentation des faits médicalement pertinents. Le Dr T. _____ a développé son point de vue en répondant en date du 8 septembre 2014 au questionnaire du conseil de la recourante. Se déterminant à ce propos le 9 octobre 2014, cette dernière a

demandé que les Drs D. _____ et T. _____ soient interpellés aux fins de confronter leur position respective. De son côté, l'office AI a signalé, par courrier du 30 septembre 2014, le décès du Dr D. _____. Dans ces conditions, le magistrat instructeur a diligencé une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr S. _____, celui-ci ayant la possibilité de s'adjoindre le concours d'un spécialiste de son choix, ce qu'il a fait en la personne du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 24 mars 2015, ce dernier constate que l'assurée est multi-plaintive et qu'elle fait surtout état de céphalées migraineuses et de tension. Pour autant, l'examen clinique est qualifié de rassurant. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle ou d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. Dans la description de la symptomatologie, les douleurs de l'appareil locomoteur sont inconstantes et ne sont pas au premier plan si bien que le Dr Z. _____ écarte le diagnostic de fibromyalgie. L'examen neurologique est sans argument en faveur d'une atteinte centrale ou périphérique. Les paresthésies annoncées des quatre membres ne reçoivent ainsi pas d'explication somatique. L'examen cardio-vasculaire s'inscrit dans la norme. L'examen des genoux est très rassurant, sans limitation significative. Selon le Dr Z. _____, l'incapacité de travail annoncée dès le 6 mai 2009 ne reçoit pas d'explication somatique. Il n'y a par ailleurs aucune limitation fonctionnelle hormis celles retenues dans les suites de la cure chirurgicale de genu varum bilatéral de 2005 et 2007. Il s'agit de celles déjà signalées par le Dr V. _____ en octobre 2007, consistant en l'exclusion de la position debout prolongée, des travaux sollicitant les genoux ainsi que des longs trajets et de la montée et descente d'escaliers. Dans ces conditions, le Dr Z. _____ considère que la profession de factrice n'est plus exigible. En revanche, il estime que l'activité d'employée de commerce peut être exercée à plein temps, sans diminution de rendement. De son côté, le Dr S. _____ pose dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2015 les diagnostics de trouble hypocondriaque (F 45.2) et d'agoraphobie sans trouble panique (F 40.00). Ce dernier diagnostic se fonde sur les déclarations de l'assurée qui se plaint d'une agoraphobie, qui l'empêche de faire ses courses dans les grands magasins lorsqu'il y a du monde. Elle préfère que son époux se charge des courses même si elle concède s'y consacrer malgré tout lorsque son mari est absent. Pour cette raison, le Dr S. _____ considère que cette pathologie n'est que très modestement handicapante. Quant au trouble hypocondriaque, il s'explique par le fait que tous les événements de la vie de l'assurée sont teintés par la maladie. Il y a en outre une amplification involontaire des troubles anodins. Ce trouble hypocondriaque conduit à des auto-limitations fonctionnelles sans substrat objectif. Il précise encore que, du point de vue neurologique, il n'y a aucune séquelle de l'événement du 6 mai 2009. En effet, l'assurée ne présente aucun trouble cognitif ni atteinte cérébrale. Pour le surplus, les plaintes ne sont pas corroborées par les examens neuropsychologiques. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, le Dr S. _____ souligne que les troubles psychiques présentés par l'assurée n'ont pas de retentissement sur sa capacité de travail depuis la fin de son apprentissage au mois de juillet 2010. L'angoisse ne la paralyse pas au point de lui interdire toute activité. Les ruminations ne sont pas prééminentes. Tout au plus reconnaît-il une diminution de rendement de l'ordre de 15 à 20% en raison des préoccupations qui peuvent la perturber dans son activité professionnelle. De nouvelles mesures de réadaptation ne se justifient pas sur le plan médical compte tenu de l'obtention du CFC d'employée de commerce. Si, dans ses déterminations du 11 mai 2015, l'office intimé constate que les conclusions du Dr S. _____ corroborent celles de son SMR, la recourante, pour sa part, avance diverses critiques à l'endroit du rapport d'expertise du Dr S. _____. Sur le fond, elle souligne

l'inanité du diagnostic de trouble hypochondriaque en ce sens que les soins dont elle fait l'objet depuis de nombreuses années tant sur le plan somatique que psychique correspondent à des pathologies dûment avérées. Elle se réfère plus particulièrement à l'ablation récente de l'utérus et des trompes, aux diverses interventions chirurgicales pratiquées au genou gauche entre 2005 et 2008 ainsi qu'à l'opération ophtalmique réalisée en 2003. Sur le plan formel, elle estime que le libellé du rapport du Dr S. _____ comporte des tournures verbales et grammaticales qui dénoteraient selon elle un défaut d'objectivité de sa part dans le traitement de son cas. Ultérieurement, la recourante a produit un rapport du Dr T. _____ daté du 18 juin 2015, dans lequel celui-ci formule diverses objections au sujet du rapport d'expertise du Dr Z. _____, consistant pour l'essentiel à réaffirmer la gravité des troubles présentés par l'assurée, lesquels feraient obstacle à l'exercice de toute activité. Se prévalant de l'avis de son psychiatre traitant, l'assurée a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une surexpertise. Le magistrat instructeur y a fait droit en confiant au Dr P. _____ le soin de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante. c) Dans son rapport du 12 octobre 2015, le Dr P. _____ retient les diagnostics de trouble dysthymique (dysthymie), trouble anxieux généralisé ainsi que trouble panique avec agoraphobie. Il explique que c'est à partir de symptômes neurologiques survenus en mai 2009 que l'assurée rapporte un tableau clinique fait de symptômes anxieux et dépressifs. En ce qui concerne la dysthymie, l'expert P. _____ constate que si la thymie est quelque peu abaissée, la présentation n'est certainement pas celle d'un épisode dépressif franc. Elle reste en effet alerte et garde bien le focus d'entretien. Elle défend activement et intelligemment son dossier, peut sourire et répondre positivement à l'humour. Elle rapporte néanmoins de la fatigue ainsi que de la fatigabilité de même que la sensation d'être à bout. Elle évoque une faible estime de soi, des difficultés de concentration et des troubles du sommeil. S'agissant du trouble anxieux généralisé, le Dr P. _____ rend compte de l'anxiété chronique en termes de soucis que l'assurée considère comme excessifs et anormaux. Présents depuis de nombreuses années, ceux-ci se sont accentués progressivement depuis le mois de mai 2009. Ils touchent la situation actuelle de l'expertisée, sa famille ainsi que ses enfants. Ils sont par ailleurs fortement axés sur sa santé physique, ce qui peut expliquer le diagnostic de trouble hypochondriaque posé par le Dr S. _____. Quant au reste de la symptomatologie observée, consistant en de la fatigue ainsi que des troubles de la mémoire et des difficultés attentionnelles, elle se recoupe selon le Dr P. _____ avec ce qui relève du trouble dysthymique. En retenant le diagnostic de trouble anxieux généralisé, ce dernier rejoint l'appréciation du psychiatre traitant qui pose le même diagnostic. En revanche, le Dr P. _____ ne va pas jusqu'à retenir un état de stress post-traumatique même s'il considère que le trouble anxieux généralisé peut être une conséquence des traumatismes psychiques que l'intéressée dit avoir subis dans l'enfance. Pour ce qui est du trouble panique avec agoraphobie, l'expert mentionne les attaques de panique rapportées par l'assurée sous la forme d'oppression thoracique, de gêne respiratoire, de palpitations, de nausées, de vertiges et de sudations. Ces peurs entraînent divers comportements d'évitement même s'ils n'atteignent pas un seuil de manifestation pathologique, notamment lors de certaines situations sociales. Dans un deuxième temps, le Dr P. _____ s'attache à discuter les autres diagnostics psychiatriques ressortant des divers rapports et expertises médicaux versés au dossier. Même si l'expert reconnaît que certaines formes de la symptomatologie peuvent conduire à poser les diagnostics d'état de stress post-traumatique ou de trouble hypochondriaque, il les écarte au vu du tableau clinique présenté par l'assurée ainsi que de l'absence de différents critères

diagnostiques permettant de retenir ces pathologies. Il en va d'ailleurs de même du trouble terreurs nocturnes, pour lequel l'expert ne retrouve pas la réalisation des critères caractéristiques. Le Dr P. _____ examine encore si un autre trouble affectif que le trouble dysthymique validerait d'autres troubles, tels qu'un épisode dépressif, un trouble dépressif récurrent, voire un trouble bipolaire de type I ou de type II. Tel n'est pas le cas selon lui. Il n'y a pas davantage le seuil diagnostique d'un trouble obsessionnel compulsif, dès lors que les compulsions ne sont pas assez dysfonctionnelles tant en durée qu'en sévérité pour valider un tel trouble. Il exclut également une affection cérébro-organique au vu de l'examen clinique et des pièces au dossier. L'assurée ne relève pas non plus d'une pathologie psychotique, pas plus qu'il n'y a d'arguments en faveur d'un trouble des conduites alimentaires ou d'un problème avec des substances psychoactives. Enfin, même si certains traits de personnalité sont relativement marqués en termes de dépendance à l'égard de tiers ou qu'ils rappellent des éléments histrioniques, ils ne sont pas assez nombreux ni suffisamment accusés pour valider le diagnostic d'un trouble de ce registre. En conclusion, le Dr P. _____ retient que l'assurée relève d'une fragilité personnelle imputable à son vécu traumatique pendant l'enfance. Ensuite de son divorce, des éléments dépressifs sont apparus, lesquels se sont accentués à la suite du malaise du mois de mai 2009 pour aboutir, au jour de l'expertise, à une problématique anxieuse et dépressive. Pour autant, l'expert estime que l'intéressée ne présente pas de troubles psychiatriques graves, l'anxiété et les éléments dépressifs se situant aux limites inférieures d'un seuil diagnostique. Il considère pour cette raison que l'appréciation diagnostique est difficile. Les divergences figurant au dossier médical qui lui a été soumis contribuent elles aussi à rendre l'analyse délicate. Cela étant, l'expert note que l'assurée n'a jamais dû bénéficier de traitements lourds ni n'a été hospitalisée en milieu psychiatrique. Au demeurant, elle évolue plus ou moins normalement depuis plusieurs années en tant que mère de famille sans laisser entendre qu'elle ne s'occuperait pas normalement de son troisième enfant. Le Dr P. _____ fait encore état d'une discordance entre les plaintes alléguées et le tableau présenté en séance. Il rappelle à cet égard l'ambivalence déjà relevée par le médecin d'arrondissement de la CNA en 2007, en ce sens que l'assurée lui paraissait alors peu disposée à réintégrer le circuit économique. Or, l'expert mentionne que l'intéressée est capable de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle et qu'elle a en particulier montré qu'elle était apte à faire usage des compétences acquises dans la gestion du processus d'expertise. Ayant établi un contact adéquat avec l'expert, celui-ci relève qu'elle s'est par ailleurs montrée solide et autonome dans la défense de son dossier. Les seules restrictions retenues par l'expert tiennent pour l'essentiel à une faculté d'adaptation limitée en raison d'une certaine fragilité face aux facteurs de stress. Il estime néanmoins qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail psychiatrique. Aussi, considère-t-il que la capacité de travail est entière dans toute activité, sous réserve d'une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des troubles consécutifs à l'accident ischémique transitoire survenu au mois de mai 2009. Valable dès cette date selon l'expert, la capacité de travail pourrait être fixée pour une longue durée, étant précisé qu'en l'absence de troubles psychiques graves, le pronostic à long terme devrait être bon. d) De ce qui précède, on constate que l'appréciation du Dr P. _____ rejoint celle des autres experts psychiatres ayant examiné l'assurée. En effet, il ressort de l'expertise du Dr D. _____ du 3 septembre 2012 que celui-ci n'a pas mis en lumière de troubles psychiques graves. Il évoque une labilité émotionnelle, une fatigabilité anamnétique, des ruminations existentielles et un mauvais sommeil. En retenant le diagnostic de dysthymie, il souligne

ainsi le faible degré de sévérité des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur tout en soulignant le caractère fluctuant de cette dernière qui se caractérise par une alternance de périodes de durées variables pendant lesquelles l'assurée se sent tour à tour abattue puis de nouveau plus forte. Ces hauts et ces bas sont du reste également évoqués par le Dr P._____. Selon le Dr D._____, la dysthymie n'est toutefois pas incapacitante. De même, le Dr S._____ estime que les troubles psychiques présentés par l'assurée n'affectent pas sa capacité de travail. Il ne retient qu'une baisse de rendement de l'ordre de 15 à 20% « en raison des préoccupations qui peuvent la perturber dans son activité professionnelle. » Il considère que cette capacité peut être fixée à compter de la fin de son apprentissage au mois de juillet 2010. On remarque ainsi que, hormis le Dr T._____, les experts psychiatres ont retenu de manière unanime une capacité de travail entière dans toute activité. Si le Dr T._____ a développé diverses critiques à l'endroit des rapports des Drs D._____ et S._____, il n'a en revanche pas déposé de déterminations ensuite de la (sur) expertise du Dr P._____. De son côté, la recourante concède n'avoir que peu d'observations à formuler à ce propos. En indiquant qu'elle ne comprend guère les raisons ayant conduit l'expert P._____ à retenir certains diagnostics et à écarter certaines des pathologies retenues par ses confrères, la recourante perd de vue qu'il a dûment motivé ses choix diagnostiques en expliquant de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il avait finalement retenu certaines pathologies au détriment d'autres. Il s'est du reste expressément prononcé sur les affections ressortant des rapports et expertises de ses confrères D._____, T._____ et S._____ versés au dossier. De plus, la recourante ne saurait reprocher à l'expert de douter de sa sincérité. En effet, en mentionnant la défense intelligente et efficace de son dossier, il n'a fait que consigner ses constatations. En outre, s'il relève des discordances entre les plaintes et ses observations en séance, il ne fait pas pour autant état d'un comportement évoquant une simulation, le Dr P._____ ayant attesté de la réalité des souffrances de l'assurée. En définitive, la recourante ne fait que substituer sa propre appréciation à celle de l'expert P._____, sans pour autant faire état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par ce dernier. Au vrai, aucun rapport médical postérieur ne remet en cause son analyse ou son évaluation. Il y a par conséquent lieu de retenir avec le Dr P._____, rejoignant en cela les conclusions des Drs D._____ et S._____, que la recourante présente une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique dans toute profession avec une diminution de rendement de 20% à compter du mois de mai 2009, ce qui revient à écarter l'appréciation du Dr T._____, selon laquelle la gravité des troubles psychiques de l'assurée justifieraient une incapacité totale de travail. En sa qualité de médecin traitant, celui-ci est enclin à faire preuve de bienveillance et d'empathie vis-à-vis de sa patiente. Il ne prend au demeurant pas position sur l'expertise du Dr P._____. L'appréciation du Dr P._____ n'invalide nullement les conclusions du Dr Z._____. En effet, celui-ci retient que la capacité de travail de la recourante dans la profession d'employée de commerce est totale sans perte de rendement. Or, le Dr P._____ considère que la capacité de travail est entière dans toute activité avec une perte de rendement de 20%, rejoignant en cela l'avis du SMR tel qu'exprimé par le Dr K._____ en date du 15 septembre 2011. Dans ses déterminations du 12 mai 2015, la recourante ne discute pas sérieusement le contenu du rapport du Dr Z._____, se contentant d'en souligner le caractère orienté au vu du diagnostic de trouble hypochondriaque posé par le Dr S._____. Elle n'apporte toutefois aucun élément à l'appui de son assertion. Quant à l'ablation des trompes et de l'utérus en raison d'un myome – survenue postérieurement à l'examen du Dr Z._____ –, le dossier tel que constitué ne

contient aucun avis médical faisant état d'une éventuelle répercussion de cette opération sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci ne le soutient d'ailleurs pas expressément. Le Dr P._____ parle même d'une évolution qui serait globalement favorable à cet égard. 7. En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions ressortant du rapport d'expertise psychiatrique du Dr P._____ du 12 octobre 2015, lequel remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante ; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Sur la base de l'avis expertal du Dr P._____, il y a donc lieu de reconnaître à l'assurée une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à compter du mois de mai 2009. Cette appréciation rejoignant celle de l'office AI, force est de constater que la décision litigieuse du 11 février 2013 est fondée. 8. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité, hormis la détermination du statut d'active (cf. considérant 4 supra), n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. On précisera dans ce contexte que la diminution de rendement de 20% telle que retenue par le Dr P._____ est sans incidence sur la répartition des statuts, en particulier d'un statut d'active à 80%, puisqu'elle se rapporte à une capacité de travail de 100% (cf. aussi l'avis du Dr K._____ du 15 septembre 2011 et dans le même sens TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 5). Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 6.50%, c'est dès lors à juste titre que l'office AI a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint. 9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à procéder à sa propre audition de même qu'à celle des Drs T._____ et P._____ ainsi que d'une collaboratrice de la société W._____ SA. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. On précisera encore que, selon l'usage, les médecins sont invités à s'exprimer de préférence par écrit. 10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPG).

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