

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 120 vom 4. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__120)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 120 du 4 mars 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 120 del 4 marzo 2021

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, FORCE PROBANTE | 17 al. 1 LAI, 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 4

mars 2021 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président Mme Berberat, juge, et Mme Silva, assesseure Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art.

### E. 6

Est-ce que le fait que la patiente ne présenterait pas de ralentissement psychomoteur, de troubles cognitifs touchant la mémoire ou la concentration, ainsi qu'une très discrète perte de l'élan vital, liée à une régression très marquée serait suffisamment significatif en vue de retenir le diagnostic de dysthymie en lieu et place d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ? Dans la négative, pour quels motifs ? Non, tant dans la dysthymie que dans l'épisode dépressif moyen, nous retrouvons une réduction de l'énergie ou de l'activité ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. La dysthymie est considérée en tant que dépression chronique, mais moins sévère qu'une dépression clinique, souvent cela est synonyme d'une personnalité dépressive. La différence entre l'épisode dépressif et la dysthymie est par rapport à l'apparition des symptômes selon la CIM 10. En effet, dans l'épisode dépressif, ils persistent au moins pendant deux semaines, alors que dans la dysthymie cela peut durer au-delà de deux ans du fait qu'il s'agit d'une symptomatologie chronique, que l'on retrouve aussi sous forme de récurrences dépressives chez notre patiente.

### E. 7

Quels pourraient être les symptômes présentés par la patiente en vue d'établir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ? La patiente présente les critères généraux d'un épisode dépressif (CIM 10 : F32). Elle présente au moins deux des trois symptômes du critère B (CIM 10 : F32.0). Présence de plusieurs symptômes du critère C (CIM 10 : F32.0) pour atteindre un total d'au moins six symptômes. On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier la présence d'un syndrome somatique. Symptomatologie concernant le codage syndrome somatique. Les symptômes sont : -

Humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituelles agréables, augmentation de la fatigabilité ; - Ralentissement psychomoteur, perte marquée de l'appétit, culpabilité excessive, perte de confiance en soi et de l'estime de soi, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, perturbation du sommeil.

#### **E. 8**

Est-ce que vous êtes en mesure de vous rallier aux considérations du Dr G.\_\_\_\_\_, à savoir qu'il n'a pas été mis en évidence d'idées délirantes correspondant à un trouble du contenu de la pensée entraînant une perte du contact de la réalité et que par définition, il n'y a pas d'hallucinations dans un trouble délirant persistant ? Dans la négative, pour quels motifs ? Nous ne sommes pas en mesure de nous rallier aux considérations du Dr G.\_\_\_\_\_. Si nous voulons encore plus préciser notre diagnostic, elle présente des idées délirantes de persécution consistant en des attaques et du harcèlement par le djinn. De ce fait, cela nous oriente vers une spécification d'un certain sous[-]type de diagnostic possible : - Autres troubles délirants persistants (CIM-10 : F22.8). Il s'agit d'une catégorie résiduelle de troubles délirants persistants qui ne répond pas aux critères d'un trouble délirant (CIM-10 : F22.0). Cela se présente sous forme d'un trouble ou de symptômes dans lesquels les idées délirantes (influence et persécution) sont accompagnées d'hallucinations auditives persistantes à type de voix ou de symptômes schizophréniques ne répondant pas entièrement aux critères de la schizophrénie.

#### **E. 9**

Est-ce que vous êtes en mesure de vous rallier à l'observation du Dr G.\_\_\_\_\_, à savoir que lorsque la patiente parle des Djinns maléfaisants qui lui parlent, elle ne manifesterait pas d'anxiété particulière et qu'il n'a pas été mis en évidence d'attitude d'écoute ? Dans la négative, pour quels motifs ? A la page 21, paragraphe 4, du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, il est mentionné l'absence d'anxiété particulière quand Mme A.\_\_\_\_\_ parle des djinns maléfaisants. Il faut savoir que la patiente cohabite avec un djinn depuis plusieurs années. Elle s'est adaptée à sa situation et l'adaptation de sa médication a contribué à la diminution de sa symptomatologie anxiodépressive. L'attitude d'écoute est une manière de repérer indirectement les hallucinations. Elle est plus observée dans la schizophrénie que dans un trouble délirant persistant.

#### **E. 10**

Quels pourraient être les symptômes présentés par la patiente en vue d'établir le diagnostic de trouble délirant persistant, sans précision (F22.9) ? Présence d'idées délirantes de persécution, d'hallucinations auditives survenant de façon irrégulière et de symptômes dépressifs. Ce trouble persiste parfois durant toute la vie.

#### **E. 11**

Quelle est la capacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée, compte tenu des diagnostics affectant sa sphère psychique ? Incapacité à 100 %

#### **E. 12**

Quelle a été l'évolution de la capacité de travail depuis l'apparition des symptômes affectant la sphère psychique de la patiente ? L'évolution de la capacité de travail est stationnaire, entraînant ainsi une incapacité de travail à 100 %.

#### **E. 13**

Quelle pourrait être l'évolution prévisible des troubles affectant la sphère psychique de la patiente et leur influence sur la capacité de travail ? L'évolution reste chronique et invalidante, entraînant ainsi une incapacité de travail à 100 %.

#### **E. 14**

Est-ce que la patiente serait en mesure de faire face aux exigences d'un emploi sur le marché équilibré du travail, compte tenu des diagnostics à caractère psychiatrique retenus ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ? Mme A. \_\_\_\_\_ n'est pas en mesure de faire face aux exigences d'un emploi sur le marché équilibré du travail, compte tenu des diagnostics à caractère psychiatrique retenus, de l'évaluation du danger et dans la mesure où la patiente est disposée à agir, selon ses idées délirantes, aux ordres du djinn.

#### **E. 15**

Quels ont été les effets de la médication prescrite à la patiente depuis le début du traitement ? Les effets de la médication sont de réduire les angoisses, les affects dépressifs ainsi que les idées délirantes de persécution, sans pour autant les éradiquer de manière définitive. Ce trouble peut persister à vie.

#### **E. 16**

Est-ce que le fait que la médication prescrite n'ait entraîné aucune amélioration de l'état de santé psychique de la patiente depuis le début du traitement pourrait signifier une absence de pathologie sur un plan psychique ? Dans la négative, pour quels motifs ? Non, la médication prescrite n'entraîne pas systématiquement une amélioration de l'état de santé psychique dans le cadre de cette pathologie chronique. L'amélioration peut être remarquée dans la durée des épisodes thymiques qui peut être légèrement brève par rapport à la durée des périodes de délire. Les idées délirantes et les risques de danger par rapport aux passages à l'acte face aux harcèlements et persécution de ce djinn, témoignent de la sévérité de cette pathologie psychiatrique et ne signifient aucunement une absence de pathologie sur un plan psychique, car ce trouble délirant persistant se caractérise par la survenue d'une ou d'un ensemble d'idées délirantes, persistantes et pouvant durer parfois toute la vie.

#### **E. 17**

Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? Nihil. - un rapport du 22 mars 2019 des Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et O. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, consécutif à un séjour volontaire du 9 au 30 janvier 2019 à l'Hôpital de [...], en raison d'un épisode dépressif avec des idées suicidaires. Les Drs F. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), avec pour comorbidité une obésité. Dans leur discussion du cas, ils ont évoqué comme facteur de crise récent le décès de la sœur de l'assurée. Les symptômes de nature potentiellement psychotique (voix et idées au sujet de Djins) n'ont pas été attribués à une psychose, mais à l'épisode dépressif sévère actuel, leur contenu étant congruent à la culture de l'intéressée. Après avoir recueilli les déterminations du SMR (avis du 23 juillet 2019), l'OAI a, par décision du 29 août 2019, rejeté la demande de prestations. B. a) Par acte déposé le 2 octobre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me David Métille, a recouru contre la décision du 29 août 2019, concluant principalement, à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière « compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 % » depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise psychiatrique par le tribunal « aux fins d'établir les diagnostics avec influence sur le taux de capacité de

travail », respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. En substance, la recourante reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise K. \_\_\_\_\_ et son volet psychiatrique. Elle estimait que les rapports de ses médecins traitants valaient contre-expertise. b) Dans sa réponse du 5 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise K. \_\_\_\_\_, estimant que les critiques de l'assurée n'étaient pas de nature à modifier sa position. c) Au terme d'un second échange d'écritures des 28 novembre et 19 décembre 2019, les parties ont maintenu leur position respective. L'OAI a versé en cause un nouvel avis du SMR du 10 décembre 2019. De son côté, l'assurée a sollicité, à titre de mesures d'instruction, la production d'un rapport d'hospitalisation auprès de la Clinique [...] en lien avec un séjour de deux semaines au sein de cette institution, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. d) Dans d'ultimes déterminations du 22 janvier 2020, l'assurée a confirmé ses précédentes conclusions ainsi que les moyens de preuves requis dans ses précédentes écritures. e) A la demande du Juge instructeur, l'assurée a produit le 14 juillet 2020 le rapport établi à la suite de son séjour du 17 au 31 juillet 2017 au sein de la Clinique de [...]. f) Dans ses déterminations du 20 août 2020, l'OAI a estimé que ce rapport n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux.

**E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. 3. a) 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). Est réputée incapacité de travail 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. b) 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. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée,

de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 4. a) En l'occurrence, l'intimé a constaté, en se basant sur le rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_, que la recourante disposait d'une entière capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, partant, nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur. Ne partageant pas ce point de vue, la recourante conteste la pleine capacité de travail retenue en opposant l'avis de ses médecins sur la question. Elle critique en particulier l'indépendance et l'objectivité des constatations de l'expert G.\_\_\_\_\_ en charge du volet psychiatrique de l'expertise. b) aa) Sur le plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire confiée au K.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies sur lésions discales et de scapuloalgie gauche en relation avec des tendinopathies, ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de suspicion de diabète de type 2, sans complication, de maladie de reflux et colopathie fonctionnelle traitées quotidiennement par IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et laxatif doux ainsi que d'obésité morbide avec un BMI de 45,5 kg/m<sup>2</sup>. Les experts somaticiens (à savoir, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation) ont estimé que la capacité de travail était nulle depuis la fin 2013 dans une activité physique, la reprise de l'activité usuelle de nettoyeuse et d'aide de cuisine étant jugée « illusoire ». Ils étaient par contre d'avis que la capacité résiduelle de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Au moment d'apprécier la situation, sur le plan somatique, les experts du K.\_\_\_\_\_ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pp. 19 - 20) : Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine

interne, l'expertisée souffre essentiellement d'une obésité morbide, qui la gêne avant tout dans sa mobilité. Un diabète, si présent, n'est qu'ébauché et semble maîtrisé par sulfonylurée. Sa pathologie fonctionnelle digestive est, quant à elle, sous contrôle. Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, l'expertisée se plaint de scapulalgies, de rachialgies notamment cervicales, de douleurs lombaires basses, qu'elle rapporte plutôt aux douleurs liées à la grande cicatrice horizontale qui barre la région, de douleurs des pieds limitant la marche. L'examen clinique est cependant rassurant, montrant uniquement une antéflexion du tronc, des contractures musculaires douloureuses cervicales et des muscles trapèzes, dorsales, absence de contracture musculaire lombaire, mais la palpation de la région est déclarée douloureuse, la mobilité des membres montre une limitation modérée de l'élévation antérieure et latérale de l'épaule gauche. Ces mouvements sont douloureux. Au niveau des membres inférieurs, la mobilité est normale et symétrique, cependant le mouvement de flexion/rotation interne de hanche droite déclenche une douleur. Les points de Smythe sont déclarés douloureux, mais les points de contrôle sont aussi douloureux : le diagnostic de fibromyalgie n'est donc pas admis. Sur le vu de cet avis expertal concluant, lequel n'est pas remis en cause par la recourante, il y a lieu de constater que la recourante dispose sur le plan somatique, malgré les atteintes qu'elle présente, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieure à dix kilos, pas d'élévation du membre supérieur gauche au-delà de l'horizontale, pas de station debout prolongée, ni de position en antéflexion du tronc). bb) Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise réalisée au K.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise répond sur ce plan en effet en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des documents médicaux. L'analyse effectuée par le Dr G.\_\_\_\_\_ repose sur une anamnèse complète (personnelle, familiale et socio-professionnelle) avec, notamment, une description détaillée du vécu quotidien. Elle se fonde sur un examen clinique effectué le 14 décembre 2017. Le diagnostic de dysthymie (F34.1) retenu par l'expert a été établi de lege artis, en référence à une codification internationale, soit la classification internationale des maladies dans sa 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10). L'expert psychiatre a par ailleurs motivé son appréciation quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante, son examen s'avérant conforme à la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Ainsi, a-t-il notamment retenu ce qui suit (expertise p. 22) : RESSOURCES Ressources personnelles et externes [...] Sur le plan psychique, dans le cas de Madame A.\_\_\_\_\_, la gravité de l'atteinte reste légère compte tenu du fait que le seul diagnostic finalement retenu est celui de dysthymie. Alors qu'elle dit ne rien faire au quotidien, alors que dans la réalité on ne note qu'une altération de peu d'importance dans sa capacité de fonctionner qui semble d'ailleurs avant tout liée à une composante de majoration et une baisse de la motivation. La fatigue reste légère avec une discrète atteinte de l'endurance. Il n'y a pas de trouble de la personnalité et la capacité d'interagir avec autrui est conservée, d'ailleurs l'expertisée entretient des liens réguliers avec plusieurs connaissances et les membres de sa famille lui offrent un soutien externe. L'expertisée a un bon contrôle des affects et des pulsions, les capacités volitionnelles et adaptatives sont conservées. Il n'y a pas de troubles cognitifs objectivés. Il n'y a pas d'atteinte psychique qui serait source d'une diminution de la capacité de jugement, de prise de décision ou de respecter un cadre de travail, cela en lien avec le fait que le soussigné pour les raisons explicitées dans la partie conclusion n'a pas retenu de trouble psychotique Contrairement à

ce qu'allègue la recourante, il n'y a pas lieu de douter de l'indépendance et de l'objectivité des constatations faites par le Dr G.\_\_\_\_\_, eu égard à sa fonction d'administrateur du K.\_\_\_\_\_. La situation de ce médecin est en effet identique à celle d'un expert régulièrement mandaté par un assureur social. Il est de jurisprudence constante que de telles circonstances ne constituent pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références ; TF 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 3.2.2 ; TF 9C\_766/2011 du 30 décembre 2011 consid. 2.3). Au surplus, le moyen tiré de l'apparence de prévention doit en tout état de cause être considéré comme tardif. En effet, quand bien même elle en avait la possibilité, la recourante n'a fait valoir aucuns motifs de récusation à l'égard de la désignation du Dr G.\_\_\_\_\_, qu'ils soient formels ou matériels, à la suite de la communication du 25 octobre 2017 relative à la mise en œuvre de l'expertise. Il y a ensuite lieu de relever que le Dr G.\_\_\_\_\_ a analysé en détail les questions posées par l'intensité du trouble thymique et par la présence ou non d'un trouble psychotique, exposant de manière circonstanciée les difficultés imposées par la situation médicale et les raisons qui ont conduit au diagnostic retenu. Cet expert a ainsi émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pp. 20 – 21) : Sur le plan psychique, la présente évaluation a mis en évidence une atteinte de l'humeur qui paraît stablement installée et en voie de chronicisation, puisque cela fait plus de deux ans que l'expertisée serait dysphorique si l'on fait remonter à 2013 le début de la symptomatologie (ce qui correspond à l'anamnèse recueillie), sans que les différents traitements prodigués aient réussi à obtenir une réponse clinique significative ou suffisante, en tout cas pour rendre l'expertisée asymptomatique (le dernier rapport disponible du psychiatre traitant au dossier témoigne également de cette chronicisation, avec un début des troubles situé déjà en 2010 et d'une évolution négative avec une symptomatologie psychique qui aurait envahi l'existence de l'expertisée). Par ailleurs il ne semble pas y avoir de facteur déclencheur clairement identifiable de la survenue des troubles psychiques, alors que jusqu'à l'âge de 48 ans on ne note aucun antécédent dans ce domaine. Un des problèmes notables dans la présente a été le fait qu'il a été particulièrement difficile de définir l'intensité du trouble thymique, cela en raison de la présentation particulière de l'expertisée, incluant de plus que probables incohérences liées à une majoration symptomatique. En effet le subjectif contient que des éléments de gravité et à l'examen sa présentation « externe » paraît très dysphorique, avec un mode d'expression dramatisé dans lequel elle est très souvent en pleurs. Mais il y a des éléments observés qui posent question, car contradictoires. Ainsi, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas de troubles cognitifs touchant la mémoire ou la concentration alors que ceux-ci sont signalés, il n'y a qu'une discrète perte de l'élan vital et celle-ci paraît plus liée à la régression très marquée et l'acquisition progressive d'un statut de malade au sein de sa propre famille (qui la suppléerait déjà dans un bon nombre d'activités au quotidien). Enfin l'expertisée conserve des relations investies et assez régulières avec des tiers. En tenant compte de ce tableau qui reste passablement inhomogène, au maximum peut-on retenir une atteinte de l'humeur légère et chronique, car celle-ci est présente sur un mode continu depuis 2013. De ce fait, le soussigné a retenu un diagnostic de dysthymie (F 34.1). L'autre aspect posant question est celui de la présence ou non d'un trouble psychotique. Celui-ci, selon le descriptif subjectif obtenu, se manifesterait uniquement par la présence d'hallucinations auditives. Le psychiatre des T.\_\_\_\_\_, pour rappel, a retenu un diagnostic de troubles délirants persistant dans ce cas. Or, on ne met pas en évidence d'idées délirantes correspondant à un trouble du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité chez Madame A.\_\_\_\_\_. De plus, à ma

connaissance, par définition, il n'y a pas d'hallucinations dans un trouble délirant persistant. On pourrait penser à une éventuelle psychose hallucinatoire chronique, un syndrome qui survient en général chez la femme, à un âge plus avancé, mais là aussi il y a d'autres symptômes accompagnants (idées délirantes, hallucinations auditives, hallucinations cénesthésiques). Enfin la clinique ne ressemble pas à une dépression mélancolique avec symptômes psychotiques également. Il s'agirait donc d'une pathologie « psychotique » quelque peu particulière dans le cas présent, d'une part comme déjà précité d'apparition tardive et malgré les indications d'antécédents psychiatriques sur le plan familial, il est difficile de ranger la présence d'hallucinations seules dans un diagnostic cohérent décrit et défini par l'ICD-10. Par ailleurs, lorsque l'expertisée parle des Djinns malfaisants qui lui parlent, elle ne manifeste pas d'anxiété particulière et il n'a pas non plus été mis en évidence d'attitude d'écoute. cc) Cette appréciation ne saurait être remise en cause par les autres pièces médicales figurant au dossier. En ce qui concerne plus particulièrement le rapport médical établi le 22 février 2019 par les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie T. \_\_\_\_\_, il convient de constater que les observations cliniques rapportées par les médecins traitants sont pour l'essentiel similaires à celles figurant dans l'expertise et que les avis ne divergent qu'en ce qui concerne les diagnostics et l'impact de ceux-ci sur la capacité de travail. Relevant une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituelles agréables, une augmentation de la fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, une perte marquée de l'appétit, une culpabilité excessive, une perte de confiance en soi et de l'estime de soi, une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ainsi qu'une perturbation du sommeil, les médecins consultés ont diagnostiqué un épisode dépressif (F32) et un autre trouble délirant persistant (F22.8) compte tenu d'hallucinations auditives. La situation décrite par les médecins traitants présente toutefois un certain nombre d'incohérences. S'agissant des hallucinations auditives et du diagnostic d'autre trouble délirant persistant posé, il y a lieu de relever que celles-ci reposent sur les seules affirmations de la recourante et qu'elles n'ont pas été constatées de visu par un médecin. Il y a lieu en particulier de s'étonner qu'elles n'aient pas été rapportées par les Drs M. \_\_\_\_\_ (rapport du 30 juin 2016) et I. \_\_\_\_\_ (rapport du 19 octobre 2016), alors même que les médecins traitants soutiennent qu'elles sont présentes depuis 2010 déjà. Lors des séjours de la recourante à la Clinique de [...] (du 17 au 31 juillet 2017) et à l'Hôpital de [...] (du 9 au 30 janvier 2019), les médecins qui ont assuré la prise en charge n'ont pas retenu, à l'image du Dr G. \_\_\_\_\_, l'existence d'un trouble psychotique, soulignant que les symptômes pouvaient s'expliquer par la dépression et une composante culturelle ; à cet égard, il convient notamment de relever que les hallucinations auditives avaient disparu après une semaine de séjour à l'Hôpital de [...]. S'agissant des troubles thymiques, ceux-ci ont certes justifié un séjour temporaire à la Clinique de [...] et à l'Hôpital de [...], mais ne semblent pas présenter le reste du temps le degré de gravité allégué par les médecins traitants. Malgré la mention d'un risque suicidaire élevé, on peine en effet à s'expliquer l'intensité du suivi et la fréquence des consultations, fixée à une tous les mois et demi à deux mois. Par ailleurs, certains symptômes mis en évidence par les médecins traitants sont contredits par les observations faites par l'expert ou les médecins de l'Hôpital de [...] (au niveau notamment du ralentissement psychomoteur, de la perte marquée de l'appétit ou encore de la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer).

5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante. a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS). On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n os 25 et 33 ad art. 16). bb) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). c) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 53'793 fr. avec un revenu d'invalide de 51'103 fr. 35 (montant qui intégrait un abattement de 5 % afin de tenir compte des restrictions fonctionnelles restreignant les perspectives salariales de la recourante), pour aboutir à un degré d'invalidité de 5 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. En l'absence de griefs de la recourante à ce propos, il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé.

6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures – soit la réalisation d'une expertise judiciaire psychiatrique – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

7. Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le

tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du Juge instructeur du 3 octobre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 octobre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille. La liste des opérations produite le 18 février 2020 fait état de quatorze heures et quarante minutes, auxquelles il convient d'ajouter une heure pour les opérations postérieures à l'établissement de la liste. Aussi convient-il d'arrêter l'indemnité totale de Me Métille à 3'189 fr. (indemnité [quinze heures et quarante minutes à 180 fr.] : 2'820 fr. ; débours [forfait de 5 %] : 141 fr. ; TVA [au taux de 7,7 %] : 228 fr. ; art. 2 al. 1 et 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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