

VD_GERICHTE ZD16.019975 vom 11. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.019975

FR: VD_GERICHTE ZD16.019975 du 11 janvier 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.019975 del 11 gennaio 2017

Erwägungen

E. 14

mois d'emprisonnement ferme pour des actes de violence, la possession de cannabis, des cambriolages, et pour avoir conduit malgré un retrait du permis. Il a une amie mais le couple n'a pas d'enfants. Il n'a jamais eu de formation professionnelle. L'assurée dit avoir eu plusieurs relations depuis la séparation de son mari. Elle explique qu'elles se sont défaites car elle pensait toujours à ce dernier, mais également parce qu'elle voulait être tranquille. - Madame K. _____ se serait adressée à un psychiatre la première fois dans sa vie en 1990, à [...]. À cette époque, relève-t-elle, elle n'était pas bien car elle avait des problèmes avec son mari qui l'avait trompée avec l'une de ses soeurs. L'assurée décrit la présence d'idées noires, de troubles du sommeil ainsi que des comportements suicidaires. Ainsi, au cours d'une promenade avec l'une de ses soeurs, elle se serait dirigée vers la voie de chemin de fer avant que cette même soeur ne la retienne. La prise en soins auprès de ce psychiatre aurait duré pendant quelques mois. Un médicament psychotrope aurait été prescrit, puis le suivi aurait pris fin car Madame K. _____ se sentait mieux. Elle a été hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique de [...] en 1994 pendant environ 3 semaines à cause d'une rechute. L'assurée décrit des idées noires, des problèmes de sommeil, cela toujours dans les suites de la séparation de son mari. La Doctoresse J. _____, médecin généraliste à [...], a assuré la prise en soins également sur le plan psychiatrique depuis 1996, et cela jusqu'à ce jour. Actuellement, la fréquence des consultations est de deux fois par mois, plus en cas de nécessité. Madame K. _____ indique qu'elle ne veut pas aller voir un psychiatre car elle ne veut pas « raconter toute sa vie à tout le monde » et que cela la fatigue. La Doctoresse J. _____ a mentionné le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques dans le rapport médical du 27 septembre 2012, ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi que de trouble anxieux dans le rapport médical AI du [non daté ; reçu le 28 janvier 2013] et dans le rapport médical AI du 23 mai 2013, celui de trouble dépressif récurrent ainsi que de trouble anxieux dans le rapport médical E 213 du 12 décembre 2013 ainsi que celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes

- 7 - psychotiques et d'anxiété généralisée dans la réponse aux questions du [date erronée ; reçue le 24 mars 2014]. La rechute actuelle s'est manifestée à partir de 2011 d'après l'assurée. Elle ne relève pas de facteur déclenchant. Toutefois, cela a nécessité une réhospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...], du 4 au 13 décembre 2012. En effet, à ce moment, Madame K. _____ présentait des idées noires. Ainsi, elle aurait effectué des préparatifs pour se pendre. Elle aurait été retenue lors de l'arrivée d'un de ses fils. Dans le rapport médical AI du 26 février 2013 des Doctoresses R. _____ et [...], de l'Hôpital psychiatrique de [...], figurent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, ainsi que de trouble anxieux, sans précision. Il n'y

aurait pas eu de réhospitalisation depuis lors. Sur le plan médicamenteux, l'antidépresseur d'escitalopram (Ciprallex®) a été prescrit. Il a été remplacé par la duloxétine (Cymbalta®), qui a dû être arrêtée en raison d'une mauvaise tolérance. L'escitalopram (Ciprallex®) a alors été réintroduit. L'antidépresseur-sédatif de trazodone (Trittico®) a également été prescrit, puis stoppé. Il en a été de même du neuroleptique-sédatif de quétiapine (Seroquel®) et de l'hypnotique (sommifère) de zolpidem (Stilnox®). L'anxiolytique de lorazépam (Temesta® Expidet) a été maintenu jusqu'à ce jour. - L'assurée dit être constamment angoissée. Parfois, elle se sent mieux sur ce plan, parfois pire. Cet état existerait depuis 2011. Lorsque l'angoisse augmente, elle est accompagnée par une sensation de froid, de gorge serrée, par une difficulté respiratoire, des tremblements, ainsi qu'une peur de mourir. La durée peut être de quelques heures mais en général ces épisodes répondraient bien au lorazépam (Temesta® Expidet). L'angoisse s'accroît quand elle pense à sa vie, explique Madame K._____. - Sur le plan somatique, l'assurée présente une gastrite chronique depuis plusieurs années, une hernie discale C4-C5 ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien. Cette dernière affection n'a pas été opérée ». L'expert B._____ a en outre écrit ce qui suit : « DÉROULEMENT DU QUOTIDIEN (tel que rapporté par l'assurée) Madame K._____ vit dans un appartement, qu'elle partage depuis un an environ avec son ancien mari. Le lever a lieu à une heure qui varie entre 9h30 et 12h. Elle boit du café, elle fume, elle mange un yaourt et prend ses médicaments. L'assurée prend une douche deux fois par semaine (quotidiennement dans le passé). Elle se couche dans le salon puis elle se rend dans sa chambre. Elle reste couchée et est inactive. Madame K._____ fait les courses. Elle ne mange pas à midi. L'après-midi, elle est inactive. Elle sort un minimum. Elle passe l'aspirateur une fois par semaine et, lorsque cela est nécessaire, elle balaie. L'amie de son fils cadet fait parfois la salle de bains car Madame K._____ n'en a pas envie. Par contre, elle fait la lessive, et un minimum de repassage. L'assurée fait

- 8 - également les tâches administratives. Pour les aspects plus compliqués, elle est aidée par son fils aîné ou par l'amie de ce dernier. Elle utilise parfois la tablette qui lui a été offerte par ses enfants pour ses 50 ans. Madame K._____ dit ne plus lire. Elle ne fait pas de promenades. Il lui arrive, dans l'après-midi, de rester dans le noir dans sa chambre. Elle n'a pas de loisirs car elle n'en a pas envie. L'assurée a des contacts avec ses parents presque tous les jours, avec sa soeur une fois par semaine, avec sa tante maternelle quotidiennement et avec son fils aîné ainsi qu'avec l'amie de ce dernier deux-trois fois par semaine. Madame K._____ rend visite à son fils cadet en prison une fois par semaine avec l'amie de ce dernier ainsi qu'avec son ancien mari. Elle a des contacts avec son fils cadet par téléphone tous les jours. L'assurée dit ne pas avoir d'amis. Elle prépare un repas pour le soir ou réchauffe des restes. Le repas est pris à une heure qui varie entre 18h00 et 21h. Après avoir rangé la cuisine, elle regarde la télévision (informations, feuilletons [...]). Madame K._____ joue un peu avec sa tablette. Elle ne sort pas. Le coucher a lieu à 23h-minuit. L'assurée a un permis de conduire mais elle indique qu'elle a peur d'utiliser un véhicule car elle n'est « pas nette dans [son] cerveau ». Madame K._____ est partie en vacances pendant 4 semaines au cours de l'été 2014 au [...] auprès de ses parents, avec ses deux fils et les amies de ces derniers. Ce séjour se serait bien passé. [...] PLAINTES ET SYMPTÔMES PRÉSENTÉS PAR L'ASSURÉE Spontanément, Madame K._____ indique que rien ne va. Elle ajoute qu'elle n'a plus de plaisir à vivre. Elle n'a pas d'autres plaintes spontanées. Sur questionnement, elle mentionne le fait qu'elle est presque toujours triste, tristesse qui est sans pôle matinal, et elle ajoute qu'elle pleure beaucoup. La seule activité agréable est le fait de voir sa petite fille. Dans le passé, les activités source de plaisir

étaient les sorties, la danse et le tricot. Elle relève l'absence d'énergie. Elle fait état d'une perte de la confiance en elle et dit se traiter d'incapable et de « trop nulle ». Par rapport à des reproches qu'elle peut s'adresser, elle s'en veut de ne plus rien faire. Elle signale la présence, parfois, d'idées de suicide (se jeter sous un train). Sur le plan des conduites instinctuelles, elle rapporte des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement ; réveils nocturnes), une perte de la libido ainsi qu'une diminution de l'appétit. Toutefois, a eu lieu une prise de poids, qui est attribuée à la médication. Elle fait part du fait que la concentration et la mémoire sont mauvaises. Elle dit être très tendue et être d'une irritabilité « catastrophique ».

STATUS PSYCHIATRIQUE Personne de 50 ans, paraissant plus que son âge, de petite taille, corpulente, à la présentation et aux soins corporels négligés (odeurs corporelles). Elle s'est présentée seule à la convocation, en train, et arrive avec 5 minutes de retard, en s'excusant. Elle s'exprime correctement en français, avec un accent. Elle est orientée dans les trois modes et plus particulièrement par rapport à la situation d'entretien d'expertise psychiatrique. Le contact est marqué par une hyper-expressivité émotionnelle.

- 9 - Il n'y a pas de méfiance. En raison de l'histrionisme, la collaboration ne peut pas être évaluée. Il n'y a pas de signes de fatigue (bâillements, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions). Présence d'un comportement algique (grimaces, soupirs) avec la mention d'un mal de tête, aspects qui s'estompent rapidement. Il existe une démonstrativité ainsi qu'une théâtralité. Évalué cliniquement, le fonctionnement intellectuel se situe dans la norme (rapidité de la compréhension, faculté d'abstraction, capacités de raisonnement, nuances des descriptions). Il s'agit d'une personne fruste, aux capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes ; la pensée est ancrée dans le concret et le factuel. Présence d'une labilité émotionnelle avec l'alternance rapide de pleurs et de rires. Globalement, l'humeur est modérément déprimée, avec un découragement, un discours à teinte négative, mais l'absence de tristesse permanente, de diminution de l'élan vital, d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y a pas de ralentissement idéomoteur. Absence d'anxiété à l'entretien, sans symptômes neurovégétatifs (tremblements, transpiration, sécheresse buccale) ni d'autres symptômes (difficulté respiratoire, fièvre, irritabilité), si ce n'est une légère tension. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire sont sans particularité. Le discours spontané est abondant. Le discours est de type plaintif, il est déstructuré, digressif, tangentiel, circonlocutoire, circonstancié et peu fiable ; globalement, il doit être qualifié de moyennement informatif. Capacité de projection dans l'avenir conservée. La conscience est claire, il n'y a pas de bizarreries dans les croyances ou le comportement, absence d'idées délirantes. Il n'y a pas de relâchement des associations, absence de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque, de rires immotivés, de néologismes ou de tout autre élément psychotique. Absence de moments d'élation de l'humeur, de désinhibition, d'agitation psychomotrice, de logorrhée, de tachyphémie (accélération du débit verbal), de tachypsychie (accélération de processus psychiques), d'augmentation de la communicabilité, de familiarité, de distractibilité, de fuites des idées, de sauts du coq-à-l'âne, de jeux de mots, de calembours ou de tout autre élément maniaque ou hypomaniaque. Tabac : depuis l'âge de 23 ans ; actuellement un paquet par jour. Alcool : occasionnellement. Stupéfiants : nihil. [...] **DISCUSSION ET APPRÉCIATION**

- 10 - Trouble de la personnalité : - Nous sommes en présence d'une personne de 50 ans, chez qui le développement psychoaffectif a été marqué par des phénomènes de parentification, en ce sens que Madame K. _____ avait la responsabilité de ses soeurs, en

ce sens qu'elle a dû, à partir de l'âge de 7-8 ans, effectuer les tâches de nettoyage, la préparation des repas et aider ses parents dans les travaux agricoles après l'école. Cela faisait qu'elle ne pouvait pas jouer avec ses camarades. Lorsque ses soeurs faisaient des bêtises, sa mère la tenait pour responsable et la frappait. Lorsque l'assurée était âgée de 11 ans, le père a quitté la famille pour aller travailler en Suisse. La période de l'adolescence, moment de bouleversements et de profonds remaniements psychiques, est marquée par la rupture du milieu d'origine en ce sens que Madame K. _____ a rejoint, à l'âge de 16 ans, le père qui travaillait à [...]. Par ailleurs, l'assurée n'a pas été victime de maltraitances sexuelles, il n'y a pas eu de séparations dans le sens d'hospitalisations longues ou répétées, l'entente au sein du couple parental est qualifiée de bonne (absence de violence) et le processus de socialisation se serait déroulé normalement (bonne intégration dans le groupe de ses pairs). Les conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence ont interféré avec le processus normal de mise en place de la personnalité. Madame K. _____ souffre d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10 ; DSM-V). Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable (mais qui peut être d'apparition tardive) ou d'un impact nuisible sur l'environnement social ; le trouble est habituellement, mais pas toujours, associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Dans le cas de l'assurée, cette dernière signale la présence de périodes de souffrance psychique depuis l'adolescence. Ainsi, dès l'âge de 14 ans, dans le contexte du décès du grand-père maternel, personne de qui elle était très proche, elle aurait verbalisé des désirs de mourir. Madame K. _____ n'a pas fait de formation professionnelle. De même, elle n'a pas été apte à s'intégrer dans le monde du travail. Ainsi, la biographie professionnelle est déstructurée, avec la prise de multiples emplois (une soixantaine), dans des activités différentes les unes des autres et de durée brève. Fait toutefois exception à cela le dernier travail, comme employée de maison, qui a pu être maintenu entre le mois de mai 2006 et le début du mois de juillet 2012. L'assurée n'a pas eu d'ennuis graves, récurrents, avec la justice, de même qu'elle n'a jamais fait l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle). Madame K. _____ n'a pas eu recours à des substances psycho-actives (alcool, stupéfiants).

- 11 - Sur le plan sentimental, elle n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme. En témoignent les relations complexes que l'assurée a entretenues avec son mari, puis son ancien mari, cela jusqu'à ce jour. Sa vie affective est déstructurée. Enfin, on relève une difficulté à élever ses deux fils, qui ont présenté des problèmes psychiatriques ou des ennuis avec la justice. Ce qui précède signifie que la majeure partie des critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité sont vérifiés et qu'un tel diagnostic doit être posé. S'il existe des éléments histrioniques nets, il n'y a pas suffisamment de critères pour poser le diagnostic à part entière de personnalité histrionique (F60.4). Il n'y a pas non plus d'éléments suffisants pour un autre trouble spécifique de la personnalité spécifique (paranoïaque ; schizoïde ; dyssociale [antisociale] ; émotionnellement labile, type impulsif, type borderline ; anankastique [obsessionnelle-compulsive] ; anxieuse [évitante] ; dépendante ; narcissique ; passive-agressive). Enfin, il n'y a pas non plus de combinaison de critères de troubles

spécifiques de la personnalité. Au vu de ce qui précède, le diagnostic de Trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) doit être posé. Dans le cas de Madame K. _____, le trouble de la personnalité qu'elle présente est caractérisé par la labilité émotionnelle, l'histrionisme, la dispersion psychique ainsi que la difficulté à maintenir une constance. Cela constitue autant de limitations fonctionnelles psychiques. Elles sont à l'origine d'une incapacité de travail. Dépression : - Il existe la notion que l'assurée verbalisait des envies de mourir à l'âge de 14 ans lors du décès de son grand-père maternel, de qui elle était proche. Madame K. _____ aurait consulté un psychiatre à [...] en 1990 environ pour une symptomatologie dépressive (idées noires, troubles du sommeil, envies suicidaires avec vellétés de se jeter sous un train) dans le contexte de difficultés avec son mari. Un traitement psychotrope aurait été prescrit et l'épisode se serait amenuisé après quelques mois. Une première hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] a eu lieu en 1994 de nouveau dans le cadre d'une symptomatologie dépressive (idées noires, troubles du sommeil), cela dans le contexte des problèmes avec son mari. Une nouvelle hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] a été nécessaire du 4 au 13 décembre 2012 en raison d'idées noires (vellétés de pendaison). Dans le rapport médical AI du 26 février 2013, les Doctoresse R. _____ et [...] de l'Hôpital psychiatrique [...] ont communiqué le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Le dernier épisode de dépression s'est manifesté en 2012.

- 12 - L'assurée est suivie par la Doctoresse J. _____, médecin généraliste, sur le plan somatique et psychiatrique depuis 1996, à une fréquence qui s'adapte à l'évolution de l'état psychique. La Doctoresse J. _____ a mentionné le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques dans le rapport médical du 27 septembre 2012, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques dans le rapport médical AI du [non daté ; reçu le 28 janvier 2013] et dans le rapport médical AI du 23 mai 2013, celui de trouble dépressif récurrent dans le rapport médical E 213 du 12 décembre 2013 et celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques dans la réponse aux questions du [date erronée ; reçue le 24 mars 2014]. Sur le plan médicamenteux, les antidépresseurs de duloxétine (Cymbalta®), d'escitalopram (Cipralex®) ainsi que l'antidépresseur-sédatif de trazodone (Trittico®) ont été prescrits. Dans le processus de recueil anamnestique, nous sommes confrontés à la difficulté de la fiabilité du discours de Madame K. _____. En d'autres termes, il est compliqué de déterminer l'atteinte réelle à la santé psychique. En effet, nous avons vu que l'assurée présentait un histrionisme. Cela se manifeste par une démonstrativité, une théâtralité et par l'exagération des plaintes. S'ajoute à cela que, lorsque l'assurée est questionnée au sujet de symptômes de dépression qu'elle est susceptible de présenter, elle répond systématiquement par l'affirmative et sans discernement. Or, certains de ces aspects sont invérifiables. Plus particulièrement, il s'agit de l'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), de la perte de la confiance en soi ainsi que des troubles du sommeil, de l'appétit et de la libido. Confrontés à cette difficulté, nous devons, avant tout, nous baser sur ce qui est effectivement observé. Ainsi, globalement, l'humeur est modérément déprimée, avec un découragement, un discours à teinte négative, mais l'absence de tristesse permanente, de diminution de l'élan vital, d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. La perte de toute énergie rapportée par Madame K. _____ ne se vérifie pas à l'observation clinique directe. Ainsi, il n'y a pas de réduction de l'élan vital (l'assurée est plutôt vive, tonique et animée), de même qu'il n'y a pas d'abattement. Si à l'analyse du déroulement du quotidien peu d'activités

sont préservées au jour le jour, cela peut être également le fait de ressources financières réduites. Le seul indice objectif en faveur d'une réduction de l'énergie est la négligence des soins corporels. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité dans la mesure où les reproches que Madame K. _____ peut être amenée à s'adresser n'ont pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser dans le sens de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire dans le cadre d'une dépression. Par contre, le discours et la pensée déstructurés de l'assurée sont en lien avec la personnalité pathologique et tel que cela a été mentionné ci-avant. Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ni moteur, de même qu'il n'y a pas d'agitation psychomotrice.

- 13 - Concernant les aspects de la dépression non vérifiables ou difficilement vérifiables, l'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) relevée par Madame K. _____ doit être prise avec réserve. Tout porte à croire que cet aspect est partiel, au vu de son attitude tonique. Il en est de même de la réduction de la confiance en soi. Ainsi, l'assurée ne mentionne pas, spontanément, qu'elle se sent incapable ou « nulle », mais ces aspects sont relevés lorsqu'elle est questionnée à ce propos. S'il peut exister des idées de mort, nous doutons quant à la présence d'idées suicidaires en ce sens que Madame K. _____ serait déterminée à mettre fin à ses jours. À l'anamnèse dirigée, concernant les épisodes passés, il ne ressort pas non plus que cela ait été le cas. Ainsi, en 1994, elle s'est approchée d'une voie de chemin de fer alors que l'une de ses sœurs était auprès d'elle. Plus récemment, l'assurée avait l'intention de se pendre mais elle a été retenue par l'arrivée de son fils. Ce qui précède porte à croire que Madame K. _____ cherchait à attirer l'attention sur sa souffrance. Les troubles du sommeil sont possibles mais ils ne sont pas corroborés par des signes de fatigue objectifs (bâillements, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions). La diminution de l'appétit qui est rapportée n'est pas accompagnée par une variation pondérale correspondante (prise de poids, attribuée aux médicaments). De la discussion qui précède, l'on doit arriver à la conclusion qu'actuellement l'épisode de dépression ne dépasse pas celui d'un degré léger. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiques en lien avec l'épisode de dépression actuel. - Le diagnostic de trouble anxieux a été porté par la Doctoresse J. _____ dans le rapport médical AI du [non daté ; reçu le 28 janvier 2013], dans le rapport médical AI du 23 mai 2013 ainsi que dans le rapport médical E 213 du 12 décembre 2013. Le même médecin a communiqué le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) dans la réponse aux questions du [date erronée ; reçue le 24 mars 2014], alors que le diagnostic de trouble anxieux, sans précision (F41.9) a été communiqué dans le rapport médical AI du 26 février 2013 des Doctresses R. _____ et [...], de l'Hôpital psychiatrique [...]. Le neuroleptique-sédatif de quétiapine (Seroquel®) a été prescrit puis arrêté, alors que l'anxiolytique de lorazépam (Temesta® Expidet) a été maintenu jusqu'à ce jour, actuellement en réserve. Dans l'évaluation diagnostique, nous sommes encore une fois confrontés au manque de fiabilité du discours de Madame K. _____, et tel que cela a été expliqué plus haut. Elle indique qu'elle est constamment angoissée, parfois plus, parfois moins, et cela depuis 2011. Lorsqu'elle pense à sa vie, l'angoisse s'intensifie et est accompagnée par des symptômes (sensation de froid, gorge serrée, difficulté respiratoire, tremblements, peur de mourir). Leur durée serait de quelques heures. L'anxiété généralisée (F41.1) fait référence à une anxiété généralisée, persistante, ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée (anxiété « flottante »). Les symptômes comprennent habituellement un sentiment permanent de

- 14 - nervosité, des tremblements, une tension musculaire, une transpiration, une sensation de « tête vide », des palpitations, des étourdissements et une gêne épigastrique. La personne se fait des soucis et s'attend à des malheurs divers, elle craint qu'elle-même ou que l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident. L'évolution de l'anxiété généralisée a tendance à être fluctuante et chronique. Dans le cas de l'assurée, il ne ressort pas qu'elle soit constamment angoissée. Ainsi, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 9 avril 2015, si Madame K. _____ était tendue, elle n'était pas angoissée. Au vu de ce qui précède, un diagnostic d'anxiété généralisée ne doit pas être posé actuellement. Par contre, nous ne pouvons pas réfuter l'absence de toute anxiété et à ce titre elle est relevée de manière récurrente dans les documents médicaux en notre possession mais encore par la Doctoresse J. _____ actuellement (9 avril 2015). Au vu de cela, l'on doit retenir le diagnostic de trouble anxieux, sans précision (F41.9). Néanmoins, le trouble anxieux que présente l'assurée n'est actuellement pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. En effet, il n'apparaît pas qu'il s'agisse d'une angoisse déstructurante dans le sens où elle envahirait le psychisme en perturbant les processus de pensée. Cela a tendance à être confirmé par la prise espacée (en moyenne deux fois par semaine) de l'anxiolytique de lorazépam (Temesta® Expidet). De surcroît, il existe une contradiction en ce sens que l'assurée explique que la durée des épisodes d'angoisse est de quelques heures, mais qu'ils répondent bien au lorazépam (Temesta®). En fait, la dispersion psychique n'est pas due aux moments d'angoisse mais au trouble de la personnalité, tel que nous l'avons mentionné. Autres pathologies : - L'exploration anamnétique a montré l'absence de problématique de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), l'absence de pathologie psychotique (psychose schizophrénique ; trouble délirant ; trouble psychotique aigu ; trouble schizo-affectif), l'absence d'autres troubles de l'humeur (trouble affectif bipolaire ; dysthymie), l'absence d'autre trouble anxieux constitué (agoraphobie ; trouble panique ; phobie sociale ; anxiété généralisée), l'absence de phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation, ni de trouble obsessionnel-compulsif. Il n'y a pas de troubles des conduites alimentaires (anorexia ; bulimia nervosa), il n'y a pas de troubles des impulsions et notamment de jeu pathologique et il n'y a pas de pathologie du fonctionnement intellectuel (absence de démence ni de retard mental). Pronostic, capacité de travail : - Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'amenuisement de la dépression ainsi que du trouble anxieux depuis 2012, par l'absence de problématique de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par l'étayage socio-familial relativement préservé ainsi que par la prise d'un traitement psychopharmacologique.

- 15 - Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la présence d'une polyopathie psychiatrique, par la présence d'un trouble de la personnalité inaccessible à la psychothérapie, par l'hérédopathie, par l'absence de prise en soins spécialisée (psychiatrique) ainsi que par les facteurs de stress constitués par la relation compliquée avec son ancien mari ainsi que la délinquance du fils cadet. Globalement, le pronostic doit être qualifié de défavorable. Il existe un risque d'une nouvelle accentuation de la symptomatologie. Nous avons vu que l'épisode actuel du trouble dépressif récurrent était de degré léger et qu'il n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques. Nous avons vu qu'il en était de même du trouble anxieux que présentait Madame K. _____. Par contre, les limitations fonctionnelles découlent du trouble de la personnalité. Cet aspect s'est vraisemblablement péjoré depuis 2012. Les limitations fonctionnelles consistent en la labilité émotionnelle, la dispersion psychique, l'histrionisme ainsi que la difficulté à maintenir une constance. Leur nature et leur intensité font qu'elles sont à l'origine d'une

incapacité de travail de 50% (4 heures 15 par jour sans diminution du rendement) pour des tâches de nettoyage. Concernant la période passée, il n'y a pas d'arguments clairs, univoques, en faveur d'une incapacité de travail totale durable. En effet, les dires de l'assurée sont insuffisamment dignes de foi pour en tirer des conclusions univoques. De surcroît, dans les rapports médicaux de la Doctoresse J. _____ qui s'étendent du mois de septembre 2012 au mois de décembre 2013, il ne figure pas de description d'une symptomatologie dépressive ni anxieuse susceptible de permettre de conclure à une incapacité de travail totale. Enfin, dans la réponse aux questions du [date erronée ; reçue le 24 mars 2014] du même médecin, il est fait part de périodes de péjoration mais non pas d'un état continu. Au vu de cela, l'incapacité de travail doit être située, globalement, à 50% depuis le 4 juillet 2012. Conclusions : - En résumé, il s'agit d'une assurée de 50 ans qui présente un trouble de la personnalité, affection qui est à l'origine d'une incapacité de travail de 50% depuis le 4 juillet 2012. Le trouble dépressif récurrent, dont l'épisode ne dépasse pas, actuellement, un degré léger, n'est pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. Il en est de même du trouble anxieux. Un diagnostic d'anxiété généralisée ne doit pas être posé actuellement ». Le Dr B. _____ a encore précisé que l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel pour autant qu'il s'agisse de tâches de nettoyage et que l'activité ait lieu à un taux de 50%, le travail habituel de nettoyeuse constituant l'activité la mieux adaptée à sa pathologie et des mesures professionnelles n'étant pas envisageables,

- 16 - l'assurée n'y voyant aucun sens. L'expert a encore expliqué que l'on ne pouvait pas améliorer la capacité de travail de l'assurée de manière significative, celle-ci étant inaccessible à la psychothérapie (capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes). Il estimait qu'elle devrait par contre être référée à un psychiatre. S'il était peu probable qu'une prise en soins psychiatrique spécialisée permettrait une amélioration de la capacité de travail, le risque d'une accentuation de la symptomatologie actuelle serait diminué et par conséquent, celui d'une incapacité de travail supplémentaire. Par avis SMR du 23 avril 2015, le Dr N. _____ a estimé qu'il convenait de questionner l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail depuis le 4 juillet 2012. Ainsi, le Dr B. _____ a précisé le 28 avril 2015 qu'il était possible seulement d'affirmer avec certitude le fait qu'une incapacité de travail totale n'avait pas existé de manière durable. Elle avait existé de manière certaine du début du mois de novembre jusqu'à mi-décembre 2012 (fin de l'hospitalisation à l'hôpital [...]) et de manière probable de mi-octobre à la fin du mois de décembre 2012. Par nouveau rapport SMR du 12 mai 2015, le Dr N. _____ a estimé que vu la discordance observée entre le constat clinique d'une part et la démonstrativité et l'exagération des plaintes par l'assurée d'autre part, l'expert avait estimé à juste titre que la dépression avait été de gravité légère pour la période antérieure à l'expertise, et non sévère comme annoncé par la Dresse J. _____. Dès lors, il était plausible de conclure à une amélioration des symptômes après l'hospitalisation de 2012. Ainsi, il y avait lieu de conclure, comme l'expert, à la présence d'un trouble de la personnalité occasionnant une incapacité de travail de 50% à long terme, laquelle s'était décompensée pendant quelques mois nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans un rapport final du 29 juin 2015, le service de réadaptation de l'OAI a conclu que l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle.

- 17 - Par projet de décision du 21 décembre 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er juillet 2013, basée sur un degré d'invalidité de 50% à

l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 4 juillet 2013. Le 14 janvier 2016, la Dresse J. _____ a formulé des observations à l'encontre du projet de décision. Elle s'est dite surprise par l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, vu les diagnostics qu'elle avait posés dans ses rapports à l'OAI entre 2012 et 2015, à savoir ceux de troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels sévères sans symptômes psychotique et d'anxiété généralisée, affection chronique, lesquels causaient l'incapacité et arrêt de travail de sa patiente depuis le 4 juillet 2012 pour une période indéterminée. Elle a précisé avoir eu un contact téléphonique avec le Dr B. _____, qui avait confirmé son diagnostic. Après avoir eu accès au dossier AI de l'assurée, la Dresse J. _____ a adressé un nouveau courrier du 26 janvier 2016 à l'OAI dans lequel elle a écrit ce qui suit : « [...] La patiente est en arrêt de travail définitif depuis le 4 juillet 2012, elle n'a jamais repris son travail ni d'autre activité à temps partiel depuis ce jour-là. J'ai pris connaissance de l'expertise du Dr B. _____ qui propose un suivi psychiatrique, il n'a pas connaissance que je suis psychiatre moi-même. Il souligne que l'assurée est inaccessible à la psychothérapie mais d'un autre côté, il propose une prise en charge psychiatrique qui permettra la récupération des capacités de travail. Il mentionne que la patiente est en incapacité de travail 50% depuis le 4 juillet 2012 et j'ai mentionné dans tous mes rapports que la patiente est en incapacité de travail à 100% depuis le 4 juillet 2012 jusqu'à ce jour-là. Je maintiens le diagnostic que j'ai mentionné dans mon rapport du 14 janvier 201[6], soit F33.2 troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels sévères sans symptômes psychotiques. F41.1 anxiété généralisée, l'état psychique avec l'âge que je suis la patiente depuis 1996 qui est venu quasi permanente et chronique d'où est justifié une demande de rente de l'AI complète. J'estime que vu la chronicité de la maladie, sévérité d'épisodes anxiodépressifs et troubles de la personnalité, le rendement est fortement diminué et en conséquence, une incapacité à 100% justifie une rente de l'AI complète ».

- 18 - Dans un avis SMR du 9 février 2016, le Dr N. _____ a estimé qu'il n'y avait pas d'incohérences dans le discours du Dr B. _____, celui-ci semblant seulement écarter une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, mais pas un soutien accompagné d'un traitement psycho-pharmacologique. Cela étant vu la divergence d'évaluation de la capacité de travail de l'assurée par la Dresse J. _____ et le Dr B. _____, il convenait de demander à celui-ci de prendre position. Dès lors, le Dr B. _____ a rappelé par lettre du 18 février 2016 qu'il avait expliqué précisément dans son expertise pour quelles raisons précises et particulières l'épisode actuel du trouble dépressif récurrent était léger et non pas sévère et pourquoi un diagnostic d'anxiété généralisée ne devait plus être posé actuellement. Il a par ailleurs relevé que les diagnostics posés par la Dresse J. _____ dans ses rapports successifs n'étaient pas argumentés. Par avis SMR du 1er mars 2016, le Dr N. _____ a relevé que les points de divergences entre l'expert et la médecin-traitante avaient été éclaircis par le premier et qu'il convenait de suivre son avis. Dans un courrier du 4 mars 2016 à l'assurée, l'OAI a considéré que les observations formulées par la Dresse J. _____ à l'encontre du projet de décision du 21 décembre 2015 n'apportaient aucun élément nouveau et n'étaient pas susceptibles de remettre en cause l'expertise du Dr B. _____, laquelle était probante. Par décision du 1er avril 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2013. B. Par acte du 29 avril 2016, K. _____, représentée par Procap, a recouru contre la décision du 1er avril 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est versée depuis le 1er juillet 2013, et subsidiairement à l'annulation de la

- 19 - décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous suite de frais et dépens. La recourante a contesté la valeur probante du rapport du Dr B. _____, reprochant à l'expert d'être parti de la prémisse – erronée – selon laquelle elle n'aurait pas eu de suivi psychiatrique spécialisé à la suite de son hospitalisation en 2012. Or, un tel suivi avait pourtant bien eu lieu et avait été prodigué par la Dresse J. _____, qui était certes médecin généraliste, mais qui disposait de " droits acquis en psychiatrie ". Cette médecin avait en outre relevé diverses incohérences dans le raisonnement de l'expert, notamment en tant qu'il estimait l'assurée inaccessible à la psychothérapie mais proposait en parallèle une prise en charge psychiatrique. Malgré les conclusions du Dr B. _____, la Dresse J. _____ maintenait les diagnostics posés dans ses rapports antérieurs à l'expertise, à savoir ceux de troubles dépressifs récurrents épisodes actuels sévères sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'anxiété généralisée (F41.1), estimant qu'au vu de la chronicité de la maladie, de la sévérité des épisodes anxiodépressifs et des troubles de la personnalité, le rendement de sa patiente était fortement diminué de sorte qu'une incapacité totale de travail se justifiait. Dans sa réponse du 20 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr B. _____ était probante. Dans sa réplique du 8 septembre 2016, la recourante a en substance repris les arguments de son recours, répétant que les avis de la Dresse J. _____ et du Dr B. _____ étaient contradictoires et estimant que des indices concrets permettaient de remettre en cause les conclusions de l'expertise de ce dernier. Elle a en outre produit un rapport de la Dresse J. _____ du 18 août 2016, selon laquelle la symptomatologie anxiodépressive de sa patiente s'était aggravée au début de l'année 2012 dans le cadre professionnel, ce qui avait nécessité un arrêt de travail à 100% depuis le 4 juillet 2012 jusqu'à aujourd'hui. Sa patiente avait présenté une symptomatologie sévère avec troubles anxieux et troubles du sommeil majeurs, perte de confiance en soi et présence d'idées suicidaires fluctuantes, raison pour laquelle elle l'avait adressée pour une

- 20 - hospitalisation à [...] en décembre 2012, où des diagnostics de troubles dépressifs récurrents avec épisodes sévères (F33.2) et de troubles anxieux sans précision (F41.9) avaient été posés. La Dresse J. _____ expliquait que l'état psychique de sa patiente ne s'était pas amélioré suffisamment par la suite pour qu'elle puisse reprendre une activité même à temps partiel, raison pour laquelle une demande de rente AI avait été effectuée. La Dresse J. _____ concluait que vu la chronicité de la maladie et des troubles de la personnalité, le pronostic à long terme était défavorable et l'exercice d'une activité à temps partiel n'était pas envisageable. Dans leurs écritures des 3 et 27 octobre 2016, l'OAI et la recourante ont maintenu leurs positions. 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il convient d'entrer en matière au fond.

- 21 - 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 des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a le droit à une rente d'invalidité supérieure à la demi-rente octroyée par l'OAI, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail réalisée par l'intimé. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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.

- 22 - b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier

- 23 - l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 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 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Le Tribunal fédéral considère en effet que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125

- 24 - V 351 consid. 3b et les références ; cf. TF 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il faut pouvoir 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. également TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). 4. En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur l'expertise médicale du Dr B. _____ du 11 avril 2015 et ses compléments des 28 avril 2015 et 18 février 2016 pour évaluer la capacité de travail et, partant, le droit à la rente de l'assurée. La recourante soutient quant à elle pour l'essentiel que l'appréciation de sa médecin traitante, la Dresse J. _____, doit être préférée à celle de l'expert. a) L'expert a estimé que la recourante souffrait d'un trouble de la personnalité sans précision (F33.0), présent depuis l'adolescence, lequel avait une influence sur sa capacité de travail. Il a diagnostiqué en outre un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et un trouble anxieux sans précision (F41.9), ces deux atteintes étant sans influence sur la capacité de travail. Pour poser ces

diagnostics, l'expert B. _____ s'est appuyé notamment sur une anamnèse détaillée, qui rapporte tant les évènements marquants de la vie de l'assurée que les évènements et interventions médicaux. Il a ainsi en particulier relevé que l'assurée, arrivée en Suisse à l'âge de 17 ans (en 1981) avait effectué de nombreux emplois avant de travailler, de mai 2006 et jusqu'à son licenciement en 2012, comme employée de maison chez un médecin. Au plan familial, il a notamment expliqué que l'assurée avait divorcé en 1992 de son mari qui s'était montré violent et avait eu une relation et un enfant avec une de ses sœurs, avec laquelle il s'était marié puis avait divorcé. Au moment de l'expertise, l'assurée et son ex-mari partageaient le même appartement,

- 25 - mais il n'y avait pas de vie de couple. En outre, l'expert a relevé que le fils cadet du couple était incarcéré à [...] pour 14 mois. Au plan psychiatrique, l'expert a expliqué que l'assurée avait consulté un psychiatre pour la première fois en 1990 pendant quelques mois dans le contexte des difficultés conjugales susmentionnées, car elle présentait des symptômes dépressifs. Puis, elle avait été hospitalisée en 1994 pendant trois semaines à l'hôpital psychiatrique de [...], en raison d'une rechute, toujours dans les suites de la séparation d'avec son ex-mari. Par la suite, depuis 1996, la Dresde J. _____ avait assuré un suivi psychiatrique. Une nouvelle rechute avait nécessité une nouvelle hospitalisation du 4 au 13 décembre 2012 à l'hôpital de [...]. Au plan diagnostique, l'expert a expliqué, de manière convaincante et argumentée que l'assurée présentait un trouble de la personnalité, sans précision, au sens des classifications officielles (CIM- 10 ; DSM-V). En effet, après avoir précisé les conditions permettant de poser un tel diagnostic – à savoir la présence de dysfonctionnements prononcés depuis l'adolescence au plus tard, dans le domaine des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, lesquels doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable ou d'un impact nuisible sur l'environnement social –, il a expliqué que dans le cas de l'expertisée, les conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence (phénomènes de parentification, l'assurée ayant eu dès l'âge de 7-8 ans la responsabilité de ses sœurs et de tâches domestiques, et rupture avec le lieu d'origine à l'âge de 16 ans, l'assurée ayant rejoint son père qui travaillait à [...]) avaient interféré avec le processus normal de mise en place de la personnalité. Ainsi, elle n'avait pas fait de formation professionnelle et n'avait pas été apte à s'intégrer dans le monde du travail, comme le montrait sa biographie professionnelle déstructurée avec prise de multiples emplois (exception faite de son dernier emploi comme employée de maison qu'elle avait conservé durant six ans). Au plan sentimental, elle n'avait pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme, ainsi qu'en témoignaient les relations complexes qu'elle entretenait avec son ex-mari, jusqu'à ce jour. Enfin, l'expert a

- 26 - expliqué de façon convaincante et motivée également que le trouble de la personnalité de l'intéressée avait un impact sur sa capacité de travail, car il était caractérisé par une labilité émotionnelle, un histrionisme, une dispersion psychique et de la difficulté à maintenir une constance, ces éléments constituant autant de limitations fonctionnelles psychiques. L'expert a ainsi estimé que le trouble de la personnalité entraînait une incapacité de travail de 50% (4 h 15 par jour sans diminution de rendement) pour des tâches de nettoyage. S'agissant de la symptomatologie anxio-dépressive, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9). En préambule, l'expert a relevé que le discours de l'assurée était peu fiable, vu l'histrionisme qui se manifestait par une démonstrativité, une théâtralité

et une exagération des plaintes. Il en découlait une difficulté à déterminer l'atteinte réelle à sa santé psychique - et en particulier la présence ou l'intensité de certains symptômes difficilement vérifiables - raison pour laquelle il fallait avant tout se baser sur l'observation clinique pour déterminer l'ampleur de la symptomatologie. Ainsi, en ce qui concerne la dépression, contrairement à ce que soutient la recourante dans sa réplique, l'expert n'a pas simplement écarté certains symptômes difficilement vérifiables de la maladie, comme l'anhédonie, la perte de confiance en soi et les troubles du sommeil ou de l'appétit. Il a au contraire évalué leur présence ainsi que celle de plusieurs autres symptômes signalés par l'assurée et par la médecin traitante (cf. rapport de cette dernière du 24 mars 2014) pour en conclure, de façon convaincante, que vu leur intensité actuelle, l'épisode de dépression ne dépassait pas celui d'un degré léger et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques en lien avec l'épisode dépressif actuel. En particulier, l'expert a relevé que si globalement l'humeur était modérément déprimée avec un découragement et un discours à teinte négative, il n'y avait ni tristesse permanente ou diminution de l'élan vital, et la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. La perte de toute énergie rapportée par l'assurée n'était pas non plus observée, celle-

- 27 - ci étant plutôt vive et tonique, le seul indice en faveur d'une réduction de l'énergie étant la négligence des soins corporels. Il n'y avait pas de sentiment de culpabilité, dans la mesure où les reproches que l'assurée s'adressait n'avaient pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y avait pas non plus de diminution de l'aptitude à penser, l'expert relevant toutefois que le discours et la pensée déstructurés de l'assurée étaient en lien avec son trouble de la personnalité. Concernant les aspects de la dépression difficilement vérifiables mentionnés ci-dessus, l'expert B. _____ a relativisé leur présence signalée par l'assurée. Ainsi, il a estimé que tout portait à croire que l'anhédonie était partielle vu l'attitude tonique de l'intéressée ; il en allait de même de la réduction de la confiance en soi, l'assurée ne mentionnant pas spontanément se sentir incapable ou "nulle", ces aspects n'étant relevés que lorsqu'elle était questionnée à ce propos. Il ne paraissait en outre pas que l'assurée présentait des idées suicidaires en ce sens qu'elle était déterminée à mettre fin à ses jours, même s'il pouvait exister des idées de mort. Enfin les troubles du sommeil étaient possibles mais pas corroborés par des signes de fatigue objectifs (bâillement, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions). Les explications qui précèdent au sujet de la gravité de la dépression sont claires et dûment motivées, reposent sur une observation clinique de l'assurée et tiennent compte des indications subjectives de celle-ci. Elles doivent en conséquence être suivies. Pour le surplus, l'expert a dûment expliqué pourquoi il retenait le diagnostic de trouble anxieux sans précision et sans répercussion sur la capacité de travail et non le diagnostic d'anxiété généralisée posé par la Dresse J. _____ dans son rapport du 24 mars 2014 - lequel ne repose d'ailleurs sur aucun status psychiatrique précis. Là encore, l'expert a pris en compte les plaintes de l'assurée et s'est basé sur ses observations cliniques ainsi que sur l'anamnèse. Il en a en substance conclu de manière convaincante que la présence de toute anxiété ne pouvait pas être réfutée chez l'assurée mais qu'en revanche, elle ne présentait pas une angoisse permanente, persistante, flottante et déstructurante, caractéristique de l'anxiété généralisée (F41.1).

- 28 - Au sujet de l'évolution de la capacité de travail de la recourante, l'expert a précisé, dans un complément d'expertise du 28 avril 2015 demandé par le SMR, que l'assurée avait probablement présenté une incapacité totale de travail de mi-octobre 2012 à fin décembre 2012, liée, à tout le moins en partie, à la symptomatologie anxio-dépressive. En effet,

l'expert a rappelé que l'assurée avait été hospitalisée à l'hôpital [...] à cette période. Du reste, à cette époque, la Dresse R. _____ avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de trouble anxieux sans précision (rapport à l'OAI du 26 février 2013), comme la Dresse J. _____ (rapport à l'OAI du 28 janvier 2013), ce dont l'expert a tenu compte dans son rapport du 11 avril 2015. A la différence de cette dernière, l'expert est cependant d'avis que la dépression et le trouble anxieux se sont amenuisés à la suite de cette hospitalisation (cf. expertise p. 15), relevant qu'une incapacité de travail totale ne peut pas être établie sur la base des rapports de la médecin traitante pour la période de septembre 2012 à décembre 2013 [recte : décembre 2012 à septembre 2013], celle-ci ne faisant pas état d'une symptomatologie dépressive permettant de conclure à une incapacité de travail totale et rapportant, dans son dernier rapport du 24 mars 2014, uniquement des périodes de péjoration et non pas un état continu. Au vu de ces éléments, l'expert a retenu une incapacité de travail de 50%, globalement, en lien avec le seul trouble de la personnalité, pour la période postérieure à l'hospitalisation de décembre 2012. Les conclusions de l'expert sont bien motivées et convaincantes. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'est en outre pas parti de la prémisse erronée qu'il n'y a pas eu de suivi psychiatrique après l'hospitalisation de 2012, raison pour laquelle il aurait écarté la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive sévère et incapacitante. Au contraire, l'expert a dûment pris en compte le fait que l'assurée est suivie par la Dresse J. _____ depuis 1996 au plan psychiatrique et qu'une médication antidépressive a été prescrite (cf. expertise p. 13). b) Vu ce qui précède, les conclusions de l'expertise et de son complément du 28 avril 2015 sont claires et dûment motivées au plan

- 29 - diagnostic et de la capacité de travail, de sorte qu'elles doivent être suivies.

L'expertise est en outre fondée, ainsi qu'on l'a vu, sur une anamnèse détaillée, un entretien avec l'assurée de plus de deux heures et prend en compte les plaintes de celle-ci, tout en relevant leur caractère exagéré. L'expert a en outre pris contact avec la Dresse J. _____ avant la rédaction de son rapport et expliqué pourquoi il s'écartait de son évaluation. c) Le rapport de la Dresse J. _____ du 26 janvier 2016 ne contient aucune anamnèse, ni status détaillé, ni description des plaintes de la patiente, d'observations cliniques précises, ou d'autre élément suffisamment pertinent ou nouveau pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Les mêmes considérations s'appliquent au rapport de la médecin traitante du 18 août 2016 produit par la recourante avec sa réplique du 8 septembre 2016. En outre, bien que la Dresse J. _____ allègue être psychiatre, cet élément ne ressort ni du registre fédéral des professions médicales, ni du site internet de la FMH. Au surplus, contrairement à ce qu'elle soutient dans son rapport du 26 janvier 2016 précité, l'expert B. _____ ne se contredit pas lorsqu'il relève que l'assurée est inaccessible à la psychothérapie, tout en recommandant une prise en charge psychiatrique pour diminuer le risque d'une accentuation de la symptomatologie. En effet, comme le Dr B. _____ l'a précisé dans son rapport du 18 février 2016, il exprime par là qu'il est peu probable qu'une psychothérapie puisse améliorer les troubles psychiques, en particulier le trouble de la personnalité (cf. expertise, p. 15), mais qu'il ne faut pas écarter une thérapie de soutien avec un traitement psychopharmacologique pour éviter une aggravation de la symptomatologie, l'expert n'ayant par ailleurs à aucun moment soutenu qu'une prise en soins psychiatrique permettrait l'amélioration de la capacité de travail, contrairement à ce qu'affirme la Dresse J. _____ dans son rapport du 26 janvier 2016. d) Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'un complément d'instruction n'apparaît pas nécessaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3

- 30 - mars 2010 consid. 3.2. et les références). En effet, un tel complément ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 5. a) En conséquence, les griefs de la recourante sont mal fondés, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI du 1er avril 2016 confirmée. b) La recourante ayant obtenu l'assistance judiciaire en la forme de l'exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ces frais, fixés à 400 francs (cf. art. 69 al. 1bis LAI), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPG, art. 55 LPA-VD).

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