

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2010

Présidence de M. D I N D
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à Morges, recourante, représentée par Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate à Morges,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1959, de nationalité suisse depuis 1979, séparée dès 2003, mère d'un enfant né en 1979, au bénéfice d'une formation d'employée de bureau, a été mise au bénéfice de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (ci-après: l'AI) dès 1983 pour une malformation congénitale sous la forme d'un membre inférieur gauche plus court que le droit et d'un pied équin.

Sur formule ad hoc signée et datée du 23 décembre 2004, l'assurée a sollicité un nouvel examen de son droit aux prestations de l'AI, indiquant souffrir d'atteintes à sa santé physique et psychique. Le 11 janvier 2005, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Elle indique qu'avec l'âge, la malformation congénitale dont elle est atteinte ne lui permet plus de rester longtemps debout ou assise. Le fait de marcher longtemps lui est également difficile. Elle signale des problèmes aux genoux ainsi qu'un problème psychiatrique. Sur formule ad hoc du même jour, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle souhaitait pouvoir travailler dans la mesure du possible, mais n'a pas été à même de pouvoir préciser dans quel genre d'activité et à quel taux.

L'extrait du compte individuel (CI) révèle que l'assurée a travaillé de janvier 1987 à février 1990 au service de la Banque X. _____, avant d'effectuer un mois de remplacement en 1999 comme vendeuse chez W. _____. Elle n'a pas repris d'activité depuis lors.

Dans un rapport médical non daté adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) établi par le Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant jusqu'en 2003, les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressivo-anxieux existant de très longue date avec aggravation en 2000 ainsi qu'une obésité morbide ont été posés. Sans répercussion sur la capacité de travail, ce praticien a retenu une malformation du pied

gauche, raccourcissement du membre inférieur gauche de 2 cm. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, faute de l'avoir revue depuis 2003.

Dans un rapport du 24 mai 2005 adressé à l'OAI, le Dr G. _____, psychiatre traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'attaques de panique et d'agoraphobie existant depuis fin 2001. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un problème orthopédique de naissance (athrophie de la jambe gauche). Tout en indiquant ne pas signer de certificats d'incapacité de travail, ce praticien indique que l'incapacité de travail doit certainement être totale depuis le début de la prise en charge par ses soins, soit en septembre 2003. Il n'y a à son avis pas d'autres activités envisageables actuellement, eu égard aux problèmes psychiques présentés par l'assurée. Il constate un discours et une pensée rétrécis aux difficultés présentes, mais ne note pas de trouble floride de la lignée psychotique. La thymie est essentiellement angoissée, les angoisses, importantes, étant à caractère physique et psychique. Il y a des attaques de panique en situation sociale, de l'agoraphobie ainsi qu'une diminution importante de l'estime de soi. Des troubles du sommeil sont relevés ainsi qu'une baisse de la sociabilité. Le pronostic est actuellement sombre, l'assurée ayant notamment besoin de l'aide de son fils pour effectuer des démarches administratives.

Une fiche d'examen du dossier du 12 juillet 2005 révèle qu'une expertise psychiatrique a été sollicitée; par ailleurs, il a été décidé de procéder à une enquête ménagère afin de déterminer le statut (évolution) ainsi que les empêchements présentés par l'assurée.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 5 août 2005. Dans son rapport du 8 août suivant, l'enquêtrice constate que l'assurée est très angoissée, sa fragilité étant extrême et se manifestant notamment par des pleurs fréquents au cours de l'entretien. L'enquêtrice note encore ce qui suit: "Puis elle [l'assurée, réd.] raconte comme le regard des autres est lourd face à son infirmité congénitale. La jambe droite est plus courte de 2 cm ½ et beaucoup plus fine que l'autre jambe.

(...) La boiterie est basse et l'assurée doit se «rouler» sur elle-même pour se relever d'un canapé par exemple. Cette infirmité lui provoque des douleurs dorsales importantes et qui la limitent dans tous les mouvements tels que la marche (pas plus de 10 mn, se baisser, port de charges). L'assurée se déplace souvent avec des béquilles à l'extérieur de son domicile afin de soulager le bas de son dos". L'assurée fait remonter ses problèmes psychologiques (début de l'atteinte à la santé) en 2001 à la suite du décès de sa mère en 2000 et aux problèmes conjugaux qui ont suivi. Cela étant, l'enquêtrice estime que le statut d'active à 100% est pleinement justifié, dès lors que l'assurée explique que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à temps plein afin d'être autonome. L'intéressée indique également que le montant qu'elle percevra à la suite de son jugement en divorce ne lui permettra pas de subvenir à son entretien et elle refuse de surcroît de dépendre de son fils. Pour autant, l'enquêtrice considère que la fragilité psychologique ne permet pas à l'assurée de se projeter dans une activité professionnelle quelle qu'elle soit. L'assurée déclare comprendre qu'une expertise psychiatrique soit demandée, même si elle se dit angoissée de ne pas être comprise par le médecin. L'enquêtrice l'a rassurée à ce sujet.

Mandaté par l'OAI, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport expertise daté du 29 mars 2007. Il retient les diagnostics selon la CIM-10 ayant une répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxio-dépressif mixte (F41.2) et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3). Sans répercussion sur la capacité de travail, il retient le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques (et sociales) (F68.0). Dans son rapport, l'expert procède à une anamnèse circonstanciée (p. 3-6), décrit les plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 6-9), résume les pièces administratives et médicales au dossier (p. 9-11), décrit le status clinique (p. 12-16). Sous la rubrique "discussion", l'expert expose ce qui suit:

"Nous nous trouvons dans la situation d'une assurée qui a déposé une demande de rente à l'Assurance-invalidité en 2005 et en étroite

lien avec une procédure de séparation et de divorce en cours depuis 2003.

C'est son avocat qui lui a conseillé de déposer cette demande, mais elle argumente dans le dossier et dans l'entretien aussi avec le fait qu'elle était déjà dans l'incapacité de travail pour des raisons de santé depuis 1990. Mais nous ne trouvons aucune trace pour cette allégation.

La biographie de l'assurée montre une situation avec de très probables carences affectives, avec un père alcoolique et violent qui s'est séparé de sa mère lorsque l'assurée avait six ans. Placée partiellement chez les grands-parents, elle a vécu son enfance et sa scolarité à Divonne en France.

Elle a fait ensuite l'équivalent d'un CFC d'employée de commerce et a travaillé dans différents commerces de la région, en dernier dans une banque privée où son deuxième mari était un des cadres responsables. Il n'existe ensuite aucun document qui confirme une incapacité de travail à partir de 1990. Il semble plutôt que la situation matérielle de son mari permettait une situation sans travail extérieur. Il existe un suivi chez son médecin de famille pour les problèmes de dorsalgie en lien avec une malformation du pied gauche depuis la naissance, lié à un raccourcissement de sa jambe. Ce problème est évoqué jusqu'à ce jour. Notons dans ce contexte qu'il n'existe pour ce problème aucune évaluation ou traitement spécifique.

Une symptomatologie anxio-dépressive est décrite très précisément en 2003, au moment où elle a été confrontée à « l'expulsion » de la maison conjugale par voie judiciaire. Elle avait découvert une année avant la relation extraconjugale de son mari avec sa meilleure amie, ce qui a provoqué une déstabilisation de moyenne ampleur. Un mois après le choc décrit, son état est tel que son médecin traitant propose une hospitalisation en milieu psychiatrique. Madame N. _____ reste ici une journée et décide très vite de ne pas avoir besoin d'une telle approche. Par la suite et jusqu'à ce jour, elle est suivie en ambulatoire par un psychiatre installé.

A travers les descriptions de l'assurée qui font écho aussi chez son médecin traitant et une enquêtrice de l'AI, on a l'image d'une femme qui vit recluse chez elle, inhibée par l'anxiété, incapable de prendre sa vie en main, très soutenue par le seul soutien que représente son fils unique et à tout moment en proie à des crises de panique et agoraphobique. Mais l'analyse fine des informations obtenues (cf. chapitre anamnèse) montre aussi que l'assurée

- dispose d'une voiture et l'utilise,
- dispose de plusieurs médicaments anti-anxiolytiques,
- nous dit que les crises ont diminué en ampleur,
- utilise internet, lecture, télévision et autres moyens pour rester en contact avec le monde extérieur,
- nous dit que les problèmes agoraphobiques sont plutôt légers avec par exemple évitement de foule et de grands magasins, mais sans blocage social dans l'absolu.

Elle nous dit que chaque nouvel événement, comme par exemple chaque visite de l'AI chez elle, examen d'expertise, séance du tribunal, etc. est extrêmement chargé d'anxiété et la met dans des

états de dysfonctionnement. Ceci est compréhensible, mais ne présente pas en soi la preuve d'un caractère invalidant des problèmes d'anxiété.

Nous avons vu en examen une femme très tendue, pleine d'appréhensions, peu concentrée, envahie par des émotions d'anxiété, peu structurée dans son récit, circonstanciée dans son discours et instable dans son humeur. Des signaux neurovégétatifs divers ont accompagné toutes ces émotions. Le contenu de son discours était très centré sur l'ensemble de ses inhibitions et incapacités. Le tableau était ainsi assez perturbé.

Par la suite, nous avons eu deux informations supplémentaires qui se complètent partiellement. D'une part, contrairement à ses allégations, l'assurée ne prend pas l'antidépresseur qu'elle nous a indiqué. Sa non-observance met en doute une grande partie de ses dires et de sa présentation. D'autre part, le témoignage de son médecin traitant qui la connaît de longue date, nous parle d'une fixation de l'assurée sur une vision d'incapacité de travail totale. Son médecin a régulièrement essayé de la stimuler, de la convaincre de ses ressources, mais toujours selon ses dires, sa patiente a mis tout en échec pour maintenir un état de régression malade et mobiliser de l'aide autour d'elle. Autrement dit, ce témoignage évoque une très forte composante comportementale et circonstancielle.

La demande de rente de l'assurée se situe dans un processus de séparation- divorce, en forte conflictualité jusqu'à ce jour, où la demande de rente semble instrumentalisée dans le but d'une amélioration matérielle.

Il existe très certainement un fond anxieux, également l'expérience de crises de panique dans le passé, mais cette problématique semble maintenant majorée pour dépeindre une vision d'incapacité dans tous les domaines de la vie. D'un côté, l'assurée nous donne cette vision d'une femme qui ne peut plus rien faire sans aide et qui est pratiquement en dépendance enfermée chez elle, de l'autre côté elle dévoile un certain nombre d'activités et de ressources qui contredisent la sévérité. Elle ne pouvait pas nier non plus qu'une médication spécifique mise à sa disposition a participé à pouvoir maîtriser certaines situations, voir diminuer l'ampleur de certaines crises. Ceci correspond d'ailleurs tout à fait aux expériences cliniques et la littérature; une invalidité pour cause de troubles paniques, phobie sociale et tendance agoraphobique est plutôt rare.

VIII. Diagnostic et conclusions

Au stade actuel, l'évaluation diagnostique conclut à la présence de trois notions. Il y a

1. **trouble anxio-dépressif mixte** (F 41.2, CIM-10),
2. **dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme** (F 45.3, CIM-10),
3. **majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques (et sociales)** (F68.0 CIM-10).

Avec la pondération de l'ensemble des informations à disposition et citées, il s'agit sur le plan purement médical-psychiatrique d'une atteinte

- d'intensité légère à moyenne,
- circonstancielle et contextuelle dans une situation de déception et de divorce pénible,

- insérée dans une forte conflictualité et tendance à la « récupération »,
- susceptible d'être améliorée si l'assurée décide à être observante.

Il existe finalement aussi ce que l'on pourrait appeler une certaine « fragilité », associée à une tendance à la dépendance. Seulement, il s'agit là aussi de notions mineures et non pathologiques en soi. A noter aussi qu'en aucun cas l'on pourrait retenir un trouble de la personnalité, car l'assurée a assumé depuis longtemps aussi une insertion sociale, la mobilisation de ses ressources et un fonctionnement professionnel correct.

On peut empathiquement tout à fait saisir l'immense déception de vie que l'assurée a subi à travers l'adultère de son mari, mais nous nous trouvons ici dans un élément d'ordre de « la vie dure » et non dans une maladie en soi. Le processus qui est induit depuis 2003 (avec un trouble de l'adaptation au début) peut être défini à ce qui est nommé « invalidation » et ceci avec aussi avec une forte participation de l'assurée elle-même.

Il ressort de nos conclusions que, malgré la grande souffrance subjective et les éléments de perturbation exposés, aucune incapacité de travail ne peut être retenue au stade actuel.

On pourrait formuler d'un point de vue médico-théorique qu'il existera certainement, une fois qu'il y a un traitement léger en place, une légère diminution de rendement, du côté purement psychiatrique, mais pas de restriction ou d'incapacité majeure. De toutes façons, toute approche thérapeutique devrait dorénavant être exactement protocolée et contrôlée ; il n'est plus possible de se baser sur les énoncés de l'assurée. D'un point de vue médico-théorique et thérapeutique, l'assurée a également un certain nombre de possibilités d'évoluer, de recréer des contacts avec l'extérieur, de s'insérer dans une vie sociale, tout ceci sous condition qu'elle veuille bien participer".

S'agissant de la capacité de travail, l'expert estime que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait faire toutes les activités accessibles avec sa formation et son expérience, des mesures de réadaptation professionnelle n'étant cependant pas envisageables.

Le 26 avril 2007, l'assurée produit une copie du procès-verbal de l'audience préliminaire du 20 février 2006, duquel il ressort que la pension mensuelle qui lui est actuellement versée s'élève à 4'400 fr. à compter du 1^{er} mars 2006. Elle produit en outre un décompte de ses charges mensuelles incompressibles établi au mois de janvier 2007 qui se montent à 4'698 fr. 65, le minimum vital étant de 1'100 fr.

Dans un rapport d'examen SMR du 3 mai 2007, le Dr V. _____ expose ce qui suit:

"Cette assurée de 48 ans, séparée, dépose une demande de rente le 12.1.2005 au motif d'atrophie congénitale de la jambe gauche et problèmes psychiatriques. Titulaire d'un CAP de commerce, elle n'a plus travaillé depuis 1990 et indique qu'elle est femme au foyer. L'enquête ménagère retient cependant le statut d'active, bien que l'assurée reçoive une pension de 4'400 CHF de son ex-mari.

Le rapport du médecin traitant, qui n'a pas revu sa patiente depuis 2003, mentionne un état dépressivo-anxieux et une obésité morbide, sans indication d'incapacité de travail.

Le Dr G._____, psychiatre, retient le diagnostic d'attaques de panique et agoraphobie (depuis 2001), et atteste une incapacité de travail totale depuis sa prise en charge en septembre 2003.

Une expertise psychiatrique a donc été demandée au Dr P._____ afin de préciser les limitations fonctionnelles objectives.

L'anamnèse révèle que la présente demande a été déposée à l'instigation de l'avocat de l'assurée, dans le cadre d'une procédure de divorce. Les plaintes consistent en des manifestations anxieuses sous forme de tachycardie, difficultés respiratoires et autres troubles somatiques. La fréquence et l'intensité des crises ne sont cependant pas telles que l'assurée ne peut plus sortir; elle continue à utiliser sa voiture pour faire ses courses, et a conservé des contacts sociaux de base.

Hospitalisée à [...] en septembre 2003, elle met fin à son séjour après seulement 24 heures. Les psychiatres retiennent le diagnostic de difficultés avec la séparation.

Le status psychiatrique et la passation des tests permettent de retenir les diagnostics figurant en première page [qui correspondent à ceux posés par le Dr P._____, réd.]. Les dosages sanguins montrent que l'assurée ne prend pas le traitement prescrit. L'expert établit qu'il s'agit d'une atteinte d'intensité légère à moyenne, circonstancielle et contextuelle dans une situation de déception et de divorce pénible. Insérée dans une forte conflictualité avec tendance à la récupération, et susceptible d'être améliorée par le traitement.

Il conclut que, malgré la grande souffrance subjective, aucune incapacité de travail ne peut être retenue.

Dans ces conditions, nous devons admettre qu'il n'y a pas de maladie invalidante au sens de l'AI".

Par projet de décision du 11 mai 2007, l'OAI a proposé le rejet de la demande, au motif que suivant l'expertise psychiatrique P._____ du 29 mars 2007, l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail dans son domaine de compétence, ou dans une autre activité lucrative.

L'assurée a contesté les conclusions de l'expertise du Dr P._____, lui reprochant notamment son parti pris à son endroit. Elle réclame ainsi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, ainsi qu'une expertise sur le plan physique, jugeant les investigations de l'OAI à cet égard insuffisantes; ceci fait, elle demande que son droit à une rente d'invalidité soit réexaminé sur cette base. Elle a produit un rapport du 19 juillet 2007 du Dr G._____, lequel se déclare surpris par la discordance entre la description tant subjective qu'objective des souffrances de l'assurée et les conclusions de l'expertise du Dr P._____. Il relève qu'à la suite du Dr R._____, les différents intervenants notent un syndrome dépressif majeur avec des troubles phobiques invalidants. Il en conclut que dite expertise paraît contestable, l'assurée étant actuellement objectivement en incapacité totale de travailler.

Dans un avis médical SMR du 27 septembre 2007, le Dr J._____ s'est exprimé comme suit:

"Les reproches formulés à l'encontre du Dr P._____ par Me Kirchhofer dans son *Préambule* ne sont pas du domaine médical et nous nous abstenons par conséquent de tout commentaire.

Il est clair que nous devons tenir compte du handicap physique, qui nous est parfaitement connu. A cet égard, l'atteinte somatique n'entraîne aucune limitation fonctionnelle dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire légère. Nous considérons que l'activité antérieure d'employée de banque est considérée comme adaptée.

L'assurée ayant été considérée comme active à 100%, nous ne devons pas tenir compte d'éventuels empêchements ménagers.

Le rapport SMR du 3.5.2007 a été établi sur la base d'une expertise psychiatrique neutre du Dr P._____, psychiatre FMH. En cela, nous avons respecté notre devoir d'instruction. Cette expertise est en tous points médicalement probante.

Nous ne reviendrons pas sur le désaccord exprimé par le Dr G._____, psychiatre traitant, lequel est naturellement enclin à plus d'empathie qu'un expert neutre. Il s'agit là de l'appréciation différente d'une situation identique. L'essentiel de son argumentaire consiste simplement à dire que les observations de l'expert sont fausses ! Il ne nous appartient pas de trancher, mais nous ne saurions douter de la bonne foi du Dr P._____ dont les compétences d'expert sont reconnues.

Pour ma part, je relève quelques incohérences dans les propos du Dr G._____. Exemple: il écrit que les différents intervenants médicaux ont retenu un syndrome dépressif majeur, alors que lui-même, pourtant psychiatre, ne mentionne pas ce diagnostic dans son rapport initial du 24.5.2005."

Le Dr J._____ conclut de ce qui précède qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire, la position exprimée dans le rapport SMR du 3 mai 2007 étant maintenue.

Dans sa décision du 24 avril 2008 accompagnée d'une lettre du même jour, l'OAI a confirmé son préavis du 11 mai 2007, se fondant sur l'expertise du Dr P._____. Il expose aussi que les remarques des médecins traitant de l'assurée reflètent une différence d'appréciation d'une situation identique, que l'aspect somatique a été pris en compte dans l'évaluation de l'exigibilité et qu'il a retenu un statut d'active à 100% sur la base de l'enquête ménagère d'août 2005, si bien qu'il n'y a pas lieu de se référer à des empêchements ménagers. Partant, le droit à des prestations AI est refusé.

B. Représentée par Me Dominique-Anne Kirchhofer, N._____ recourt par acte du 29 mai 2008 contre la décision du 24 avril 2008. Elle conclut avec suite de frais et dépens principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité; subsidiairement, elle réclame le droit à des mesures de réadaptation et à la prise en charge par l'AI des frais y relatifs, y compris le versement d'une rente, subsidiairement d'une indemnité journalière; elle conclut, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise, le dossier étant retourné à l'OAI pour nouvelle décision après avoir mis en œuvre une nouvelle expertise physique et psychiatrique. Elle fait pour l'essentiel valoir que la décision litigieuse ne refuse les prestations AI qu'au regard des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr P._____. En outre, l'OAI aurait fait fi, pour apprécier sa capacité de travail, des limitations fonctionnelles mises en lumière par le Dr G._____. L'examen auquel a procédé l'autorité intimée serait donc incomplet, de sorte que la décision querellée serait entachée d'arbitraire.

Dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

En réplique, la recourante maintient le 17 décembre 2008 les arguments développés dans son mémoire de recours et renouvelle sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise portant à la fois sur les atteintes physiques et psychiques. Elle maintient également les conclusions prises dans son recours.

Dupliquant le 28 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet de la requête d'expertise ainsi qu'au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD). Il est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être

tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant notamment d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

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; ainsi, il convient 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 réf.; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2).

4. a) En l'occurrence, la recourante soutient que les affections physiques n'ont pas fait l'objet d'examens suffisants.

L'office intimé fait quant à lui valoir que les limitations physiques ont été examinées par le SMR, et que le degré d'invalidité doit être évalué uniquement selon la méthode de la comparaison des revenus.

b) On relève tout d'abord qu'en ce qui concerne le plan *somatique*, les diagnostics posés par les Drs R._____ et G._____ n'affectent pas la capacité de travail. Ces deux praticiens reconnaissent en effet tous deux que la recourante présente une malformation congénitale de la jambe gauche et du pied gauche, mais estiment que ce problème orthopédique est sans incidence sur la capacité de travail. Pour remédier à cette infirmité, l'OAI a pris en charge la remise de moyens auxiliaires, dès 1983. Le Dr R._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il n'en va pas de même du Dr G._____ qui estime que l'incapacité de travail est totale, essentiellement pour des raisons psychiques, même si l'incapacité se manifeste également sur le plan *somatique* (cf. rapport médical concernant les capacités professionnelles du 24 mai 2005). Ceci n'empêche pas ce praticien de reconnaître à la recourante un certain nombre de capacités fonctionnelles telles que celle de rester en position assise, celle de conserver la même position du corps pendant longtemps, celle d'utiliser les membres supérieurs sans restriction ainsi que les mouvements des membres ou du dos. Il fait toutefois état de nombreuses capacités fonctionnelles limitées, voire inexistantes, comme la position debout, la position à genoux, le fait de lever, porter ou déplacer des charges, un travail en hauteur ou sur une échelle, des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il y a lieu ici de rappeler que le Dr G._____ est le psychiatre traitant et qu'à ce titre, son évaluation des limitations fonctionnelles *somatiques* de la recourante doit être appréciée avec retenue. En outre, il ne motive nullement son point de vue, celui-ci procédant d'appréciations effectuées au cours d'une unique consultation, le 27 avril 2005. De son côté, la recourante n'apporte aucun élément concret permettant d'établir que sa capacité de travail serait diminuée, notamment sous l'angle *somatique*, dans une quelconque mesure. Bien plutôt, le handicap physique présenté par la recourante était connu de l'OAI qui a considéré, sur la base de l'avis circonstancié du SMR du 3 mai 2007, qu'il n'entraînait aucune limitation fonctionnelle dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire légère. De surcroît, les considérations contenues dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 août 2005 étaient de nature à renseigner l'OAI sur les difficultés *somatiques* rencontrées par la recourante. Cela étant, l'OAI en a conclu qu'une activité

sédentaire ou semi-sédentaire légère, telle l'activité antérieure d'employée de banque, devait être considérée comme adaptée. Au reste, cette conclusion tient compte, au degré de vraisemblance prépondérante, des capacités fonctionnelles retenues par le Dr G._____. Pour le surplus, les problèmes respiratoires et la tachycardie dont la recourante s'est plainte à l'expert ne sont pas documentés sur le plan médical, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

c) Sur le plan *psychique*, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise administrative, au motif qu'elle serait dépourvue d'objectivité, et fait en outre grief à l'office intimé de n'avoir pas examiné l'avis du Dr G._____, psychiatre traitant, déposé après dite expertise.

L'expert P._____ a posé les diagnostics selon la CIM-10 de trouble anxio-dépressif mixte (F41.2) d'intensité légère à moyenne, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3) et de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0). Pour sa part, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale, avait diagnostiqué un état dépressivo-anxieux de très longue date, qui s'est aggravé en 2000. Quant au Dr G._____, psychiatre traitant, il avait diagnostiqué des attaques de panique et de l'agoraphobie, existant depuis la fin de l'année 2001. De son côté, l'expert écrit, sur la base des déclarations de l'assurée (p. 19), "que les problèmes agoraphobiques sont plutôt légers avec par exemple évitement de foule et de grands magasins, mais sans blocage social dans l'absolu". Il fait en outre mention des crises de panique, lesquelles, selon la recourante, ont diminué en ampleur. Or, pour l'expert, la doctrine médicale et les expériences cliniques montrent qu'une invalidité due à des troubles paniques, phobie sociale et tendance agoraphobique est plutôt rare (p. 20). S'agissant de la symptomatologie anxio-dépressive, l'expert relève (p. 18) qu'elle est "décrite très précisément en 2003, au moment où l'assurée a été confrontée à «l'expulsion» de la maison conjugale par voie judiciaire. Elle avait découvert une année avant la relation extraconjugale de son mari avec sa meilleure amie, ce qui a provoqué une déstabilisation de

moyenne ampleur. Un mois après le choc décrit, son état est tel que son médecin traitant propose une hospitalisation en milieu psychiatrique. Madame N._____ reste ici une journée et décide très vite de ne pas avoir besoin d'une telle approche. Par la suite et jusqu'à ce jour, elle est suivie en ambulatoire par un psychiatre installé".

Dans sa correspondance du 19 juillet 2007, le Dr G._____, psychiatre traitant, ne pose pas de nouveaux diagnostics. Il relève toutefois que les différents intervenants notent un syndrome dépressif majeur avec des troubles phobiques invalidants. Or, lui-même n'a jamais posé le diagnostic de syndrome dépressif majeur. C'est ainsi qu'il écrit dans son rapport du 24 mai 2005 que la recourante présente une forte angoisse, sort très peu, craint les foules, souffre de troubles du sommeil et de fatigue. Il relève par ailleurs qu'elle est collaborante, bien orientée, avec cependant un discours rétréci sur les difficultés actuelles (divorce en cours), sans trouble de concentration et mnésique, sans trouble de la lignée psychotique, une légère tendance obsessionnelle ainsi qu'une thymie essentiellement angoissée étant observées. Il note également une baisse de la sociabilité.

Quant à l'expert, il constate lui aussi un sommeil de mauvaise qualité ainsi qu'une hypersomnolence diurne (rapport d'expertise, p. 7). Il n'y a pas non plus de symptôme de la lignée psychotique (p. 13). Une diminution de la sociabilité est évoquée (p. 16). Il relève un discours très centré sur l'ensemble des inhibitions et incapacités (p. 20), la situation de la recourante étant significative avec un tableau anxio-dépressif, de nombreux signaux neurovégétatifs et des troubles cognitifs. C'est ainsi que le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme constitue une atteinte circonstancielle et contextuelle dans une situation de déception et de divorce pénible. Cela étant, les observations cliniques conduisent l'expert à retenir un tableau psychopathologique "chargé" (p. 16), ceci essentiellement en raison d'une souffrance subjective. Pour l'expert, il existe en effet une certaine fragilité, associée à une tendance à la dépendance. Il s'agit cependant selon lui de notions mineures et non pathologiques en soi. Il souligne qu'en aucun cas un trouble de la

personnalité ne pourrait être retenu, car la recourante a assumé depuis longtemps une insertion sociale, la mobilisation de ses ressources et un fonctionnement professionnel correct. Si l'expert saisit l'immense déception ressentie par l'assurée à travers l'adultère de son mari, il ne s'agit pas pour autant à ses yeux d'une maladie en soi, mais d'un élément ressortant à la "dureté de la vie". L'expert retient que c'est depuis 2003 que ce processus est induit, avec une forte participation de l'assurée. Pour sa part, la recourante fait remonter ses problèmes psychologiques à 2001 à la suite du décès de sa mère l'année précédente et aux problèmes conjugaux qui ont suivi (Enquête économique sur le ménage, p. 1). Quant au Dr G._____, il date l'apparition des attaques de panique et de l'agoraphobie à la fin de l'année 2001, relevant le caractère "difficile" de la procédure de divorce alors en cours. L'expert P._____ conclut ainsi à une grande souffrance subjective imputable aux difficultés personnelles rencontrées par la recourante, "une très forte composante comportementale et circonstancielle" étant relevée. De ce qui précède, l'expert en infère qu'il n'existe aucune incapacité de travail, et précise que la recourante a également la possibilité d'évoluer, de recréer des contacts avec l'extérieur et de s'insérer dans une vie sociale, à condition qu'elle veuille bien participer. A cet égard, l'expert souligne que contrairement à ses allégations, la recourante ne prend pas l'anti-dépresseur qui lui a été administré, d'où une mise en doute d'une grande partie de ses dires et de sa présentation, ce qui est corroboré par le témoignage du Dr R._____ qui évoque une fixation de la recourante sur une vision d'incapacité de travail totale, ses tentatives pour la stimuler et la convaincre de ses ressources ayant échoué dès lors que la recourante a tout mis en échec pour maintenir un état de régression malade et mobiliser de l'aide autour d'elle. Le bref rapport du Dr G._____ du 19 juillet 2007 ne fait pas vraiment état d'éléments qui auraient été méconnus ou ignorés par l'expert. Il apparaît donc bien plutôt comme une appréciation différente d'éléments identiques, l'essentiel de son argumentation consistant à faire part de son désaccord avec les conclusions de l'expert P._____.

Rendue au terme d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical (y compris les avis des médecins traitants consultés par la

recourante) à l'issue d'examens cliniques approfondis, l'expertise du Dr P._____ du 29 mars 2007 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. supra consid. 3b). Quant au manque d'objectivité reproché à l'expert par la recourante, il n'entache à vrai dire nullement les conclusions de l'expertise, lesquelles ne sont infirmées par aucune pièce médicale versée au dossier.

d) Sur le vu de ce qui précède, l'existence d'une atteinte physique ou psychique ouvrant le droit à des prestations d'assurance (rente, mesures de réadaptation professionnelle et médicales) doit être niée.

e) Au demeurant, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations probablement identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire de la recourante devrait être également rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence).

f) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. (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 (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée rendue le 24 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :