

## VD\_GERICHTE ZD10.015000 vom 24. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.015000](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.015000)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.015000 du 24 mai 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.015000 del 24 maggio 2011

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 180/10 - 279/2011 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 24 mai 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme RÖTHENBACHER Juges : MM. Pittet et  
Monod, assesseurs Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q.\_\_\_\_\_, à  
Montricher, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1960, séparée  
depuis février 2006 et mère de deux enfants, travaillant à temps partiel en tant  
qu'enseignante auprès de l'Etablissement primaire et secondaire de [...], a déposé le 3 février  
2009 une demande de prestations AI pour adultes. Elle précisait souffrir d'une  
hypothyroïdie (depuis 1992) et d'une dépression-fatigue malade continue (depuis mai  
2005). Elle mentionnait à cet effet les périodes d'incapacité de travail suivantes; 100% de  
mars à juillet 2005, variable d'août 2005 à juillet 2006 et 50% à ce jour depuis août 2006.  
Dans un rapport médical du 26 février 2007, les Drs V.\_\_\_\_\_, médecin cantonal adjoint  
et B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, suivant le cas de l'assurée depuis le début 2006, ont posé  
les diagnostics de trouble dépressif majeur et de neurasthénie. Dans une lettre adressée le 16  
février 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou  
l'intimé), les Drs V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'à compter de la rentrée scolaire  
2006-2007, la capacité de travail de l'assurée n'avait pas été supérieure à 50% et qu'une  
augmentation de ce pourcentage d'activité ne leur paraissait pas envisageable en l'état.  
L'assurée a mentionné dans un complément du 5 mars 2009 à sa demande de prestations que  
sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 80% pour des motifs financiers. Selon le  
document "Questionnaire pour l'employeur: Réadaptation professionnelle/Rente" du 27  
mars 2009, l'assurée avait été engagée le 18 août 1981 pour un taux d'activité contractuel de  
78%. Les absences suivantes ont été relevées par l'employeur: 100% du 18 avril au 31  
octobre 2005, 90,90% du 1er novembre au 31 décembre 2005, 81,81%

- 3 - du 1er janvier au 12 février 2006, 63,63% du 13 février au 31 juillet 2006 et 36,36%  
depuis le 1er août 2006. Dans un rapport médical du 30 mars 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_,  
médecin spécialiste en psychiatrie et médecin traitant depuis juin 2005 a posé les  
diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent (F 33.0) depuis 1980 environ /  
neurasthénie (F 48.0) depuis 2004 environ et d'hypothyroïdie substituée en 1993. Ce  
médecin a indiqué une incapacité de travail continue de 50% dès août 2006 en relevant  
qu'aucune amélioration n'était à attendre. Dans un rapport médical du 21 avril 2009, le Dr  
H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et ancien médecin traitant a attesté d'une  
incapacité de travail de 50% de l'assurée depuis août 2006. S'agissant des diagnostics et des  
questions en lien avec l'activité exercée par l'assurée, le Dr H.\_\_\_\_\_ a renvoyé aux

constatations de son confrère le Dr C. \_\_\_\_\_ quant à l'existence d'une pathologie d'ordre psychique. Dans un avis médical SMR du 28 mai 2009, les Drs N. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint se sont exprimés en ces termes sur le cas de l'assurée: "[...] Selon le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant, l'incapacité de travail de l'assurée est liée à un problème psychique. Selon le médecin cantonal, l'assurée est en incapacité de travail depuis 2005, avec une capacité de travail ne dépassant pas 50% depuis 2006. Selon le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, l'assurée souffre d'un trouble dépressif majeur récurrent, et de neurasthénie. Elle bénéficie d'un soutien psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur (Effexor 150 mg 2 fois par jour). Selon lui, l'assurée a une capacité de travail résiduelle de 50%, avec une « évolution dépressive améliorée, meilleur moral et joie de vivre ». Une expertise psychiatrique, mandatée par l'assurance perte de gains, est réalisée par le Dr L. \_\_\_\_\_ [spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie] en novembre et décembre 2008. Il retient les diagnostics suivants; trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique), dysthymie à début précoce, personnalité passive, difficultés dans les rapports avec le

- 4 - partenaire. Il préconise une capacité de travail de 50% et une rente AI à 50% qui « pourrait peut être la soulager un peu ». Le dossier est discuté à la permanence de psychiatrie qui constate que l'expertise médicale précitée n'est pas probante car elle ne démontre pas d'effet incapacitant de la pathologie psychiatrique, la dysthymie étant existentielle et réactionnelle. Par ailleurs, cette expertise médicale donne un caractère thérapeutique à la rente. En résumé: Merci de convoquer l'assurée pour une expertise médicale psychiatrique afin de déterminer les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique." Par communication du 22 juin 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'une expertise médicale ambulatoire allait être effectuée par la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...] et que pour des motifs pertinents, il lui était loisible de récuser l'expert précité dans un délai de dix jours et qu'à défaut, d'éventuelles objections ne pourraient plus être prises en considération. Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 24 juillet 2009 consécutif notamment à un examen clinique réalisé le 21 juillet 2009 à son cabinet ainsi qu'à la lecture du dossier AI et des documents apportés le jour de l'examen (un rapport médical du 22 juin 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_ et une publication scientifique originale du Dr A. \_\_\_\_\_) ainsi qu'à la suite d'un entretien téléphonique avec le Dr C. \_\_\_\_\_, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a apprécié comme il suit le cas de l'assurée: "[...] DIAGNOSTICS Diagnostic(s) ayant des répercussions sur la capacité de travail • Status post notion d'une symptomatologie dépressive, actuellement en rémission complète (F 33.4). Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail • Trouble somatoforme indifférencié sous forme de fatigue chronique ou de neurasthénie (F 48.0 selon la classification CIM-10). APPRECIATION DU CAS Il s'agit d'une assurée âgée de 49 ans, aînée d'une fratrie de trois enfants. Au bénéfice d'un brevet d'enseignante primaire acquis en 1980, l'assurée travaille dans son métier, d'abord à plein temps puis en réduisant son taux d'activité à mesure de la naissance de ses

- 5 - deux enfants. Selon le rapport employeur, le taux d'engagement contractuel est de 78.57% pour le dernier emploi. Suite à un accident dont ont été victimes ses parents, l'assurée se sent fortement sollicitée pour en assumer les démarches administratives. Elle est mise en arrêt de travail total dès le 18.04.2005 avec une reprise lentement progressive à partir de novembre de la même année. Depuis lors, l'assurée tente de maintenir un taux

d'activité professionnelle de 50%, qui fait toutefois l'objet de diminutions momentanées de taux d'activité, essentiellement en fin de semestre. Sur le plan familial, l'anamnèse est globalement vierge, hormis deux notions de suicide dans la fratrie de la grand-mère maternelle. Sur le plan personnel, l'assurée se décrit comme quelqu'un qui a toujours eu l'impression d'être dépassée. Elle reconnaît une certaine fragilité de sa personnalité avec des difficultés de gestion du quotidien et un sentiment d'agression de la part de son entourage. Depuis la découverte d'une hypothyroïdie en 1993, plusieurs épisodes de prescription d'antidépresseur (Citalopram®) ont eu lieu de la part du médecin traitant. Suite à l'accident des parents au printemps 2005, l'assurée débute une prise en charge psychiatrique avec une prescription antidépressive massivement dosée (Efexor® 300 mg par jour). L'assurée signale une amélioration de son état de santé psychique à partir de l'été 2006. A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée collaborant, vive et intelligente. Elle retranscrit son anamnèse avec sincérité, il n'y a aucun signe de simulation. Le tableau observé est celui que l'on voit fréquemment dans un contexte de trouble somatoforme: L'assurée émet des reproches peu motivés à l'égard de son entourage proche (parents, père de ses enfants, mari), laissant l'impression d'une exigence surfaite quant aux autres et d'une insatisfaction globale face à la qualité de son existence alors qu'aucun antécédent de traumatisme majeur n'est objectivable. La tolérance à la frustration, notamment lorsqu'il s'agit de sacrifier un peu de soi, est faible. Parmi les classifications internationales du trouble somatoforme (DSM-4 et CIM-10) les sous-groupes de syndrome de fatigue chronique et de dysthymie sont ceux qui concernent l'assurée. Dans ce contexte, il y a lieu d'évaluer une éventuelle comorbidité psychiatrique afin de déterminer si celle-ci empêcherait l'assurée de surmonter ses symptômes: A l'examen de ce jour, aucun signe de dépression, de psychose, de maladie anxieuse ni autre atteinte psychiatrique grave n'a été décelé. Par contre, étant donné les notions anamnestiques de dépression dont a souffert l'intéressée dans les années 2005-2006, l'examen de ce jour se doit de reconnaître que durant cette période dépressive, l'assurée a souffert d'une comorbidité psychiatrique justifiant médicalement l'incapacité de travail attestée à l'époque. Face aux critères jurisprudentiels en vigueur, l'assurée n'a donc actuellement pas de comorbidité psychiatrique. Parmi les affections somatiques, seule une hypothyroïdie substituée à caractère non incapacitant est signalée par le médecin traitant. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le processus maladif s'étend depuis

- 6 - 2002 avec une rémission significative en été 2006. Depuis lors, l'assurée travaille globalement à un taux maximal de 50%. Le processus défectueux de résolution de conflit n'est pas clairement mis en évidence, l'hypothèse d'une dynamique conjugale avec le père des enfants qui n'exerce que des activités intérimaires pourrait être évoquée. Il n'y a pas de notion d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, puisque la symptomatologie dépressive s'est résolue avec succès. Il n'y a pas de signe de non coopération. En conséquence, l'examen de ce jour ne met en évidence aucune comorbidité psychiatrique permettant de reconnaître actuellement une incapacité de travail liée à ce diagnostic de trouble somatoforme. Face aux documents médicaux en notre possession: • Le médecin traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 21.04.2009 s'en réfère au psychiatre traitant et considère que l'incapacité de travail est liée à une pathologie psychique. Il mentionne une incapacité de travail de 50% depuis octobre 2006. Face à l'examen de ce jour, ce médecin confirme que l'assurée ne souffre d'aucune atteinte somatique à caractère incapacitant. • Quant au psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 30.03.2009; il signale un diagnostic de trouble dépressif majeur

récurrent depuis environ 1980 et une neurasthénie depuis environ 2004. L'examen de ce jour n'apporte aucun élément pouvant contredire l'existence d'un état dépressif dans les antécédents de l'assurée. Il n'y a donc pas moyen de remettre en question les incapacités de travail que ce psychiatre a signées entre 2005 jusqu'à l'été 2006. Depuis août 2006 par contre, le tableau correspond, sur le plan anamnestique et du status de ce jour, uniquement à un trouble somatoforme. A ce titre, l'incapacité de travail de 50% ne peut être médicalement reconnue au sens de la jurisprudence actuelle. • Quant à l'évaluation psychique du Dr L. \_\_\_\_\_ du 21.12.2008, cette psychiatre reconnaît bien que l'assurée pourrait être un peu soulagée par l'octroi d'une rente AI à 50%, mais elle ne donne aucun argument médical pour l'appuyer. Cette appréciation n'est pas contestée par l'examen de ce jour. L'assurée est clairement souffrante, mais en l'absence d'atteinte médicale reconnue par l'AI, il n'y a pas d'argument pour attester une incapacité de travail au long cours depuis août 2006. • Quant aux documents apportés par l'assurée, c'est-à-dire la première page de l'article du Dr A. \_\_\_\_\_ (texte entier obtenu par fax du psychiatre traitant) ainsi que l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 22.06.2009, le diagnostic et le tableau clinique ne sont pas contestés et s'accordent même particulièrement bien aux caractéristiques de l'assurée. Etant donné l'absence de comorbidité psychiatrique actuelle, les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis pour considérer ce diagnostic de trouble somatoforme comme à caractère incapacitant.

- 7 - Quant aux questions posées dans votre demande d'expertise médicale du 22.06.2009:  
A. QUESTIONS CLINIQUES Cf. rapport d'expertise ci-dessus. B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique? Aucune. Sur le plan psychique et mental? L'assurée n'a actuellement aucune limitation dans l'exercice de sa profession d'enseignante. Sur le plan social? Aucun. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Depuis la rentrée d'août 2006, les troubles de l'assurée ne s'appuient pas sur une atteinte médicalement reconnue comme incapacitante par l'AI. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Elle est totale dans une activité d'enseignante à l'école primaire du type de celle exercée habituellement. 2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Oui; à plein temps (c'est-à-dire à son taux contractuel). 2.4. Y' a-t-Il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Non. 2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y' a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'assurée a été mise en arrêt de travail total, selon le rapport employeur, dès le 18.04.2005. L'examen de ce jour ne permet pas de contester l'existence passée d'une symptomatologie dépressive qui aurait pu justifier médicalement cette mise en arrêt de travail total. 2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'assurée a repris très progressivement son emploi d'enseignante à partir de novembre 2005. Son taux d'activité est parvenu à 30%- 40% au printemps 2006 et, à la rentrée d'août 2006, l'assurée reprend à un taux de 50%. En tout cas depuis cette rentrée d'août 2006, l'assurée n'a plus de comorbidité psychiatrique à son syndrome somatoforme. On doit donc considérer que les mises en arrêt de travail (à 100% puis lentement dégressives) sont médicalement justifiées jusqu'en juillet 2006 et que depuis août 2006, l'assurée a une pleine exigibilité professionnelle au sens de la jurisprudence actuelle.

- 8 - 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel? Oui. C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION

PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réinsertion professionnelle sont-elles envisageables? Oui; mais étant donné que l'assurée considère son activité actuelle comme exercée dans des conditions « absolument géniales », il n'y a aucune raison de penser qu'elle exercerait une activité à un taux plus élevé dans un autre emploi. Par contre, les limitations qui font que l'assurée ne travaille qu'à un maximum de 50% ne s'appuient pas sur une atteinte d'ordre médical. L'assurée peut s'habituer à un rythme de travail, elle est apte à s'intégrer dans le tissu social et elle peut mobiliser des ressources existantes. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Il n'est pas dans les projets de l'assurée d'augmenter son taux d'activité, mais plutôt de le diminuer à 10 heures par semaine. Il n'y a donc pas d'indication à améliorer la capacité de travail au poste de l'assurée. Aucune mesure médicale, moyen auxiliaire ou adaptation du poste ne pourrait augmenter le taux d'activité. 2.1. Si oui, par quelles mesures? Sans objet. 2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? Oui. 3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? L'assurée ne présente aucun critère médical pouvant la limiter dans une activité professionnelle à plein temps. 3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? A 100%, donc normalement 8 heures par jour. 3.3. Y'a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Non. 3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Sans objet. REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS: Nihil."

- 9 - En complément à son rapport d'expertise précité, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a répondu comme il suit le 31 octobre 2009 aux questions qui lui ont été soumises par les médecins du SMR: "• Pouvez-vous nous indiquer, s'il vous plaît, pourquoi le diagnostic retenu n'est pas trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, d'autant que vous admettez que l'incapacité de travail de l'assurée est médicalement justifiée de l'été 2005 à l'été 2006 en raison d'un état dépressif (page 8/11 de l'expertise)? Le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être posé que si l'anamnèse (ou d'autres informations fiables) apportent la notion de l'existence de plusieurs épisodes dépressifs, séparés par des périodes de thymie neutre. Dans la situation de l'assurée, un seul épisode présente quelques critères de dépression, il s'agit de celui qui a motivé la mise en arrêt de travail du 18 avril 2005 jusqu'à l'été 2006. L'anamnèse de l'assurée ayant mis en évidence d'autres événements dans l'existence mais aucun portant clairement des signes de dépression, le thème de récurrence ne peut être objectivé. • Vous indiquez que « depuis août 2006 ..., le tableau correspond, sur le plan anamnestique et du status de ce jour, uniquement à un trouble somatoforme » et vous n'objectez pas de fatigabilité mais plutôt une impression de lassitude. Pour rappel, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 30 mars 2009, indique que la fatigue est le problème principal de l'assurée. Pouvez-vous nous indiquer de façon explicite quel diagnostic retenir parmi le trouble somatoforme indifférencié (F45.1)? Ou la neurasthénie (F48.0)? Ou le syndrome de fatigue chronique? Durant l'examen de l'assurée, il n'a pas été objectivé de signe de fatigabilité; ceci n'exclut pas que l'assurée puisse se sentir fatiguée, symptôme (subjectif) qui, dans ce contexte, peut être inclus dans le syndrome de fatigue chronique. Comme le décrit explicitement l'ouvrage réalisé par le Dr P. \_\_\_\_\_, titré « Douleur somatoforme » (réf. mentionnée en bas de page 7/11 de l'expertise), la neurasthénie et le syndrome de fatigue chronique sont des expressions du trouble somatoforme indifférencié; ils peuvent être considérés comme des sous-groupes de ce trouble. A ce titre, il n'y a pas à retenir l'un de ces trois diagnostics mais, comme mentionné

dans la liste des diagnostics de la page 7/11 de l'expertise, de considérer que le diagnostic de l'assurée correspond à un trouble somatoforme indifférencié, qui s'exprime sous forme d'une fatigue chronique. Du point de vue jurisprudentiel, ce tableau s'apparente à un trouble douloureux chronique dont fait aussi partie la neurasthénie. • Pouvez-vous nous indiquer pourquoi, contrairement au Dr C.\_\_\_\_\_, vous ne reprenez pas le diagnostic de neurasthénie comme diagnostic incapacitant? La neurasthénie n'est pas habituellement à elle seule considérée comme une atteinte invalidante à la santé. Elle est caractérisée par des plaintes concernant essentiellement une fatigue accrue après

- 10 - des efforts mentaux ou physiques et est souvent considérée comme l'expression d'un syndrome névrotique (cf. classification CIM-10). Dans la situation de l'assurée qui mène une vie quotidienne riche en s'occupant de ses enfants, pratiquant du sport, menant une vie sociale bien remplie, lisant et assumant toutes ses tâches du quotidien, il n'y a aucun argument médical pour considérer que la neurasthénie puisse avoir un caractère incapacitant chez elle. Quant au positionnement face à l'appréciation du psychiatre traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, celui-ci atteste effectivement une incapacité de travail de 50% (RM du 30 mars 2009). Par contre, comme il arrive fréquemment, le médecin qui suit l'assurée n'apporte pas d'arguments strictement médicaux pour justifier cette mise en arrêt de travail. A ce titre, la fonction de l'expert est de considérer les symptômes (et donc les diagnostics) face aux ressources des expertisés et en tenant compte des critères jurisprudentiels. Comme l'assurée ne souffre pas d'une atteinte médicale dont les symptômes justifieraient une incapacité de travail, il n'y a pas lieu de considérer que la neurasthénie identifiée par le psychiatre traitant justifie cette incapacité à 50% pour des raisons médicales." Dans un rapport médical SMR du 25 novembre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a considéré qu'au vu des arguments médicaux avancés par l'expert, il se justifiait de lui accorder la préférence sur l'avis du psychiatre traitant, ce dernier fondant ses conclusions quant à la diminution de la capacité de travail sur aucune base médicale objective. Le médecin du SMR a dès lors considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 100%, dans toute activité, dès août 2006. Par projet de décision du 16 décembre 2009, l'OAI a préavisé dans le sens d'un rejet de la demande de prestations. Selon ses constatations, dans son expertise du 24 juillet 2009, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée avait souffert d'un état dépressif d'avril 2005 à l'été 2006, une amélioration survenant dès l'été 2006. Seule une fatigue chronique persistait. Dès l'été 2006, l'Office AI a ainsi retenu une pleine capacité de travail dans toute activité. Or, un degré d'invalidité inférieur au minimum de 40% ne pouvait donner droit à une rente d'invalidité. Le 8 février 2010, l'assurée a fait part de son incompréhension quant au résultat de l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_ sur laquelle le projet de décision de l'OAI s'était basé. Elle a relevé que cette expertise

- 11 - s'inscrivait en parfaite opposition avec l'avis émis par son psychiatre traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_. Par décision du 25 mars 2010, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet de décision en rejetant la demande de prestations. B. Le 6 mai 2010, Q.\_\_\_\_\_ représentée par l'avocat Philippe Nordmann recourt contre la décision rendue le 25 mars 2010 par l'OAI en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à trois-quarts de rente AI et subsidiairement à une demi-rente, dès telle date que justice dira lui soit reconnu. Plus subsidiairement, la recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée. A titre de mesures d'instruction, dans l'hypothèse où l'avis du psychiatre traitant ne pourrait prévaloir, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son écriture, elle produit en particulier un certificat établi le 31 mars 2010 par son médecin

traitant le Dr H. \_\_\_\_\_ dont il ressort qu'un pourcentage de travail supérieur à 50% n'est pas envisageable et risquerait d'aboutir à une décompensation de type burn-out entraînant une incapacité de travail totale de longue durée. La recourante a rédigé une note sur la "réalité au quotidien" du 9 février 2010 dont il ressort que ses journées sont empreintes d'une fatigue chronique tant lorsqu'elle enseigne que lorsqu'elle vaque à ses occupations personnelles (sport, rencontres avec ses amis, cinéma, shopping, etc.). Elle produit également une "lettre-rapport" du 2 mai 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_, lequel fait part en ces termes de ses critiques sur le rapport d'expertise de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2009 ainsi que sur son complément du 31 octobre 2009: "[...] « Diagnostics »: L'experte confond les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail et se trompe dans la classification CIM-10. Le trouble dépressif majeur, asymptomatique sous traitement antidépresseur continu, n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Par contre la neurasthénie diminue la capacité de travail de Mme Q. \_\_\_\_\_, comme l'experte l'a décrit elle-même sous « anamnèse » et « vie quotidienne ». Dans la classification CIM-10 la neurasthénie figure dans le chapitre F48 « Autres troubles névrotiques ». Bien que ce trouble comporte des traits similaires aux

- 12 - troubles somatoformes (F45) il se distingue par d'autres aspects cruciaux, raison pour laquelle la CIM-10 les a placés dans deux chapitres différents. « Appréciation du cas »: L'experte décrit Mme Q. \_\_\_\_\_ comme collaborant, sincère, sans aucun signe de simulation. Il n'y a actuellement pas de comorbidité psychiatrique ni physique. Elle redéfinit le diagnostic comme « trouble somatoforme » et sort de son rôle de médecin pour poursuivre en juriste. Dans la neurasthénie la qualité fonctionnelle est préservée, mais la quantité est diminuée due à une fatigabilité excessive. On peut comparer ce dysfonctionnement à une batterie usée. La quantité de l'énergie disponible est limitée et reste constante. Il faut la charger fréquemment (= repos fréquents) et ménager son utilisation. Ainsi doivent vivre les personnes atteintes d'une neurasthénie. Elles économisent dans les activités extraprofessionnelles et loisirs pour préserver les capacités professionnelles. On trouve donc un status psychique normal mis à part un surcroît de fatigue et fatigabilité. La fatigue en soi est une sensation normale. La pathologie consiste dans le rapport excessif entre performance et degré de fatigue. Il s'agit donc d'un problème quantitatif. Or, l'experte n'évalue pas ce point fondamental. Son expertise est une belle illustration d'un communiqué récent de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales]: „Das BSV hat denn nach eigenen Angaben bereits Massnahmen für die Ausbildung der IV-Ärzte eingeleitet. Ein besonderes Problem sei, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit von Personen mit psychischen Problemen sehr schwierig zu quantifizieren ist. Aus diesem Grunde haben das BSV und die ärztlichen Fachgesellschaften der Psychiatrie eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingesetzt. Es sollen Wegleitungen zur Verbesserung der Qualität psychiatrischer Berichte erarbeitet werden. Auch will man die Weiterbildung der Mediziner verbessern.” (L'OFAS a d'après ses propres dires déjà pris des mesures pour la formation des médecins de l'AI. Un problème particulier est la quantification des performances fonctionnelles des personnes avec des problèmes psychiques. Pour cette raison un groupe de travail commun [OFAS et associations des psychiatres] a été mis sur pied pour établir des directives pour améliorer la qualité des rapports psychiatriques. On veut aussi améliorer la formation continue des médecins.) Réf. : Neue psychologische Tests gegen IV-Betrug, NZZ Online, 21. April 2010. Au cours des dernières années Mme Q. \_\_\_\_\_, grâce à sa volonté a réussi: - à sortir de sa dépression - à gérer avec succès les difficultés relationnelles avec le père de ses enfants - à réussir le divorce à l'amiable avec

son mari - à aider sa fille de s'en sortir de son anorexie nerveuse - à retrouver sa pleine compétence et son plaisir longtemps perdu d'enseigner.

- 13 - Le seul problème qui persiste est sa fatigabilité. Dans la neurasthénie la quantité des performances est limitée. L'appel à la volonté peut augmenter la capacité de travail à court terme, suivi obligatoirement d'une diminution de la capacité de travail. Mme Q. \_\_\_\_\_ a été régulièrement obligée de transférer quelques périodes à sa collègue en fin de semestre. Depuis la diminution de sa capacité de travail à 10 périodes lors de la rentrée 2009/10 elle revit. Son enseignement a gagné en qualité. Si elle devait augmenter ses heures le processus s'inverserait inévitablement. Il n'y a pas d'autre issue. Quant à l'évolution à long terme le regain d'une capacité de 50% sans perte de qualité n'est pas exclu. Dans la première partie de son rapport l'experte décrit comme sa collègue Dr L. \_\_\_\_\_ le tableau clinique d'un épuisement continu: « Elle a pris des cours de chant...qu'elle a dû interrompre à la fin du printemps 2009. Toutes ces activités ont dû être largement réduites voire arrêtées, en raison des symptômes de fatigue...Durant les week-ends elle dort. Elle doit souvent annuler des sorties qu'elle avait prévues car elle devrait le payer durant une semaine. Elle a des envies mais ne les réalise que si elle a le temps de récupérer après...une fatigue récurrente, presque permanente, qui nécessite la réduction, et rend pénible l'exercice, de toute activité. Elle souffre d'un sentiment de poids...Elle retranscrit son anamnèse avec sincérité, il n'y a aucun signe de simulation... ». Puis l'experte change de rôle et continue en tant que juriste: « ...depuis août 2006, l'assurée a une pleine exigibilité professionnelle au sens de la jurisprudence actuelle. ». Dès lors il faut rendre la clinique conforme à la « jurisprudence en vigueur » en prétendant: « L'assurée peut s'habituer à un rythme de travail, elle est apte à s'intégrer dans le tissu social et elle peut mobiliser des ressources existantes. »...« L'assurée ne présente aucun critère médical pouvant la limiter dans une activité professionnelle à plein temps. ». Après la réception de l'expertise [le] Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR de l'AI a demandé un complément d'expertise en posant des questions pertinentes: 1. Pourquoi n'avez-vous pas posé le diagnostic d'un « trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission »? Dr M. \_\_\_\_\_ répond qu'il n'y avait eu qu'un épisode dépressif. Ceci est faux, puisque le Dr H. \_\_\_\_\_ avait traité la patiente à plusieurs reprises à l'aide de l'antidépresseur Citalopram avec succès. Cette question n'a pas de relevance pratique concernant la capacité de travail. 2. « Vous indiquez que depuis août 2006..., le tableau correspond, sur le plan anamnestique et du status de ce jour, uniquement à un trouble somatoforme et vous n'objectez pas de fatigabilité mais plutôt une impression de lassitude. Pour rappel, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 30 mars 2009, indique que la fatigue est le problème principal de l'assurée. Pouvez-vous nous indiquer de façon explicite quel diagnostic retenir parmi le trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ? Ou la neurasthénie (F48.0) ? Ou le syndrome de fatigue chronique? Dr M. \_\_\_\_\_ répond: « Durant l'examen de l'assurée, il n'y a pas été objectivé de signe de fatigabilité; ceci n'exclut pas que l'assurée puisse se sentir fatiguée, symptôme (subjectif) qui, dans ce

- 14 - contexte, peut être inclus dans le syndrome de fatigue chronique. » L'examen a eu lieu à 8h du matin, le 21 juillet au milieu des vacances d'été! Mme Q. \_\_\_\_\_ ne s'est pas sentie fatiguée. Afin de pouvoir objectiver la fatigue — ce qui est tout à fait possible — une observation après des semaines d'activité est nécessaire, comme c'était le cas lors de l'expertise de la Doctoresse L. \_\_\_\_\_. « Comme le décrit explicitement l'ouvrage réalisé par le Dr P. \_\_\_\_\_...la neurasthénie et le syndrome de fatigue chronique sont des

expressions du trouble somatoforme indifférencié ; ils peuvent être considérés comme des sous-groupes de ce trouble... Du point de vue jurisprudentiel, ce tableau s'apparente à un trouble douloureux chronique dont fait aussi partie la neurasthénie. » Même si [le] Dr P. \_\_\_\_\_ inclut la neurasthénie dans son ouvrage sur la « Douleur somatoforme » à cause de quelques traits de parenté, l'ICD- 10 qui est toujours la classification en vigueur fait une nette distinction. Il n'y a pas de douleur dans la neurasthénie. Le repos fait disparaître les symptômes. Dr M. \_\_\_\_\_ ne répond pas à la question essentielle d'objectiver la fatigabilité (voir une fois de plus le communiqué de l'OFAS cité en haut). 3. Pouvez-vous nous indiquer pourquoi, contrairement au Dr C. \_\_\_\_\_, vous ne reprenez pas le diagnostic de neurasthénie comme diagnostic incapacitant? Réponse de l'experte : « La neurasthénie n'est pas habituellement à elle seule considérée comme une atteinte invalidante à la santé. ». Une fois de plus c'est la juriste qui parle: « Dans la situation de l'assurée qui mène une vie sociale bien remplie, lisant et assumant toutes ses tâches du quotidien, il n'y a aucun argument médical pour considérer que la neurasthénie puisse avoir un caractère incapacitant chez elle. ». Ceci est de la pure fiction qui n'a plus rien à voir avec la vie réelle de Mme Q. \_\_\_\_\_. C'est la négation par principe sans aucun argument concret (= objectiver la fatigabilité) de tous nos efforts de ces dernières années d'arriver à un équilibre qui permet à Mme Q. \_\_\_\_\_ de fournir un travail de qualité, inévitablement au prix d'en réduire la quantité, et de préserver un peu de vie privée en dehors des plages de repos indispensables." Dans sa réponse du 6 septembre 2010, l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. A cet égard, l'intimé produit un avis médical SMR du 25 août 2010 des Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et R. \_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui notamment ce qui suit: "Dans le cadre du recours face à la décision de refus de prestations, on trouve: - La lettre adressée en date du 02.05.2010 à Me P. Nordmann par le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, traitant l'assurée depuis le 13.06.2005; il admet que le trouble thymique n'a plus valeur incapacitante, mais s'éloigne de l'appréciation de la Dresse

- 15 - M. \_\_\_\_\_ lorsqu'elle n'accorde pas de valeur invalidante à la neurasthénie, elle-même responsable, de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, de son impossibilité à travailler même à 50%. Il s'agit là de différence d'appréciation entre le médecin traitant et un expert psychiatre qui se doit de se prononcer sur la présence des critères de gravité des affections diagnostiquées. - La lettre du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui n'apporte pas d'élément médical nouveau. - La lettre de l'assurée, cont[en]ant quelques-unes de ses journées. Certes elle y relate sa fatigue, ses difficultés, mais ces éléments étaient connus de l'expert, et n'apportent pas d'éclairage nouveau. En conclusion, en l'absence d'élément médical nouveau, nous pouvons maintenir les termes du rapport d'examen SMR du 25.11.2009." Le 29 septembre 2010, la recourante fait part de ses déterminations sur la réponse de l'intimé et confirme intégralement les conclusions de son recours. Lors de l'audience de jugement de ce jour, à laquelle l'intimé a été dispensé de comparaître, la recourante dépose d'entrée de cause, des réquisitions tendant d'une part à renouveler ses précédentes requêtes en production des pièces n° 52, 53 et 54 visant à clarifier la question de l'indépendance de l'expert (la Dresse M. \_\_\_\_\_) par rapport à l'OAI et d'autre part, elle réitère sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire "neutre". Elle indique qu'elle est toujours en traitement chez le Dr C. \_\_\_\_\_ et que sa note rédigée le 9 février 2010 sur la "réalité au quotidien" reste d'actualité sauf à préciser qu'elle prend maintenant, en plus, une leçon de musique par semaine. Elle informe en outre travailler au taux de 35% tout en percevant une demi-rente de sa caisse de pension. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose

- 16 - qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA- VD, 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 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) – compte tenu des fêtes de Pâques 2010 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – par Q.\_\_\_\_\_ contre la décision de l'OAI du 25 mars 2010. 2. Il incombe à la cour de se prononcer en tout premier lieu, sur les réquisitions déposées en audience de jugement par la recourante. a) S'agissant de la réquisition en production des pièces n°52, 53 et 54 tendant, de l'avis de la recourante, à clarifier la question de l'indépendance de l'expert vis-à-vis de l'assureur social qui l'a mandaté, une requête identique a déjà été rejetée par la juge instructrice en date du 24 février 2011. La Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandatée en tant qu'expert par l'OAI, exerce sa profession à titre indépendant dans un cabinet sis à [...], ce qui se trouvait déjà être le cas lors de l'attribution du mandat en été 2009. Il est ici le lieu de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'expert ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TFA I 371/2005 du

- 17 - 1er septembre 2006, consid. 5.3.2, I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2 , I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b). La désignation de la Dresse M.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert a par ailleurs été portée à la connaissance de la recourante par l'OAI selon communication du 22 juin 2009. Dans le délai de dix jours utile, la recourante n'a alors pas fait valoir d'objections en lien avec le choix de la Dresse M.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, il n'apparaît par conséquent pas opportun de donner suite à la requête en production de pièces formulée par la recourante. Il est de surcroît à noter que cette dernière a fait usage de ses droits inhérents à sa qualité de partie par la production d'avis/certificats médicaux établis par ses médecins traitants, tant à l'occasion de la procédure administrative devant l'OAI qu'à l'appui de son recours ultérieur par-devant la cour de céans. Les articles de journaux récents traitant de la problématique de l'indépendance d'un expert psychiatre bernois vis-à-vis de l'Office AI de ce dernier canton ne sont d'aucune utilité à la recourante dans la mesure où il s'agit là de critiques ou considérations émises en lien avec un dossier tiers concernant un autre canton et qui ne saurait interférer de quelque manière sur le cas d'espèce. b) Concernant la réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, précédemment rejetée par la juge instructrice le 27 janvier 2011, la cour de céans est au préalable tenue de procéder à l'examen de la cause sur le fond afin de pouvoir se déterminer

quant à la nécessité ou non d'une telle mesure d'instruction. Il sera par conséquent statué sur la présente réquisition au terme du présent arrêt (cf. consid. 4a infra). 3. En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, singulièrement sur son droit éventuel à l'octroi d'une rente AI en raison de ses atteintes à la santé présentes depuis 2005. Prenant appui sur le certificat médical établi le 31 mars 2010 par son médecin traitant le Dr H. \_\_\_\_\_ ainsi que sur l'avis de son psychiatre traitant (cf. "lettre-rapport" du 2 mai 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_), la recourante s'oppose aux constatations et conclusions médicales retenues

- 18 - dans le rapport d'expertise du 24 juillet 2009 ainsi que son complément du 31 octobre 2009 de l'expert, à savoir la Dresse M. \_\_\_\_\_. Suivant les critiques formulées par le Dr C. \_\_\_\_\_, elle avance que l'expert se serait fourvoyé dans ses diagnostics en omettant de considérer la neurasthénie en tant qu'atteinte invalidante à sa santé. A suivre la recourante, l'avis de son psychiatre traitant devrait prévaloir, de sorte que son taux d'activité actuel adapté (35%) correspondrait à la pleine mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle. L'OAI considère pour sa part que la recourante dispose, depuis l'été 2006, d'une pleine capacité de travail dans toute activité. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 la 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (cf. art. 28 al. 1 aLAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-

- 19 - quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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). 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les

- 20 - références citées et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). d) Selon la jurisprudence, le syndrome de fatigue chronique – ou la neurasthénie – fait partie des états douloureux dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines et qui n'entraînent en principe pas une invalidité ouvrant le droit à une rente (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; TF 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3, 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2 et les références citées, 9C\_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.4 et I 70/2007 du 14 avril 2008, consid. 5). Le diagnostic de fatigue chronique – ou neurasthénie – ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux persistants lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'un syndrome de fatigue chronique (ATF 130 V 352 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3 et 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2). Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence 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 troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères

- 21 - 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). Enfin, comme dans

les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). Une expertise psychiatrique s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; TF 533/2006 du 23 mai 2007, consid. 3.1). e) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 24 juillet 2009, la Dresse M. \_\_\_\_\_ pose notamment le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié sous forme de fatigue chronique ou de neurasthénie (F 48.0 selon la CIM-10). Dans l'appréciation, cet expert souligne que les sous-groupes de syndrome chronique et de dysthymie (selon le DSM-IV et la CIM-10) sont caractéristiques du cas d'espèce. Il

- 22 - examine ensuite les uns après les autres les critères déterminants selon la jurisprudence applicable en présence de symptôme de fatigue chronique ou de la neurasthénie (cf. consid. 3d supra) afin d'évaluer le caractère invalidant du diagnostic rentrant en considération. L'expert considère après examen que sous réserve de la période de 2005 – été 2006, la recourante ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique (absence de signe de dépression, de psychose, de maladie anxieuse ou de toute autre atteinte psychiatrique grave). Il note une rémission significative du processus maladif en été 2006. Aucune perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est mise en évidence (la recourante conservant une vie sociale par la pratique de la musique et du tennis notamment). La Dresse M. \_\_\_\_\_ indique en outre qu'il n'y a pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art (la symptomatologie dépressive s'étant résolue avec succès), ni signes de non coopération de l'assurée. Par la suite, l'expert psychiatre étudie de manière fouillée les documents mis en sa possession sans nullement éluder les avis médicaux divergents notamment ceux des 30 mars et 22 juin 2009 du psychiatre traitant (le Dr C. \_\_\_\_\_). A l'issue de son expertise, la Dresse M. \_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail résiduelle entière de la recourante dans toute activité professionnelle sans restriction à compter de la rentrée scolaire d'août 2006 tout en admettant la justification médicale des mises en arrêt de travail antérieures en raison de l'existence passée d'une symptomatologie dépressive d'intensité suffisante. aa) Suivant les critiques élevées le 2 mai 2010 par son psychiatre traitant, la recourante considère en premier lieu que la neurasthénie mise en évidence doit se voir attribuer un caractère invalidant. Elle reproche à l'expert mandaté par l'OAI d'avoir confondu ses diagnostics en sortant de son rôle de médecin pour s'improviser dans celui de juriste. En ce sens le fait que dans la classification internationale de la CIM-10 la neurasthénie figure sous le chapitre F48 "Autres troubles névrotiques" et non dans le chapitre de "troubles somatoformes" F45.0 aurait pour corollaire que la neurasthénie se distinguerait sur des points cruciaux des troubles somatoformes. Cette dernière appréciation tient exclusivement compte de l'aspect médical de ces atteintes (classification de la CIM-10). Or quoiqu'en dise le Dr C. \_\_\_\_\_, la jurisprudence du

- 23 - Tribunal fédéral rappelée sous consid. 3d supra applique actuellement par analogie les critères déterminés qui permettent d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux aux cas où la neurasthénie est diagnostiquée. La méthodologie employée par la Dresse M. \_\_\_\_\_ à l'occasion de son examen en vue d'apprécier le caractère invalidant ou non du diagnostic posé de trouble somatoforme indifférencié sous forme de fatigue chronique ou de neurasthénie (F 48.0) s'avère ainsi rigoureusement justifiée au vu du cadre juridique applicable en la matière. En l'espèce, l'expert a effectivement discuté les critères jurisprudentiels qui devaient l'être. Il en ressort ainsi qu'à l'exception peut-être du critère lié à la présence d'affections corporelles chroniques – éventuellement rempli dans le cas particulier par la subsistance d'un état symptomatique latent nonobstant les divers traitements entrepris –, l'ensemble des critères déterminants pour attribuer un caractère invalidant à la neurasthénie mise en évidence font défaut chez la recourante. En méconnaissant à l'évidence les critères déterminants rentrant en considération, la première critique élevée par la recourante contre le rapport d'expertise psychiatrique ne peut qu'être rejetée. La cour de céans note par ailleurs que le grief sous lequel la recourante avance que l'examen clinique pratiqué en pleine période de vacances scolaires ne pouvait permettre à la Dresse M. \_\_\_\_\_ de se faire une idée correspondant à la réalité de la situation ne peut être suivi en l'espèce. Il est ici effectivement le lieu de relever que l'expert psychiatre ne s'est pas contenté de ses seules investigations mais qu'il s'est également fondé sur le dossier médical complet fourni par l'office AI, sur les documents apportés par la recourante ainsi qu'un entretien téléphonique avec le Dr C. \_\_\_\_\_ le jour de l'examen. L'étude de ces éléments rapprochés de ses constatations personnelles lui ont par conséquent permis de se forger une opinion tranchée et dûment motivée sur le cas d'espèce. bb) La recourante avance pour terminer que le fait d'augmenter son taux d'activité actuel en un emploi exercé à temps plein aurait pour effet presque inéluctable d'entraîner une dégradation de sa

- 24 - santé, soit un épuisement total et une incapacité de travail à long terme. Ses prévisions se basent sur les appréciations émises par ses médecins traitants (certificat médical du 31 mars 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_ et "lettre- rapport" du 2 mai 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_). De jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve puisqu'il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients et qu'il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du ou des médecin(s) traitant(s) (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_892/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Ce principe s'appliquant au demeurant également pour ce qui se rapporte à l'appréciation émise par le psychiatre traitant (TF I 50/2006 du 17 janvier 2007, consid. 9.4). Toutefois, le simple fait qu'un certificat soit établi à la demande d'une partie ne justifiant pas en soi des doutes quant à sa valeur probante, la cour est par conséquent tenue d'examiner si de tels éléments sont propres à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur- accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; TF 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Dans le cas particulier, il ressort du complément d'expertise du 31 octobre 2009 que la recourante "mène une vie quotidienne riche en s'occupant de ses enfants, pratiquant du sport, menant une vie sociale bien remplie, lisant et assumant toutes ses tâches du quotidien". Ce point de vue n'est par ailleurs nullement contredit par la description faite de ses activités par la

recourante elle-même dans sa note sur la "réalité au quotidien" du 9 février 2010 étant encore précisé qu'aujourd'hui, elle a en plus repris une leçon de musique par semaine. Partant ces circonstances corroborent l'amélioration de l'état de santé de la recourante constatée par la Dresse M. \_\_\_\_\_ à compter d'août 2006 notamment sous l'angle de la dépression (cf. p. 8 du rapport d'expertise psychiatrique du 24 juillet

- 25 - 2009), de sorte que cette dernière appréciation doit prévaloir sur celle des médecins suivant la recourante. Dans son certificat médical du 31 mars 2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ évoque certes la possibilité d'une décompensation de type burn-out mais n'avance pas pour autant disposer d'éléments probants prompts à étayer ses prévisions. Quant au médecin psychiatre traitant, il se borne à souligner le risque de déséquilibre sur les efforts entrepris ces dernières années pour permettre à sa patiente la fourniture d'un travail de qualité sans aucunement énoncer quels risques médicaux pourraient concrètement survenir suite à un accroissement de l'actuel taux d'activité. Les opinions pauvrement étayées des médecins traitants ne s'avèrent à l'évidence pas d'une précision médicale suffisante pour rediscuter le bien fondé des conclusions du rapport de l'expert psychiatre mandaté par l'OAI quant à la possible reprise d'une activité professionnelle à temps complet consécutivement à l'amélioration de l'état de santé de la recourante depuis l'été 2006. Ainsi, avec la Dresse M. \_\_\_\_\_, suivie en ce sens par les médecins N. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du SMR, la cour de céans retient que la recourante présentait une capacité de travail de 100%, dans toute activité dès le mois d'août 2006 n'entraînant aucune incapacité de gain et excluant par conséquent toute invalidité susceptible d'ouvrir droit à l'octroi d'une rente au sens des art. 28 ss LAI. 4. En définitive, faute d'atteinte à la santé incapacitante et d'incapacité de gain en résultant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise telle que requise en l'espèce. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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

- 26 - mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées). En définitive, la seconde requête formulée par la recourante ce jour et tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est rejetée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). 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). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des

assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 25 mars 2010 est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.

- 27 - IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Philippe Nordmann (pour Q.\_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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