

VD_GERICHTE ZD14.017169 vom 18. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.017169

FR: VD_GERICHTE ZD14.017169 du 18 décembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD14.017169 del 18 dicembre 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 84/14 - 314/2014 ZD14.017169 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 18 décembre 2014 _____ Présidence de Mme RÖTHENBACHER

Juges : Mme Thalmann et M. Monod, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho *****

Cause pendante entre : J. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. J. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante algérienne née en 1972, en Suisse depuis le début des années nonante, est mère de deux enfants nés respectivement en 1993 et 1994 d'un premier mariage ainsi que de jumeaux nés en 2001 d'un autre lit, ayant par ailleurs contracté une seconde union en 2006. Sur le plan professionnel, il ressort du dossier que l'intéressée – au bénéfice d'une formation d'aide soignante – a œuvré dans diverses professions subalternes, en alternance avec des périodes de chômage ou d'inactivité. B. Le 19 mai 2005, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'un état anxio-dépressif. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a fait part de ses observations dans un rapport du 2 octobre 2005. A titre d'atteinte se répercutant sur la capacité de travail, il a retenu un état anxio-dépressif chez une patiente ayant une personnalité psychotique et paranoïde, depuis début 2004. Il a ajouté que l'état de santé s'aggravait. Sur le plan anamnestique, le Dr C. _____ a exposé que l'assurée avait été victime de sévices de la part de son ex-époux, qu'elle avait en outre été brièvement incarcérée suite à une fausse dénonciation de celui-ci dans le cadre de la procédure de divorce, qu'elle n'avait été lavée de tout soupçon qu'en 2004 et qu'elle se sentait persécutée au moindre problème administratif. Il était en outre mentionné que l'intéressé n'avait pas d'idées suicidaires, qu'elle prenait actuellement du Deroxat de façon anarchique, que sa personnalité fragilisée ne lui permettait pas de s'assumer, qu'elle pouvait être très impulsive sans parvenir à prendre des distances correctes dans les rapports avec l'entourage et que la situation était maintenue grâce à la présence des quatre enfants. Pour le Dr C. _____, l'assurée était inapte pour le monde professionnel.

- 3 - Par communication du 28 novembre 2006, l'OAI a informé l'intéressée qu'une expertise médicale allait être mise en œuvre auprès du Centre V. _____ à [...]. Par correspondance du 4 juin 2007, le centre précité a fait savoir à l'OAI que, malgré plusieurs propositions de rendez-vous, l'assurée ne s'était jamais présentée aux convocations adressées et que, dans ces conditions, il n'était pas possible de donner suite au mandat

d'expertise. Le 19 juin 2007, l'OAI a adressé une sommation à l'intéressée, lui impartissant au délai au 15 juillet 2007 pour faire savoir si elle était prête à coopérer activement à la mesure d'instruction précitée et l'informant que, sans nouvelle de sa part à l'échéance de ce délai, il serait statué sur la base du dossier. L'assurée n'ayant pas réagi à cette sommation, l'office a informé le Centre V. _____, le 20 juillet 2007, que le mandat d'expertise était annulé. Toujours le 20 juillet 2007, l'OAI a rendu une décision de refus de rente au motif que l'assurée persistait à s'opposer aux mesures d'instruction pouvant être raisonnablement attendues. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours. C. En date du 22 décembre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant des crises d'angoisse, une dépression et un état colérique. Dans un rapport du 24 février 2012 à l'attention de l'OAI, la Dresse W. _____, psychiatre au Centre G. _____, a exposé ce qui suit : "Madame J. _____ est suivie au Centre G. _____ depuis le 5 janvier 2011. Elle m'a été adressée par le Dr C. _____, son médecin traitant, qui était très inquiet de l'état de santé psychique

- 4 - de sa patiente. Son état, en effet, s'était beaucoup péjoré, Madame J. _____ se montrant très impulsive, avec des idées suicidaires permanentes et scénarisées. D'origine algérienne, Madame J. _____ a vécu depuis son enfance plusieurs situations traumatisantes, allant des abus sexuels dans l'enfance jusqu'à des violences conjugales de la part de son premier mari. Madame J. _____ connaît de graves conflits familiaux qui la déstabilisent en permanence et des difficultés sociaux-financières qui se multiplient. Les ressources psychologiques de la patiente sont très diminuées, ce qui détermine des comportements impulsifs susceptibles de la mettre en danger. Elle présente une labilité de l'humeur très importante et des idées noires récurrentes qu'elle a du mal à contrôler. Le tableau anxio-dépressif chronique qu'elle présente, associé à une impulsivité marquée, rend impossible, pour une durée indéterminée, une quelconque tentative de réinsertion professionnelle. Aux éléments décrits, il faut ajouter la présence d'éléments d'allure psychotique comme des probables hallucinations auditives et visuelles épisodiques dans des contextes très courants d'asthénie mentale. On note également la présence des signes cliniques du trouble de la personnalité de type border-line, malgré son traitement médicamenteux composé d'un antidépresseur, d'un anxiolytique, d'un somnifère et d'un antipsychotique. La patiente a du mal à maîtriser son impulsivité dans des situations anxigènes. C'est en raison de ces fluctuations et de la péjoration de son état que son généraliste a tout fait pour la convaincre d'accepter un suivi psychiatrique. La patiente vient presque chaque semaine en consultation et est très compliant quant au suivi proposé malgré ses difficultés. La prise en compte de la péjoration de l'état psychique de Madame J. _____ est un élément important dans la mise en place d'une prise en charge cohérente eu égard à son tableau clinique." Dans un rapport du 13 avril 2012, le Dr C. _____ a posé le diagnostic incapacitant d'état anxio-dépressif avec une personnalité psychotique depuis 1996. Il a ajouté qu'un comportement maniaque avait tendance à apparaître dans les moments d'angoisse forts, évoquant un diagnostic d'état bipolaire. Il a en outre fait mention d'une entière incapacité de travail depuis le 1er février 2011, même dans une activité adaptée, et a précisé, s'agissant des restrictions d'ordre psychiques, que l'assurée était inapte aux activités professionnelles en raison de son état psychique, relevant la présence d'angoisses et d'idées paranoïdes. Le Dr C. _____ a plus particulièrement souligné que la situation était très alarmante depuis 2004, l'intéressée ayant fait des « tentatives de

- 5 - menaces de suicide », s'angoissant vite et étant incapable de gérer le quotidien. Par rapport du 26 novembre 2012, la Dresse W. _____ a retenu les atteintes incapacitantes suivantes, existant depuis 1996 : - Troubles mixtes de la personnalité (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] : F61) avec les traits suivants : - émotionnellement labile, type borderline et impulsif, - type anankastique, - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 : F33.3), - Etat de stress post-traumatique (CIM-10 : F43.1), - Troubles de l'alimentation sans précision (CIM-10 : F50.9), - TOC avec comportements compulsifs au premier plan (CIM-10 : F42.1), - Trouble de l'orthographe (CIM-10 : F81.1). La Dresse W. _____ a précisé qu'actuellement, l'assurée présentait une symptomatologie anxiodépressive avec, par moments, des crises d'angoisse massives et des troubles de l'alimentation de type boulimie. Elle également noté des symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives, fluctuants et liés à des moments d'angoisse majeure. Elle a encore relevé des symptômes d'un état de stress post-traumatique (hypervigilance, cauchemars, réminiscence d'épisodes de violence), ainsi que des symptômes dépressif (tristesse, aboulie, anhédonie, hypersomnie, idées suicidaires par moments, troubles de la concentration et de la mémoire, apragmatisme par moments, manque d'énergie et perte de l'estime de soi). La Dresse W. _____ a ajouté que l'assurée se montrait impulsive lors de situations stressantes et/ou conflictuelles, n'arrivant pas à maîtriser ses émotions ou son comportement ; cette attitude lui avait occasionné des problèmes relationnels et l'avait mise en échec professionnel. On notait enfin une exacerbation périodique des troubles, en lien avec un contexte familial

- 6 - difficile depuis une très longue période. Au vu des symptômes décrits et de la fragilité de l'assurée, la psychiatre traitante a estimé qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable, l'incapacité de travail étant totale depuis le 1er janvier 2008. Elle a précisé qu'en cas de stabilisation de l'état de santé, on pourrait escompter une faible capacité de travail, de l'ordre de 20 à 30%, dans un cadre nécessitant peu de contact avec autrui. Quant aux limitations, elles étaient liées aux troubles psychiques, soit notamment l'état anxieux dépressif, l'impulsivité, l'irritabilité, une asthénie physique et mentale ainsi que des troubles cognitifs. A teneur d'un avis médical du 14 mars 2013, les Drs T. _____ et S. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont considéré qu'une expertise psychiatrique était nécessaire compte tenu du jeune âge de l'assurée, de la complexité du tableau décrit par la Dresse W. _____, des incertitudes du diagnostic concernant notamment la manière dont se manifestait le trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou les éléments à l'origine de l'état de stress post-traumatique, ainsi que de la date du début de l'incapacité de travail. L'OAI a mandaté le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser cette expertise. Dans ce contexte, après avoir examiné l'assurée le 28 août 2013 et fait procéder à des tests paracliniques, l'expert a fait part de ses conclusions dans un rapport du 5 octobre 2013 dont on extrait ce qui suit : "VII. Discussion : [...] Il y a eu ici toutes sortes de diagnostics, d'étiquettes et d'hypothèses. La palette des troubles évoqués a contenu les éléments suivants : trouble dépressif (la plupart du temps caractérisé comme sévère), trouble de personnalité, trouble alimentaire, trouble psychotique avec hallucinations, anxiété sous différentes formes, TOC, état de stress post-traumatique et autres. Il est très difficile de faire ici le tri pour la plupart des notions évoquées car il n'y a pas de preuves, à savoir les descriptions cliniques détaillées. Mme J. _____ nous a évoqué aujourd'hui surtout son état de ras-le-bol, de lassitude et de surcharge chronique avec l'ensemble de ses problèmes psychosociaux. Elle a décrit une

frustration de vie et des

- 7 - conditions de sa vie. Elle a évoqué tout aussi bien des symptômes de fatigue comme ceux de colère. Comme seul élément (psychotique), elle a évoqué des moments où, lors d'une émission de télévision, elle peut furtivement penser que ceci la concerne. Elle a nié tout décalage avec la réalité. Comme elle le disait elle-même : « Je ne suis pas folle ». Elle a parlé d'injustice, ceci à beaucoup de niveaux et elle avait une forte tendance à accuser l'entourage proche et lointain pour être responsable de ses déboires. En observation directe, nous avons vu et décrit une femme qui était dans un versant d'apparence triste, d'une thymie abaissée plus ou moins en permanence, par passage en larmes, à d'autres moments dans des expressions fortes de mécontentement, de révolte et de colère. Les émotions étaient assez polarisées et ceci toujours dans un certain lien avec les sujets et réalités qu'elle abordait. Elle était un peu intimidée au début de l'examen, dans une anxiété sous-jacente, mais cet aspect a diminué par la suite. Elle avait un discours de victime et il y avait des traits d'imaturité et de passivité. Lorsque nous avons essayé de la questionner sur sa propre implication dans le cours des choses, elle a mobilisé assez fortement des défenses type déni, projection, accusation et autres. Nous avons effectué un dosage sérique de deux substances qu'elle disait prendre régulièrement et avec une certaine satisfaction. Notre monitoring a montré qu'elle était non observante. Les valeurs sériques des substances étaient en dessous de la limite de détection. Nous avons donc dû constater une forte tendance aux contrevérités, ceci encore accentué par le fait qu'elle disait justement à plusieurs endroits à quel point les substances l'aidaient. Les affirmations de son psychiatre qui disait que son état perturbé était en vigueur malgré application de traitement et une bonne observance sont de ce fait caduques. Il n'y avait jamais de preuve pour un état dépressif de sévère intensité, il y avait des allusions au suicide, mais jamais d'acte ni d'hospitalisation. Si l'assurée avait présenté un état grave, les médecins auraient certainement pris d'autres mesures. Nos approches d'objectivation de la situation clinique ont montré qu'il s'agit d'un état dépressif de légère intensité en ce moment. Il y a ici l'approche AMDP qui a montré bien un décalage de concordance entre la vision subjective et objective et l'échelle MADRS qui a montré une valeur de dépression modeste. L'aspect anxieux était tout aussi modeste voire faible. L'assurée était un peu intimidée au début de l'examen, ensuite de plus en plus à même de s'exprimer avec force voire colère. Nous n'avons pas retenu les éléments d'un trouble de personnalité dans le sens clinique du terme. Il y a effectivement des traits accentués que l'on peut retenir, mais la personnalité en soi n'est pas perturbée ou déstructurée. Ici, tous les critères de la CIM[10] ne sont pas remplis. Très probablement, Mme J. _____ a vécu des passages très difficiles dans sa vie, notamment au moment de sa première séparation et son parcours de divorce difficile. Certainement elle pouvait parfois être au bord de ce qu'elle pouvait assumer. C'est probablement ceci que son médecin traitant a perçu et les déstabilisations de l'époque, il les a comprises sous forme d'un trouble psychotique. Or la réalité, le cours de sa vie ultérieure ont

- 8 - bien montré qu'elle avait toujours une capacité de faire face (même si le résultat était inférieur à ses attentes). Rappelons dans ce contexte encore une fois la validité de son engagement auprès de ses enfants et ses différents engagements professionnels. Nous n'avons pas trouvé non plus d'indice pour un véritable trouble bipolaire. L'assurée nous a décrit les achats compensatoires (à sa situation frustrée), mais jamais d'état hypomane voire maniaque proprement dit. Son psychiatre a évoqué des troubles obsessionnels compulsifs. Aujourd'hui, Mme J. _____ a parlé de contrôle de ses portes, notamment la porte

d'entrée. Mais il n'y a pas de rituel de contrôle ni élargissement de la symptomatologie. À notre avis, ceci ne justifie pas de retenir un trouble TOC proprement dit. Il [en] est de même avec ce qui concerne les troubles alimentaires, l'assurée a décrit un appétit très variable, de même variation pour se nourrir entre se remplir et rien manger. Il y a une analogie avec son poids qui a des variations, mais tout ceci n'a pas de notion de psychopathologie. En somme, son état actuel ressemble plus à ce qu'on rencontre parfois dans le terme d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte des émotions : anxiété, dépression, soucis, tension, colère et autres. Elle nous a bien décrit comment ses états apparaissent en réaction périodique dans certaines situations, par exemple lorsqu'elle est aux services sociaux pour une demande. En intervalle, elle s'est décrite comme amorphe, désinvestie, à la maison en train de rien faire, couchée la plupart du temps. Elle était très peu concrète dans les descriptions de sa vie quotidienne et quelques-unes de ses descriptions étaient passablement caricaturales voire excessives. En somme, même si on peut comprendre et admettre que l'assurée n'a pas eu une vie facile, qu'elle est toujours chargée par un certain nombre de problèmes et de frustrations, il n'y a pas de maladie psychiatrique proprement dite à constater. Son atteinte à plusieurs niveaux, plutôt légère, est susceptible d'être améliorée avec des traitements médicamenteux suivis, de même une approche psychothérapeutique. Mme J. _____ n'est pas tout à fait démunie de capacités de réflexions. Il existe une petite marge que ses défenses névrotiques soient mobilisables en direction d'une meilleure autogestion. Aujourd'hui, où la charge de ses enfants est tout de même un peu réduite, il y a théoriquement une marge qu'elle puisse mieux s'occuper d'elle-même et de trouver, au moins par moment, des satisfactions personnelles. Rappelons encore une fois dans ce contexte [que] les différents éléments évoqués, comme par exemple mauvais choix de partenaire, vie adverse, dettes, formation à faible qualification, double charge, difficulté de couple, manque de motivation, revendication et passivité[,] ne font pas partie des facteurs médicaux. VIII. Diagnostic et conclusions : Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement :

- 9 - 1. trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel léger (F33.0), 2. accentuation de certains traits de personnalité avec immaturité, impulsivité, dépendance (Z73.1[]). Comme discuté ci-dessus, il n'y avait pour nous pas suffisamment de preuves et de consistances pour retenir d'autres diagnostics ou pathologies comme évoqués dans le dossier (anxiété, état de stress post[-]traumatique, trouble de l'alimentation, [t]oc et autres). Nous nous trouvons donc en fort décalage avec les notions antérieures de ses médecins traitants. Il est bien possible que Mme J. _____, comme esquissé, a vécu une période très difficile avec un trouble d'adaptation intense et aussi avec répercussion sur sa capacité de travail. Nous ne pouvons rétroactivement guère [nous] déterminer là-dessus, mais nous pensons que des périodes de telles perturbations n'ont pas dépassé un laps de temps de 6 à 12 mois. Nous pensons ici en particulier à la période de sa séparation-divorce ou, comme nous avons vu, elle a pu trouver des réponses d'adaptation après un certain temps. Il reste donc en dehors des facteurs extra-médicaux le constat d'une femme qui a fait beaucoup pour ses enfants, qui n'a eu que peu de chances et de soutien dans les circonstances de sa vie affective et qui est dans une sorte de frustration existentielle. Ceci, même si l'on peut emphatiquement réceptionner, n'est pas identique à une maladie psychiatrique. En conséquence, il n'existe pour nous pas d'incapacité de travail de principe. On pourrait théoriquement admettre une conséquence liée à l'état dépressif léger, par exemple d[e l] ordre de 30 à 40% [d']incapacité de travail, mais ceci se relativise avec le constat de non

observance totale. Si l'assurée suivait un traitement, il existerait une très forte chance voire probabilité que son état psychique soit réduit à celui d'une dysthymie. Dans cette logique, il est donc pour nous impossible de retenir l'incapacité de travail. À titre thérapeutique, [...] le plus important nous semble une aide structurelle pour la gestion de ses enfant, ses dettes, son emploi du temps, etc. Très probablement, une activité extérieure, même à petite échelle, aurait un effet thérapeutique. Mais pour ceci, une convergence de vue est nécessaire du côté des intervenants médicaux. [...] IX. Réponses aux questions : A. Questions cliniques [...] 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Réponse : Néant

- 10 - 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Réponse : 1. trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel léger (F33.0) 2. accentuation de certains traits de personnalité avec immaturité, impulsivité, dépendance (Z73.1[])] [...] B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Réponse : Veuillez-vous référer aux données somatiques Au plan psychique et mental Réponse : Les symptômes anxio-dépressifs et de colère ne conduisent pas à des limitations proprement dites. Au plan social Réponse : Pas de limitations de principe 2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Réponse : Dans le courant de la vie et en traversant des difficultés importantes, l'assurée a certainement présent[é] des périodes d'incapacité de travail, mais dont la durée n'a pas dépassé 6 à 12 mois. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ? Réponse : Elle est théoriquement entière. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Réponse : Oui 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Réponse : Non 2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Réponse : Cf. réponse B 2.1 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Réponse : Cf. réponse B 2.1 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Réponse : Théoriquement oui C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

- 11 - [...] Réponse : Non, car [l']assurée est fixé dans une vision négative d'incapacité de travail totale et non motivée 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Réponse : Observance thérapeutique 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Réponse : Rétablissement de la capacité de travail 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ? 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 nouvelle activité ? Réponse : Oui, l'assurée peut assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? Réponse : Plein temps 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Réponse : Non [...]" Par avis médical SMR du 19 novembre 2013, le Dr T. _____ a repris les conclusions de l'expert P. _____. En date du 28 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il était envisagé de lui dénier le droit à des prestations de l'AI. En particulier, l'office a retenu que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI,

qu'elle était à même d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité adaptée à sa situation professionnelle et que, dès lors, elle ne subissait aucun préjudice économique lui permettant de prétendre à des prestations d'assurance. Selon une note d'un entretien téléphonique du 2 décembre 2013, l'assurée a déclaré à l'OAI qu'elle contestait le projet de décision

- 12 - susdit, établi sur la base de l'appréciation d'un médecin qui ne la connaissait pas et qui ne l'avait vue que durant à peine deux heures. Le 12 février 2014, la Dresse W. _____ a fait parvenir à l'OAI un rapport libellé comme suit : "Mme J. _____ présente des éléments cliniques qui évoquent les hypothèses diagnostiques mentionnées lors du rapport psychiatrique précédent, à savoir : - Trouble mixte de la personnalité avec trait émotionnellement labile type border-line et impulsif, type anankastique car l'analyse clinique de ses symptômes présente un polymorphisme clinique caractérisé par les éléments suivants : ■ labilité émotionnelle+++ et abandon ■ anxiété ■ des relations instables ■ des crises d'angoisse épisodiques diffuses et flottantes pouvant aller jusqu'à dépersonnalisation ■ des symptômes dépressifs fluctuants qui deviennent souvent péjoratifs (Trouble dépressif récurrent) ■ asthénie physique et mental[e] ■ instabilité affective ■ impulsivité +++ ■ incapacité à contrôler ses colères ■ des symptômes d'allure psychotique ■ des mécanismes de clivage et de projection ■ des fluctuations thymiques importantes, épisodiques et chroniques associées pouvant être associés à des idées noires ■ des comportements compulsifs épisodiques : surtout alimentaires (boul[i]mie- Trouble de l'alimentation sans précision ?), et au niveau des achats (Trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan ?) ■ sévices dans l'enfance On note chez Mme J. _____ la présence d'une triade caractéristique du diagnostic d'une personnalité pathologique : -Agressivité -Impulsivité -Instabilité Nous pouvons en conséquence évoquer une pathologie psychiatrique. Encore du point de vu psychiatrique, la présence d'éléments pathologiques cités peuvent notamment expliquer le fait que la patiente n'arrive ni à garantir une prise régulière de son traitement médicamenteux ni la possibilité d'assumer les contraintes normales qu'une activité professionnelle régulière demanderait. Dans ce registre les taux sanguins des médicaments que mon collègue expert a trouvé[s] ne sont pas surprenants.

- 13 - Au-delà de la nosologie, de l'arbre décisionnel que nous pouvons déterminer en utilisant des échelles psychopathologiques ou/et d'un suivi clinique, il y a en plus des éléments de son histoire de vie passée et actuelle qui contribuent d'une façon très négative à une possible amélioration de son statut psychique. Une « aide structurelle pour la gestion de ses enfants, ses dettes et une activité extérieure même mineure aurait un effet thérapeutique », selon mon collègue expert. Je partage cet avis avec lui. Il faudrait dans ce cas que Mme J. _____ puisse travailler d'une façon à peu près stable, chose qu'elle a déjà essayée à maintes reprises sans succès. D'une façon effective nous avons demandé l'aide d'assistant[s] sociaux qui n'ont pas pu mettre en place cette « aide structurelle » pour différentes raisons. L'aide d'un « coach- santé » qui travaillerait en synergie avec le médical, paramédical et social pour aider certains patients présentant des dysfonctionnements semblables serait vraisemblablement utile, néanmoins aucun poste n'est pourvu actuellement. Le rapport du suivi psychiatrique a été élaboré dans un registre de réalité clinique, et sociale d'une patiente prise en charge régulièrement depuis 3 ans, pas d'une évaluation ponctuelle de 2 heures. [...] La patiente est suivie depuis 2011 en psychiatrie d'une façon régulière. Elle s'est bien investie dans ce lien thérapeutique. En ce qui concerne d'autres attitudes régulières dont la prise de médicaments, l'exercice

professionnel même moindre, ainsi que des relations ou des réactions émotionnelles stables, la patiente semble être dans l'incapacité d'atteindre les objectifs attendus, et ceci pour une période indéterminée, voire permanente. Dans le cas d'un refus d'aide sociale (qui la soulagerait certainement), la patiente risque de réitérer son schéma classique en cas de frustration, c'est-à-dire rejet, injustice, « violence », parmi d'autres. [...] Par avis médical du 25 février 2014, les Drs T. _____ et M. _____, du SMR, ont pris position sur le compte-rendu précité. Ils ont observé, d'une part, qu'il n'y avait pas lieu de commenter plus avant l'effet thérapeutique que pourraient avoir une « aide structurelle » et une activité extérieure, cet aspect sortant du domaine de l'AI. Ils ont relevé, d'autre part, que le rapport de la Dresse W. _____ était en fait une énumération des symptômes qui justifieraient de retenir un trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labile type borderline et impulsif, type anankastique, et expliqueraient la mauvaise compliance médicamenteuse et l'impossibilité de reprendre une activité

- 14 - professionnelle. Or, dans son rapport d'expertise du 5 octobre 2013, le Dr P. _____ avait bien expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le diagnostic de trouble de la personnalité, considérant notamment que l'assurée présentait une accentuation de certains traits de la personnalité mais que la personnalité en soi n'était pas perturbée ou déstructurée. Dans ces conditions, les médecins du SMR ont estimé qu'il y avait lieu de préférer l'avis de l'expert P. _____ à celui de la psychiatre traitante, forcément plus empathique du fait même de la relation thérapeutique. Par décision du 17 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet du 28 novembre 2013, dont il a repris la motivation. Aux termes d'une lettre explicative du même jour, l'office a repris en substance l'avis susmentionné du SMR et considéré que l'expertise du Dr P. _____ devait dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. D. Agissant par l'entremise de son conseil, J. _____ a recouru le 28 avril 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et, si nécessaire, mise en place de mesures de réadaptation [sic]. En substance, la recourante allègue que l'appréciation de ses médecins traitants s'oppose à celle de l'expert P. _____, qui ne l'a vue qu'à une seule reprise « durant deux petites heures » et qui s'est contenté d'une vision partielle de la situation. Elle soutient en particulier que si l'expert a relevé l'absence de preuve étayant l'appréciation des médecins traitants, il n'a toutefois – à l'instar de l'OAI – pas pris la peine de contacter ces derniers en vue d'obtenir de plus amples informations ; quant au rapport complémentaire ultérieurement établi par la Dresse W. _____, il n'a pas été transmis au Dr P. _____ par l'office intimé, qui a écarté ce compte-rendu sans aucune explication. En ce qui concerne l'« aide structurelle » préconisée par l'expert, l'assurée soutient que de tels soutiens ont été mis en œuvre depuis longtemps mais que malheureusement, comme l'a constaté la Dresse W. _____, ces démarches ne se sont pas révélées payantes du fait de ses troubles psychiatriques. Elle ajoute que le Dr P. _____ a considéré

- 15 - défavorablement l'inobservance médicamenteuse sans pouvoir en expliquer les raisons, mais que la Dresse W. _____ a pour sa part été en mesure de mettre en lien la prise irrégulière de médicaments avec les troubles psychiques constatés. Dès lors, la recourante soutient que l'expert P. _____ a nié à tort la gravité de ses atteintes, de sorte l'OAI ne pouvait privilégier l'appréciation de ce médecin et écartier – sans explication d'ailleurs – les avis émis par les Drs C. _____ et W. _____. Elle estime enfin que les

médecins traitants ne sont pas forcément plus empathiques que d'autres praticiens dans la rédaction de leurs rapports, singulièrement ne sont pas moins objectifs dans la pose de leurs diagnostics que leurs confrères du SMR ou ceux mandatés par l'OAI. Dans ces conditions, au vu de la divergence d'opinion entre le Dr P. _____, d'une part, et les Drs C. _____ et W. _____, d'autre part, l'assurée fait valoir que l'avis d'un troisième spécialiste est indispensable.

- 16 - Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 13 juin 2014. Il retient pour l'essentiel que le rapport d'expertise du Dr P. _____ du 8 novembre [recte : 5 octobre] 2013 remplit toutes les conditions requises pour se voir reconnaître valeur probante, qu'il ne saurait être remis en cause par les avis médicaux des Drs C. _____ et W. _____ et qu'il n'y a dès lors pas lieu de procéder à une nouvelle expertise médicale, le dossier de l'assurée étant complet sur ce plan. Aux termes de sa réplique du 7 juillet 2014, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

- 17 - (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si l'office intimé était fondé à nier le droit de la recourante à des prestations de l'AI. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGa in fine). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

- 18 - b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGa. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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

- 19 - et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; 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 ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la

jurisprudence citée). 4. A titre liminaire, il convient de noter que la décision initiale de refus de rente du 20 juillet 2007 est intervenue pour manque de collaboration, soit pour un motif d'ordre formel, sans examen au fond. La rente n'ayant dès lors pas été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant, les règles spécifiques prévues à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne trouvent donc pas à s'appliquer à la nouvelle demande déposée le 22 décembre 2011. De fait, ce n'est qu'aux termes de la décision querellée rendue le 17 mars 2014 que l'intimé a pour la première fois procédé à une analyse matérielle des prétentions de la recourante. Il suit de là que, dans le cadre de la présente affaire, il y a uniquement lieu de déterminer si

- 20 - l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI. 5. En l'occurrence, seule est contestée l'existence ou non de troubles psychiques invalidants. Plus particulièrement, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr P. _____ pour retenir que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. De son côté, l'assurée a critiqué cette position, faisant valoir que l'appréciation de l'expert susnommé était mise en doute par celle de ses médecins traitants, le Dr C. _____ et la psychiatre W. _____. a) Dans son rapport d'expertise du 5 octobre 2013, le Dr P. _____ n'a posé que des diagnostics dépourvus d'impact sur la capacité de travail, à savoir un trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel léger, ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité avec immaturité, impulsivité et dépendance (cf. rapport précité p. 21). Il a plus particulièrement précisé avoir effectué un dosage sérique des deux substances que l'assurée déclarait prendre régulièrement et avec une certaine satisfaction ; il en était résulté que l'intéressée était non observante (cf. ibid. p. 18). Le Dr P. _____ a en outre expliqué que les différentes approches d'objectivation de la situation clinique utilisées avaient mis en évidence un état dépressif de légère intensité, avec un aspect anxieux tout aussi modeste, voire faible. Par ailleurs, si l'on pouvait retenir une accentuation de certains traits, il fallait en revanche écarter tout trouble de la personnalité au sens clinique du terme, la personnalité en soi n'étant pas perturbée ou déstructurée et les critères requis par la CIM-10 n'étant pas remplis. L'expert a ajouté qu'il n'y avait pas d'indice pour un véritable trouble bipolaire, les achats compensatoires décrits n'étant pas associés à un état hypomane voire maniaque proprement dit. Il a également nié l'existence d'un TOC, l'intéressée ayant évoqué un contrôle de portes, notamment de la porte d'entrée, sans rituel de contrôle ni élargissement de la symptomatologie. De même, il ne se justifiait pas de retenir des troubles alimentaires, l'appétit et la façon de

- 21 - manger étant présentés comme fluctuants, en analogie avec les variations de poids, le tout sans notion de psychopathologie (cf. ibid. p. 19). En définitive, le Dr P. _____ a retenu qu'il n'y avait pas suffisamment de « preuves et de consistances » pour rejoindre les diagnostics précédemment évoqués par les médecins traitants. L'expert a estimé qu'il était bien possible que la recourante ait vécu une période très difficile avec un trouble d'adaptation intense et incapacitant, que l'on ne pouvait toutefois se déterminer rétroactivement sur le sujet, mais que ces périodes de perturbation n'avaient pas excédé six à douze mois. Il a ajouté que l'on pourrait théoriquement admettre une diminution de la capacité de travail – par exemple de l'ordre de 30 à 40% – en lien avec l'état dépressif léger mais qu'une telle évaluation devait toutefois être relativisée au regard de la non observance médicamenteuse totale. En effet, avec un traitement suivi, l'état psychique de l'assurée

pourrait vraisemblablement être réduit à celui d'une dysthymie. Partant, le Dr P. _____ a exclu toute incapacité de travail (cf. ibid. p. 20). Outre l'observance thérapeutique, il a encore préconisé une aide structurelle notamment pour la gestion des enfants, les dettes, et l'emploi du temps (cf. ibid. p. 21). b) Contrairement à ce que prétend la recourante, les avis des Drs C. _____ et W. _____ ne sauraient l'emporter sur les conclusions de l'expertise du Dr P. _____. aa) En ce qui concerne le Dr C. _____, on notera que dans son rapport du 2 octobre 2005, établi à l'occasion de la première demande de prestations de l'assurée, ce médecin a fait état d'une entière inaptitude au travail dans le contexte d'un état anxio-dépressif avec personnalité psychotique et paranoïde depuis début 2004, observant par ailleurs que la médication prescrite était prise de manière anarchique. Ultérieurement, dans un compte-rendu du 13 avril 2012, le Dr C. _____ a signalé un état anxio-dépressif avec une personnalité psychotique depuis 1996 ainsi qu'un trouble bipolaire, situation induisant une entière incapacité de

- 22 - travail depuis le 1er février 2011, avec des restrictions se manifestant sous forme d'angoisses et d'idées paranoïdes. On peut tout d'abord relever que si le médecin traitant a initialement indiqué que l'état anxio-dépressif de l'assurée existait depuis 2004, il a par la suite fait remonter ce diagnostic à 1996, ce qui dénote un certain manque de cohérence. Par ailleurs et surtout, il résulte de l'examen des comptes-rendus précités que le Dr C. _____ – qui ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie – a essentiellement fondé son analyse sur les vicissitudes de la vie de la recourante ainsi que sur les plaintes signalées par cette dernière, sans réellement avancer de raisonnement médical objectif à l'appui des diagnostics retenus ou expliquer concrètement en quoi les troubles allégués étaient incompatibles avec l'exercice d'une activité, se limitant sur ce dernier point à évoquer laconiquement des angoisses et des idées paranoïdes. On soulignera également que si ce médecin a relevé en 2005 que l'assurée prenait son traitement médicamenteux de manière anarchique, il s'est toutefois gardé d'aborder les implications de cette inobservance dans le cadre de son appréciation de l'époque et n'a par la suite plus évoqué la question. Dans ces conditions, il faut admettre que le Dr C. _____ a fourni une évaluation incomplète et insuffisamment motivée, sans faire référence à un quelconque élément significatif qui aurait échappé à l'attention du Dr P. _____. L'avis du médecin traitant de l'assurée ne saurait donc être préféré à celui, mieux étayé, de l'expert mandaté par l'OAI. bb) Il est par ailleurs constant que, depuis le 5 janvier 2011, l'assurée est suivie au Centre G. _____ par la Dresse W. _____. Dans un premier rapport du 24 février 2012, cette dernière a relevé que l'intéressée présentait un tableau anxio-dépressif associé à une impulsivité marquée, rendant impossible toute tentative de réinsertion professionnelle pour une durée indéterminée. A ces facteurs s'ajoutaient des éléments d'allure psychotique comme de probables hallucinations auditives et visuelles épisodiques dans des contextes très courants d'asthénie mentale, ainsi que des signes cliniques d'un trouble de la

- 23 - personnalité de type borderline. Puis, dans un rapport du 26 novembre 2012, la Dresse W. _____ a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité avec des traits à caractère émotionnellement labile de type borderline et impulsif et des traits de type anankastique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique, des troubles de l'alimentation sans précision, un TOC avec comportements compulsifs au premier plan et un trouble de l'orthographe. En parallèle, elle a évoqué une symptomatologie anxiodépressive avec, par moment, des crises d'angoisse massives et des troubles de l'alimentation de type boulimie,

ainsi que des symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives fluctuants et liés aux moments d'angoisse majeure. Elle en a déduit une capacité de travail nulle depuis le 1er janvier 2008, susceptible d'atteindre 20 à 30% en cas de stabilisation de l'état de santé, dans un cadre nécessitant peu de contact avec autrui. Quant aux restrictions, elles étaient liées à l'état anxiodépressif, à l'impulsivité, à l'irritabilité à une asthénie physique et mentale ainsi qu'à des troubles cognitifs. Enfin, dans un rapport du 12 février 2014, la Dresse W. _____ a confirmé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité évoqué dans son précédent compte-rendu, invoquant à cet égard les symptômes polymorphes mis en évidence dans le cadre de l'analyse clinique (labilité émotionnelle+++ et abandon ; anxiété ; relations instables ; crises d'angoisse épisodiques, diffuses et flottantes pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation ; symptômes dépressifs fluctuants qui deviennent souvent péjoratifs [trouble dépressif récurrent] ; asthénie physique et mentale ; instabilité affective ; impulsivité +++ ; incapacité à contrôler ses colères ; symptômes d'allure psychotique ; mécanismes de clivage et de projection ; fluctuations thymiques importantes, épisodiques et chroniques pouvant être associés à des idées noires ; comportements compulsifs épisodiques : surtout alimentaires [boulimie – trouble de l'alimentation sans précision ?] et au niveau des achats [trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan ?] ; sévices dans l'enfance) et soulignant que l'assurée présentait une agressivité, une impulsivité et une instabilité caractéristiques d'une personnalité pathologique – les éléments pathologiques pouvant expliquer l'inaptitude de cette dernière à suivre un

- 24 - traitement médicamenteux régulier ou à assumer les contraintes normales d'une activité professionnelle continue. D'emblée, il faut relever que les troubles retenus ont varié au gré des rapports de la Dresse W. _____, alors même que celle-ci n'a signalé aucune évolution fondamentale de l'état de santé de l'assurée entre les trois constats concernés. En particulier, la psychiatre traitante a dans un premier temps mis l'accent sur l'aspect anxio-dépressif tout en évoquant des signes cliniques d'un trouble de la personnalité type borderline (cf. rapport du 24 février 2012), puis a retenu l'existence d'un trouble mixte de la personnalité à trait émotionnellement labile type borderline et impulsif, d'une part, et à trait anankastique, d'autre part, associé à un épisode dépressif sévère, singulièrement à une symptomatologie anxiodépressive (cf. rapport du 26 novembre 2012), pour finalement insister sur le trouble de la personnalité précité tout en mentionnant, dans le cadre de l'analyse clinique des symptômes, des crises d'angoisses épisodiques diffuses et des symptômes dépressifs fluctuants (cf. rapport du 12 février 2014). Il apparaît par ailleurs que le rapport du 26 novembre 2012 signale un état de stress post-traumatique, des troubles de l'orthographe et des troubles cognitifs dont on ne retrouve aucune trace dans les comptes-rendus des 24 février 2012 et 12 février 2014 ; quant à l'agressivité de la recourante, elle a été évoquée pour la première fois dans le rapport du 12 février 2014. On observe en outre que des symptômes psychotiques caractérisés par des hallucinations auditives et visuelles ont été mentionnés dans le rapport du 24 février 2012, que seules des hallucinations auditives ont été signalées à ce titre aux termes du compte-rendu du 26 novembre 2012 et que ce sont finalement des symptômes d'allure psychotique indéterminés qui ont été évoqués dans le rapport du 12 février 2014. Enfin, il y a lieu de relever que la psychiatre traitante n'a noté aucun trouble alimentaire ou comportemental dans son rapport du 24 février 2012, qu'elle a ultérieurement retenu un trouble de l'alimentation sans précision et un TOC avec comportement compulsif au premier plan dans son rapport du 26 novembre 2012, puis qu'elle s'est au final montrée nettement moins affirmative dans son

compte-rendu du 12 février 2014, se limitant à évoquer les troubles susdits en les faisant suivre

- 25 - d'un point d'interrogation. Pris dans leur ensemble, ces revirements multiples s'avèrent trop importants pour pouvoir être mis sur le compte d'une simple fluctuation de l'état de santé psychique, mais constituent autant d'indices incitant à appréhender l'avis inconstant de la Dresse W. _____ avec réserve. Par ailleurs, on observe, à la lecture des rapports établis par la psychiatre traitante, que l'appréciation de cette dernière ne contient pas de description clinique détaillée ni de réelle discussion médicale permettant de comprendre son raisonnement, mais s'appuie essentiellement sur l'énumération de différents symptômes succinctement évoqués (cf. rapport du 24 février 2012 p. 1 in fine et 2 ; cf. rapport du 26 novembre 2012 p. 2 et 3 ; cf. rapport du 12 février 2014 p. 1 et 2). Or, la simple mention d'une symptomatologie ne permet pas à elle seule de conclure à l'existence d'un trouble psychique (et, à plus forte raison, d'un trouble psychique à caractère invalidant) : il convient encore de vérifier concrètement lesdits symptômes en les intégrant à une appréciation médicale objective, fondée sur une approche scientifique – ce que la Dresse W. _____ s'est abstenue de faire. De même, cette praticienne n'a pas fourni de vraie motivation à l'appui de l'entière incapacité de travail retenue, se contentant là encore de mentionner différents symptômes sans indiquer précisément en quoi ils étaient constitutifs d'empêchements dirimants pour l'exercice d'une activité lucrative ; du reste, c'est également sans aucune explication qu'elle a fixé le début de l'incapacité au 1er janvier 2008 (cf. rapport du 26 novembre 2012). A cela s'ajoute que l'évaluation de la psychiatre traitante repose sur un « registre de réalité clinique, et sociale » (cf. rapport du 12 février 2014 p. 2) et doit par conséquent être relativisée, attendu que le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177). Pour toutes ces raisons, les conclusions de la Dresse W. _____

- 26 - n'emportent pas la conviction et justifient d'autant moins de s'écarter de l'avis dûment motivé de l'expert P. _____. A cela s'ajoute qu'initialement, la Dresse W. _____ a indiqué que l'assurée venait presque chaque semaine en consultation et était très compliant quant au suivi proposé (cf. rapport du 24 février 2012 p. 2), respectivement qu'elle bénéficiait d'une psychothérapeutique de soutien à un rythme hebdomadaire et d'un traitement médicamenteux qu'elle devait poursuivre impérativement (cf. rapport du 26 novembre 2012 p. 3). Par la suite, les dosages sériques effectués par l'expert P. _____ ont toutefois montré une totale inobservance médicamenteuse (cf. rapport d'expertise du 5 octobre 2013 p. 15 et 19) – inobservance dont les rapports établis jusqu'alors par la psychiatre traitante n'avaient jamais fait mention, dressant au contraire le portrait d'une patiente attentive au respect de son traitement. A l'annonce de cette absence de compliance, la Dresse W. _____ n'a toutefois aucunement revu son appréciation mais s'est contentée d'affirmer que les « éléments pathologiques » constatés pouvaient notamment expliquer l'inobservance médicamenteuse et que, dès lors, les dosages sériques trouvés par l'expert n'étaient pas surprenants (cf. rapport du 12 février 2014 p. 2). Cette thèse est toutefois sujette à caution. D'une part, il a été démontré ci-dessus que l'on ne pouvait se rallier aux « éléments pathologiques » retenus par la Dresse W. _____. D'autre part, on peine à voir comment des « éléments pathologiques » pourraient faire obstacle uniquement à la prise du

traitement pharmacologique, sans revêtir la moindre incidence sur le suivi psychothérapeutique, décrit comme régulier depuis 2011 (cf. rapport 12 février 2014 p. 3), ni sur le lien thérapeutique, dans lequel l'assurée s'est bien investie à en croire sa psychiatre traitante (cf. ibid. loc. cit.). Les assertions de la Dresse W. _____ – reprises par l'assurée (cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 6) – ne sont donc pas convaincantes, singulièrement ne sont pas susceptibles d'expliquer en quoi l'état de santé psychique de l'intéressée l'empêcherait de se conformer à sa médication. Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter de l'avis de l'expert P. _____ lorsqu'il retient que l'observance régulière d'un traitement médicamenteux adéquat permettrait de réduire l'état

- 27 - psychique de la recourante à une simple dysthymie et que, dans cette logique, il y a lieu d'exclure toute incapacité de travail (cf. rapport d'expertise du 5 octobre 2013 p. 20 ; cf. consid. 5a supra). La psychiatre traitante a par ailleurs indiqué qu'elle rejoignait l'avis du Dr P. _____ s'agissant de la mise en œuvre d'une aide structurelle, que des assistants sociaux avaient du reste été précédemment sollicités dans ce sens mais qu'ils n'étaient pas parvenus à mettre en place un tel soutien « pour différentes raisons » (cf. rapport du 12 février 2014 p. 2). A supposer que la Dresse W. _____ ait ainsi voulu contester le caractère réalisable de la mesure préconisée par l'expert, ses propos ne pourraient être qu'écartés puisqu'ils ne trouvent aucune assise dans le dossier et qu'en particulier, les « différentes raisons » qui auraient prétendument conduit à l'échec de telles démarches demeurent inconnues en l'état. Sur ce point, on soulignera notamment que rien dans les comptes-rendus de la Dresse W. _____ ne tend à montrer que la mise en œuvre d'un soutien structurel aurait été mise en échec par l'état de santé psychique de l'assurée – contrairement à ce que cette dernière prétend, sans du reste fournir le moindre élément à l'appui de ses allégations (cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 6). En tout état de cause, cette problématique sort du domaine de l'AI, ainsi que l'ont relevé les médecins du SMR (cf. avis des Drs T. _____ et M. _____ du 25 février 2014), de sorte qu'il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur la question. La Dresse W. _____ a en outre opposé sa propre appréciation effectuée sur la base d'une prise en charge vieille de trois ans, à celle de l'expert établie au regard d'une évaluation ponctuelle de deux heures (cf. rapport du 12 février 2014 p. 2 s.). Force est toutefois de souligner que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Bien plus, le caractère

- 28 - ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Au reste, rien ne démontre en l'espèce que le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par le Dr P. _____. Sous cet angle, les critiques de la psychiatre traitante – comme celles formulées sur cette même question par l'assurée (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 2 décembre 2013 ; cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 4) – sont donc inopérantes. Compte tenu de l'ensemble de ces

considérations, il s'impose de constater que l'appréciation de la Dresse W. _____, si elle diffère de celle du Dr P. _____, repose sur une motivation insatisfaisante et ne met en exergue aucun élément significatif que cet expert aurait ignoré. Il suit de là que l'avis de la psychiatre traitante n'est pas susceptible de mettre en doute celui de l'expert, qui doit donc être préféré. On notera encore par surabondance que, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 6), il importe peu que le rapport de la Dresse W. _____ du 12 février 2014 n'ait pas été transmis pour avis au Dr P. _____. Ce rapport a en effet été communiqué aux médecins du SMR, qui ont considéré – à juste titre, vu ce qui précède – qu'il y avait lieu de privilégier les conclusions de l'expert (cf. avis médical des Drs T. _____ et M. _____ du 25 février 2014). cc) De surcroît, contrairement à ce que soutient la recourante, on ne saurait reprocher à l'expert P. _____ – pas plus qu'à l'OAI – de ne pas avoir interpellé les médecins traitants après avoir relevé l'absence de preuve à l'appui de l'appréciation de ces derniers (cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 5 s.). En effet, il incombe précisément à un expert de relever ce genre de lacunes pour déterminer si les constatations émanant

- 29 - de médecins consultés par l'assuré peuvent être confirmées ou s'il y a lieu au contraire de suivre une autre approche. C'est ainsi que, dans le cas particulier, les carences constatées ont conduit l'expert psychiatre à s'écarter de l'avis des Drs C. _____ et W. _____ ; ces carences ne l'ont en revanche nullement empêché de réunir les éléments utiles pour procéder à une analyse méticuleuse de la situation sur plusieurs pages (cf. rapport d'expertise du 5 octobre 2013 p. 12 à 21). En ce sens, les critiques de l'assurée sont donc mal fondées. De même, c'est en vain que la recourante conteste le fait que les médecins traitants soient plus empathiques ou moins objectifs que les praticiens du SMR ou qu'un expert nommé par l'administration (cf. mémoire de recours du 28 avril 2014 p. 6). Par son argumentation, elle s'en prend en effet à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle les médecins traitants sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 ; cf. également consid. 3c supra). Or, le seul fait que l'assurée soit d'un avis différent ne suffit de loin pas pour remettre en question cette jurisprudence fermement établie, tirée de l'expérience de la vie (cf. ATF 125 V 351 précité, loc. cit. ; cf. TF 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 3 et 9C_142/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.1). c) Par ailleurs et surtout, le rapport du Dr P. _____ repose sur un examen clinique complet, des examens paracliniques, l'étude méthodique du dossier et une anamnèse approfondie de l'assurée. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, et l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée. A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr P. _____ du 5 octobre 2013 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles ayant trait à la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra). Partant, c'est à juste titre que, se fondant sur l'appréciation du Dr P. _____, l'OAI a retenu que l'assurée ne souffrait d'aucun trouble

- 30 - psychique se répercutant sur la capacité de travail et lui a dès lors dénié le droit à des prestations d'assurance. 6. Le dossier étant complet sur le plan médical, 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 judiciaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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. (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). 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 (cf. art. 69 al. 1 bis LAI ; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 31 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 28 avril 2014 par J. _____ est rejeté. II. La décision rendue le 17 mars 2014 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, à concurrence de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Florence Bourqui (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 32 - 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). La greffière :

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