

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mai 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : M. Gasser et Mme Feusi, assesseurs  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 7, 8 LPGA; 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1977, est mariée et mère de trois enfants nés respectivement en 19[...], 19[...] et 20[...]. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme employée de production pour l'entreprise [...] SA, dès 2002.

Le 17 mars 2008, sur son lieu de travail, l'assurée s'est tapée violemment la tête contre un montant en métal, provoquant ainsi un malaise. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) a pris en charge les suites de cet événement. Lors d'un entretien du 7 novembre 2008 avec un inspecteur de la CNA, l'assurée a déclaré avoir en permanence, depuis l'accident, des maux de tête et de nuque, des problèmes de vision et un manque de force dans les membres.

Devant la persistance des troubles, différents examens ont été pratiqués (examen ophtalmologique, IRM cérébrale, bilan oto-neuro-vestibulaire), lesquels n'ont révélé aucune anomalie significative. En l'absence d'explications somatiques aux plaintes persistantes, une prise en charge psychiatrique a été initiée au centre [...], dès décembre 2008.

Le 9 janvier 2009, à la demande de la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen de l'assurée. Le neurologue a considéré que X.\_\_\_\_\_ avait vraisemblablement été victime d'un traumatisme crânio-cérébral mineur avec éventuellement une petite distorsion cervicale. Il mentionnait que l'anamnèse, l'examen clinique ainsi que le résultat des examens complémentaires pratiqués jusqu'ici permettaient d'écarter toute atteinte structurelle significative du système nerveux et accessoirement locomoteur. Selon le Dr V.\_\_\_\_\_, l'assurée avait développé, dans les suites de l'accident, des plaintes compatibles avec un syndrome post-commotionnel mais dont l'importance et l'atypie évoquaient immédiatement des facteurs de majoration des symptômes. L'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail, l'atypie des plaintes formulées par l'assurée de même

que l'atypie des constatations cliniques, ainsi que la normalité des différents bilans effectués permettaient de conclure à la prédominance de facteurs psychiques sur les conséquences de l'événement accidentel. D'un point de vue strictement somatique, les conséquences de l'accident étaient épuisées après une période de trois mois au maximum (rapport du 13 janvier 2009).

Par décision du 19 janvier 2009, la CNA a mis fin au paiement des prestations d'assurance, avec effet dès le 2 octobre 2008.

**B.** Par la suite, J.\_\_\_\_\_, assurance perte de gain, a pris en charge les frais médicaux relatifs à l'affection de l'assurée. Les indemnités journalières ont été allouées sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100% du 16 octobre 2008 au 11 février 2009, puis dès le 21 mai 2009. Dans l'intervalle, l'assurée a perçu des indemnités de la caisse de compensation pour son congé de maternité.

Dans un rapport du 20 juillet 2009, la Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre, cheffe de clinique au centre [...], a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble panique (avec sentiment de déréalisation et dépersonnalisation) (F41.0) et d'anxiété généralisée (F41.1), existant depuis le 17 mars 2008. Le traitement de l'assurée consistait en des entretiens psychothérapeutiques bimensuels et un suivi psychiatrique avec prise en charge médicamenteuse (Temesta® et Seropram®). La Dresse F.\_\_\_\_\_ énumérait, à titre de restrictions psychiques, un "sentiment de déréalisation et morcellement du corps, pertes de mémoire, absences, impression que quelque chose lui tombe dessus, états de panique, sentiment d'étranglement, thymie abaissée, perception de bruits dans la tête, angoisse de séparation", et à titre de restrictions physiques, des "vertiges, difficultés à se tenir debout, douleurs cervicales, risque de pertes de connaissance, troubles du sommeil, grande fatigabilité, douleurs dans la tête, douleurs dans le dos, intolérance à la lumière". La psychiatre attestait une incapacité de travail totale dans la profession d'ouvrière du 18 mai 2009 au 30 août 2009.

C. Le 5 août 2009, X.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 12 août 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail totale en raison de différents problèmes de santé. Il posait les diagnostics d'état dépressif sévère, de vertiges subjectifs post-traumatiques, de status post-traumatisme crânio-cérébral, d'hyperthyroïdie et d'obésité importante.

X.\_\_\_\_\_ s'est soumise à une expertise psychiatrique mise en œuvre par J.\_\_\_\_\_, réalisée en septembre 2009 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport d'expertise du 22 octobre 2009 communiqué à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ faisait état de difficultés à obtenir une anamnèse précise et d'une symptomatologie difficilement systématisable eu égard au comportement de l'expertisée. Il se disait frappé par son histrionisme, sa mise en scène et sa démonstrativité. Il retenait toutefois un état dépressif majeur qui paraissait de gravité moyenne et un trouble panique avec agoraphobie, aussi de gravité moyenne - diagnostics qu'il ponctuait d'un point d'interrogation -, et concluait à une capacité de travail "nulle (?)", dans l'emploi actuel tout comme dans une activité adaptée. Il mentionnait que "cette situation, néanmoins, soulev[ait] bon nombre d'interrogations et un sentiment de «malaise» pour l'expert", estimant qu'une observation extérieure, indépendante, pouvait peut-être objectiver l'importance des plaintes et des évitements anxieux allégués. Il proposait une réévaluation de la situation dans un délai de trois à quatre mois, après adaptation du traitement médicamenteux (éventuellement Cymbalta®).

Dans un rapport du 26 mars 2010 adressé à l'OAI, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a fait état des mêmes constatations que dans son rapport à J.\_\_\_\_\_. La médication actuelle était cependant composée de Temesta® et de Cymbalta® et l'incapacité de travail était attestée pour une durée indéterminée.

J. \_\_\_\_\_ a décidé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, dans la mesure où, en dépit de la modification du traitement, l'assurée restait en incapacité de travail pour raisons psychiatriques. L'expertise a été réalisée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: CEMed) par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 4 février 2010. Dans son rapport du 6 mai 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_ décrivait un comportement théâtral, des contradictions dans les dires de l'assurée et d'importantes incohérences entre les plaintes subjectives et les observations faites lors de l'examen psychiatrique. Faisant abstraction des multiples plaintes, il retenait que les éléments objectivables de l'actuelle expertise ne permettaient pas de confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif, d'un trouble panique, d'une anxiété généralisée, ni d'une agoraphobie. L'expert précisait par ailleurs ce qui suit:

"L'anamnèse de l'assurée ne permet pas de retenir d'élément manifeste en faveur d'un trouble psychique précédant l'accident de mars 2008. Puis l'assurée subit un accident relativement banal, n'ayant toutefois pas nécessité de traitement stationnaire après deux examens aux urgences le même jour. Cet événement ne permet ainsi pas d'expliquer la persistance voire l'aggravation des symptômes décrits par l'assurée à presque deux ans après l'accident. En conséquence, les symptômes décrits par l'assurée comme des maux de tête et des vertiges, suivis par une préoccupation pour son état de santé, paraissent compatibles et initialement dus à l'accident de mars 2008. Par la suite, l'assurée présente cependant une importante amplification de la description de ses symptômes entretenus par l'important bénéfice secondaire d'une assurée s'étant installée dans un rôle d'invalidé qui lui procure le soutien et l'attention dans son entourage ainsi que la décharge de ses obligations professionnelles après la naissance de son troisième enfant. Comme déjà décrite par le Dr W. \_\_\_\_\_, l'assurée adopte ainsi une attitude histrionique avec des plaintes surajoutées sans substrat somatique, comme des douleurs et des vertiges inexpliqués du point de vue médical selon les documents mis à notre disposition. Même si toute explication concernant la motivation sous-jacente de l'assurée reste hypothétique, la situation actuelle est au moins maintenue par le bénéfice secondaire d'une compensation financière et la décharge de ses obligations professionnelles. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques selon les critères de définition de la CIM-10.

Ce diagnostic est confirmé par l'échec de toute démarche thérapeutique visant l'activation des ressources personnelles de l'assurée malgré plus d'une année de psychothérapie régulière en

plus du traitement psychiatrique. Au contraire, au cours de son traitement psychiatrique et psychothérapeutique, l'assurée continue de s'installer dans son rôle d'invalidé et décrit même une aggravation de son état psychique lui permettant de maintenir la situation actuelle. Au vu de cette évolution, il est très probable que la situation de l'assurée va se développer vers une aggravation de la majoration de ses symptômes physiques et psychiques si l'incapacité de travail continue d'être attestée.

En conséquence, le maintien d'une incapacité de travail ne nous paraît pas justifiée voire contre-indiqué chez une assurée qui ne présente pas d'élément objectivable pour justifier une incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique et l'effort à surmonter ses plaintes subjectives afin de reprendre une activité professionnelle nous paraît raisonnablement exigible."

Dans un rapport d'examen du 23 juin 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), s'est référé au rapport d'expertise du CEMed et a considéré qu'une capacité de travail pleine et entière, dans l'activité habituelle, était exigible au moins dès la date de l'expertise.

**D.** Par préavis du 25 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif que l'atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

X.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision le 9 juillet 2010, alléguant n'avoir jamais bénéficié d'un examen médical au SMR, élément qui lui paraissait indispensable pour compléter l'instruction de son dossier. Elle joignait un certificat médical de son psychiatre traitant depuis juin 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité de travail pour la période du 10 juin 2010 au 31 juillet 2010.

Dans un rapport du 21 juillet 2010 adressé à J.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec symptômes psychotiques, existant depuis mars 2008. Il notait un ralentissement psychomoteur important, avec des troubles de la pensée sous forme de perplexité, de réponses à côté, et des troubles de la perception sous forme d'hallucinations auditives et parfois visuelles. Il

relevait également des troubles du sommeil importants, des ruminations incessantes et un dysfonctionnement majeur quant aux activités de la vie quotidienne que la patiente n'assumait plus du tout.

Interpellé par le SMR, le Dr N.\_\_\_\_\_ a rappelé, par courrier du 4 novembre 2010, le diagnostic de trouble dépressif récurrent et l'incapacité à effectuer une quelconque activité. Il mentionnait que le suivi psychiatrique avait lieu tous les quinze jours et que le traitement médicamenteux consistait en du Risperdal® et du Cymbalta®.

Au vu des doutes formulés par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son expertise, l'OAI a mis en place une surveillance de X.\_\_\_\_\_ par un détective privé, sur six jours en octobre et novembre 2010. Le rapport d'observation du 14 novembre 2010 faisait état d'une assurée qui sortait seule ou accompagnée, qui conduisait ses enfants tôt le matin à la gare et en ville, qui allait se promener seule avec sa fille de deux ans ou qui se rendait dans un centre commercial.

Les Drs R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont pris position dans un avis du 20 décembre 2010. Ils considéraient que l'observation extérieure faite à l'insu de l'assurée confirmait les discordances entre les plaintes alléguées et les constatations objectives, et venait appuyer le diagnostic de majoration de symptômes retenu lors des examens et expertises précédentes. Quant à l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, il ne reflétait que les dires de l'assurée, laquelle majorait à l'évidence ses symptômes, de sorte que l'appréciation du SMR du 23 juin 2010 n'avait pas à être modifiée.

Lors d'un entretien à l'OAI le 26 janvier 2011, l'assurée a présenté un état d'angoisse, déclarant être dans cet état depuis son accident sans signe d'amélioration. Elle disait dormir toute la journée, ne pas arriver à rester avec ses enfants ni les accompagner à l'école. Au vu du comportement ralenti, il lui a été fait part de plusieurs vidéos concernant la surveillance, sur lesquelles l'assurée s'est reconnue. Il a ensuite été constaté que le discours de l'assurée était devenu beaucoup

plus volubile lorsqu'elle s'exprimait au sujet de ces images, déclarant que "des fois ça va, des fois ça ne va pas".

Par décision du 10 février 2011, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

**E.** X.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 4 mars 2011, concluant implicitement à son annulation. En substance, elle fait grief à l'intimé d'avoir privilégié les conclusions des experts W.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ au détriment de celles des Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ et requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dans une institution "neutre".

Le 18 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 9 juin 2011, la recourante a allégué une aggravation de son état de santé et une hospitalisation au Centre de psychiatrie [...], dont elle produisait un avis de sortie du 26 mai 2011.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a nié le droit aux prestations au motif que l'atteinte à la santé présentée par la recourante n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il s'est fondé essentiellement sur l'expertise du CEMed. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise au motif que la constatation relative à sa capacité de travail est en contradiction avec celle de ses médecins traitants. Elle invoque également, à la lecture du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, une absence de cohésion entre le diagnostic posé et l'incapacité de travail attestée. Elle requiert dès lors une nouvelle expertise psychiatrique tendant à lever les contradictions entre les différents rapports médicaux au dossier.

**3. a)** L'invalidité se définit comme 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 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge

par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**c)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). La rente 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, aux 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).

Conformément à l'art. 29 al. 1 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.

**d)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde

sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231; 125 V 351 consid. 3).

**4.** En l'occurrence, l'intimé a examiné si le rapport d'expertise du CEMed et les autres pièces au dossier établissaient une atteinte à la santé qui justifierait l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité; il l'a nié par décision du 10 février 2011.

**a)** La demande de prestations a été déposée le 5 août 2009. Compte tenu de l'art. 29 al. 1 LAI, un éventuel droit à la rente n'est pas ouvert avant le mois de février 2010 (cf. consid. 3b *supra*).

**b)** L'expertise réalisée en février 2010 au CEMed a mis en évidence d'importantes incohérences entre les plaintes subjectives de l'assurée et les observations faites. Le Dr K.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il considère que le maintien d'une incapacité de travail est contre-indiqué chez une assurée qui ne présente pas d'élément objectivable pour justifier une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

**aa)** Le Dr K.\_\_\_\_\_ expose que les symptômes de l'assurée, comme les maux de tête et les vertiges, paraissent compatibles et initialement dus à l'accident de mars 2008. Il rejoint ainsi l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel considérait comme vraisemblable que la recourante ait été victime d'un traumatisme crânio-cérébral mineur avec éventuellement une petite distorsion cervicale. Le Dr V.\_\_\_\_\_ constatait que l'ensemble des examens réalisés avait permis d'écartier toute atteinte structurelle significative du système nerveux et accessoirement locomoteur et

admettait que les conséquences de l'accident étaient épuisées après une période de trois mois au maximum (rapport à la CNA du 13 janvier 2009). Le Dr K.\_\_\_\_\_ considère que l'accident "relativement banal" ne permet pas d'expliquer la persistance voire l'aggravation des symptômes décrits par l'assurée près de deux ans après l'accident. Au travers de son expertise, il constate que la recourante présente une importante amplification de la description des symptômes, observant une attitude histrionique avec des plaintes surajoutées sans substrat somatique, comme des douleurs et des vertiges inexpliqués du point de vue médical selon les documents à disposition. Le Dr V.\_\_\_\_\_, et à sa suite le Dr W.\_\_\_\_\_, ont abouti au même constat. En janvier 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ relevait que l'assurée avait développé, dans les suites de l'accident, des plaintes compatibles avec un syndrome post-commotionnel mais dont l'importance et l'atypie évoquaient immédiatement des facteurs de majoration des symptômes. Dans son rapport d'expertise du 22 octobre 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'étonnait du développement d'une symptomatologie somatopsychique floride, sans facteur de stress clairement identifié ou identifiable, à la suite d'un banal accident de travail. Il se disait frappé par l'histrionisme, la mise en scène et la démonstrativité du discours et du comportement de l'assurée. Il relevait la difficulté à obtenir une anamnèse très précise au vu de la tendance à l'emphase et à la dramatisation, ainsi que la difficulté à préciser et à quantifier les symptômes anxieux et dépressifs compte tenu du comportement même de l'assurée. Il suggérait une observation extérieure, laquelle pouvait peut-être objectiver les plaintes et les évitements anxieux allégués.

**bb)** Le rapport d'observation du 14 novembre 2010 fait état d'une assurée sortant seule ou accompagnée, conduisant ses enfants tôt le matin à la gare et en ville avec son véhicule, se promenant avec sa fille ou se rendant au centre commercial.

La surveillance mise en œuvre par l'intimé a ainsi révélé des incohérences entre les allégations de l'assurée et les constatations effectuées. L'assurée avait déclaré au Dr W.\_\_\_\_\_ rester chez elle

pendant la journée, incapable de faire quoi que ce soit, ne se levant pas pour ses enfants le matin ou ne sortant avec la poussette autour de la maison que lorsque son mari l'y invitait (rapport d'expertise du 22 octobre 2009, p. 8 "2.2 Fonctionnement psychosocial de l'assuré(e) (hors professionnel)"). Elle avait indiqué au Dr K.\_\_\_\_\_ qu'elle ne conduisait plus depuis son accident à cause de ses vertiges (rapport d'expertise du 6 mai 2010, p. 7). Elle avait allégué, lors de l'entretien du 26 janvier 2011 à l'OAI, dormir toute la journée, ne pas arriver à rester avec ses enfants ni les accompagner à l'école.

A l'aune de ce qui précède, force est de constater que les résultats de la surveillance corroborent le diagnostic de majoration des symptômes tel que retenu par le Dr K.\_\_\_\_\_. De surcroît, les résultats de la surveillance et les conclusions de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ répondent aux interrogations du Dr W.\_\_\_\_\_.

**cc)** En effet, le Dr W.\_\_\_\_\_ émettait des doutes quant aux diagnostics d'épisode dépressif majeur et de trouble panique avec agoraphobie, retenant ces diagnostics avec un point d'interrogation. Il avouait que la situation soulevait un bon nombre d'interrogations, en raison de l'absence de substrat organique pouvant expliquer l'apparition des plaintes, leur extension et leur évolution ainsi qu'en raison des éléments de majoration relevés notamment par le Dr V.\_\_\_\_\_. Il reconnaissait une personnalité aux traits histrioniques, tendant à mettre en scène ses difficultés, et suggérait la mise en œuvre d'une observation extérieure.

Il appert ainsi que les points d'interrogation, tant pour les diagnostics posés que pour l'incapacité de travail reconnue, manifestaient une certaine perplexité de l'expert, eu égard à une hypothétique majoration des symptômes de l'assurée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ relevait la difficulté à obtenir une anamnèse précise au vu de la tendance à l'emphase et à la dramatisation et laissait entendre que les diagnostics d'épisode dépressif et de trouble panique n'avaient dès lors de valeur que si l'assurée n'avait pas majoré ses symptômes. Il s'ensuit que ses

diagnostics, et corollairement son appréciation de la capacité de travail, sont la conséquence de symptômes majorés et ne sauraient être retenus.

**c)** Le Dr K. \_\_\_\_\_ examine chacun des diagnostics posés par les psychiatres traitants et le Dr W. \_\_\_\_\_, selon les critères définis par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes).

Il expose que certains symptômes typiques et nécessaires pour le diagnostic d'un épisode dépressif (F32) ne sont pas présents pour confirmer ce diagnostic. Dans le même sens, l'anamnèse de l'assurée ne permet pas de confirmer le diagnostic de trouble panique (F41.0) ni celui d'anxiété généralisée (F41.1). Les symptômes pour le diagnostic d'une agoraphobie ne sont en outre pas réunis (F40). Le Dr K. \_\_\_\_\_ relève ainsi l'absence d'élément objectivable en faveur des diagnostics retenus par la Dresse F. \_\_\_\_\_. Il constate également une non compliance au traitement prescrit par cette psychiatre. En effet, le résultat du monitoring médicamenteux, avec l'absence de traces détectables de Temesta®, correspondait à l'absence de toute prise de ce médicament depuis au moins deux jours et demi. De plus, les résultats largement insuffisants pour le Seropram® et le Cymbalta® (même s'ils étaient pris en alternance), n'étaient pas non plus compatibles avec les déclarations de l'assurée.

**d)** L'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). Sur le fond, son appréciation doit être admise comme ayant pleine valeur probante. Le rapport du 20 juillet 2009 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, dont le contenu est repris dans le rapport du 26 mars 2010, n'est pas de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_. On précisera à cet égard que les restrictions physiques et psychiques énumérées se heurtent au diagnostic de majoration des symptômes retenus par les autres spécialistes.

L'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, énoncé tant dans son rapport du 21 juillet 2010 à l'assureur perte de gain que dans son courrier du 4 novembre 2010 à l'OAI, ne justifie pas davantage de s'écarter de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_. Le psychiatre traitant fait état de graves troubles de la concentration et de l'attention, d'un ralentissement psychomoteur majeur et principalement d'un dysfonctionnement majeur dans les activités de la vie quotidienne. Or ces descriptions s'opposent aux constatations faites lors de la surveillance extérieure mise en œuvre à la même période, soit en octobre et novembre 2010. Elles reposent en outre essentiellement sur les allégations de l'assurée, que le Dr K.\_\_\_\_\_ a prises à juste titre, comme expert, avec une certaine distance critique, contrairement au médecin traitant. A cet égard, il convient de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

On notera enfin que l'aggravation dont se prévaut la recourante, en se référant à l'avis de sortie du 26 mai 2011 du Centre de psychiatrie [...], n'a pas à être prise en considération dans le présent litige. En effet, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 362 consid. 2b).

**e)** A l'aune de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que la recourante présente une capacité de travail entière, aucune atteinte à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. L'expertise n'a révélé aucun élément objectivable pour justifier une incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique et l'effort de l'assurée à surmonter ses plaintes subjectives afin de reprendre

une activité professionnelle paraissait raisonnablement exigible. Bien que l'expertise du CEMed ait été réalisée en février 2010, il convient de constater que la recourante avait déjà recouvré sa capacité de travail antérieurement, le Dr W. \_\_\_\_\_ n'ayant attesté une incapacité de travail, en septembre 2009, qu'avec beaucoup de réserve; il a clairement laissé entendre qu'une majoration de ses symptômes par l'assurée pourrait éventuellement être mise en évidence par une observation extérieure, autrement dit par un détective privé, ce qui s'est finalement avéré. Dans ces conditions, l'incapacité de travail durable alléguée par l'assurée ne peut être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, malgré les attestations de ses médecins traitants. Une nouvelle expertise ne conduirait par ailleurs pas, selon toute probabilité, à une constatation différente.

Il s'ensuit que la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. notamment consid. 4a *supra*).

**5.** Vu ce qui précède, la demande d'expertise judiciaire présentée par la recourante, de même que ses conclusions sur le fond, doivent être rejetées.

Les frais de justice seront mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision du 10 février 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- X. \_\_\_\_\_
- 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).

La greffière :