

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 janvier 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Etienne Patrocle, avocat  
à Morges,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1975, mère de trois enfants, a travaillé dans une blanchisserie entre 2005 et 2006 pour un salaire de 3'650 francs.

En date du 9 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI [assurance-invalidité] auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), à la suite d'une incapacité de travail totale depuis le 22 mai 2006. Dans le formulaire de demande qu'elle a rempli, elle a signalé avoir fait « un effort violent en poussant un chariot à linge (environ cinquante kilos) de la main droite et une armoire de la main gauche » et avoir ressenti « un déchirement et une très forte douleur dans l'épaule gauche ». Cet événement a eu lieu le 21 novembre 2005 dans le cadre de son activité professionnelle.

Dans leurs rapports, les médecins traitants de l'assurée ont notamment évoqué une tendino-bursite par conflit sous-acromial à l'épaule gauche, ainsi qu'un état dépressif dans le cadre de difficultés familiales et professionnelles (cf. notamment rapports du 18 mars 2006 et du 29 août 2007 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie au [...]; cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 6 septembre 2007). Fin 2003, l'assurée a par ailleurs bénéficié de traitements pour des dorsalgies d'origine multiple.

En 2006, l'assurée a été hospitalisée à deux reprises en milieu psychiatrique à la suite notamment d'un tentamen médicamenteux et de persistance d'idées suicidaires (première hospitalisation du 13 au 19 juillet 2006 ; Diagnostics retenus : Episode dépressif moyen, sans syndrome somatique ; Difficultés avec le conjoint. Deuxième hospitalisation du 18 au 27 septembre 2006 ; diagnostics retenus : Episode dépressif moyen, sans

syndrome somatique ; intoxication aiguë par sédatifs sans complication;; Probable difficulté avec conjoint ou partenaire).

Dans son rapport du 24 juin 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité de travail totale dès le 5 mars 2008, en raison d'une tendinite chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. A cette même date, il a procédé à une bursectomie sous-acromiale et à une acromioplastie par arthroscopie dont l'évolution a été marquée par la persistance de douleurs.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale en raison d'un conflit sous-acromial à l'épaule gauche avec bursite associée - acromioplastie et bursectomie le 5 mars 2008 - et d'épisodes dépressifs récurrents à compter de 2005.

Dans un rapport daté du 14 août 2008, les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A.\_\_\_\_\_, médecin assistant, auprès de H.\_\_\_\_\_, ont retenu le diagnostic suivant avec effet sur la capacité de travail : « F32.1 Episode dépressif léger à moyen (anamnestique) (environ depuis 2004) », et sans effet sur la capacité de travail : « Z63.0 Difficultés dans les rapports avec le conjoint (vraisemblablement depuis 1995) ; Z61.4 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels (environ depuis 2004) ». Ils ont notamment précisé que « d'un point de vue psychiatrique, pour l'instant, le pronostic nous semble favorable en raison de la disparition de la symptomatologie dépressive et la stabilisation progressive de son état psychique, malgré l'arrêt du traitement antidépresseur depuis quatre mois [...]. A notre avis, malgré l'arrêt des séances de psychothérapie de soutien par sa propre décision pendant les huit mois écoulés, nous pensons que le traitement actuel est axé dans le but de maintenir une stabilisation de son état psychique et éviter des rechutes [...] ». D'après les psychiatres, la reprise d'une activité lucrative était possible progressivement jusqu'à 100 % selon l'état psychique et physique de la patiente. Il fallait probablement retenir une diminution de rendement en raison des douleurs somatiques.

Le 28 janvier 2009, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a effectué un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 3 février 2009, les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : « omalgies gauches chroniques sur un status après acromioplastie et bursectomie, tendinite chronique du sus-épineux ». Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : « Amplification des plaintes avec mise en évidence de signes de non-organicité ; Episode dépressif léger à moyen (anamnestique) en rémission complète ». Ils ont conclu à une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 85 % depuis le mois d'août 2008.

Le SMR a ainsi conclu le 25 février 2009 à « une exigibilité nulle dans l'activité d'employée en blanchisserie mais de 85% dans toute activité adaptée, en lien avec les omalgies gauches chroniques ». Il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique invalidante relevée.

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 novembre 2008 et supprimant la rente au 30 novembre 2008, soit trois mois après la fin du mois d'août 2008.

Dans ses courriers du 30 juillet 2009 et 20 janvier 2010, la tutrice de l'assurée (de l'OTG [Office du tuteur général]) a contesté le projet d'acceptation de rente limitée dans le temps de l'OAI et a considéré que sa pupille présentait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle.

Par ailleurs, l'OAI a réactualisé les pièces médicales (cf. rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2009 qui constatait une incapacité de travail totale pour tendinite chronique de la coiffe des rotateurs ; rapport du 8 septembre 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_ qui mentionnait

une épaule gauche douloureuse sur status après acromioplastie, une tendinopathie du sus-épineux depuis 2005, des épisodes dépressifs récurrents depuis 2005, des varices au membre inférieur gauche depuis plusieurs années et des douleurs lombo-fessière gauches depuis janvier 2009).

Dans leur avis du 15 septembre 2010, les médecins du SMR ont conclu que les documents médicaux versés au dossier depuis le 28 janvier 2009 (date de l'examen SMR) n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les termes du rapport d'examen SMR daté du 25 février 2009.

Le 7 mars 2011, l'OAI a rendu une décision allouant à l'assurée une rente entière limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 novembre 2008.

**B.** En date du 14 avril 2011, K.\_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé un recours contre cette décision. Il fait état d'une aggravation de l'atteinte somatique et la présence d'atteintes psychiques. Dans ses conclusions, Me Duc demande notamment qu'une expertise psychiatrique contradictoire soit mise en œuvre « afin d'établir le status psychique de K.\_\_\_\_\_, notamment en relation avec les violences sexuelles qu'elle a subies et ses tentatives de suicide subséquentes ». Il demande également que la décision du 7 mars 2011 soit annulée en ce sens que K.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2008.

A l'appui de son recours, K.\_\_\_\_\_ produit un rapport rédigé le 6 avril 2011 par le psychologue FSP C.\_\_\_\_\_, de l'association U.\_\_\_\_\_, dont le contenu est le suivant :

« **1.1 Anamnèse:**

Originaire du [...] Mme K.\_\_\_\_\_ est arrivée en Suisse en 1993 comme requérante d'asile et s'est mariée en 1995. Elle a eu trois fils. Mme K.\_\_\_\_\_ a travaillé durant 5 ans dans une usine, et est actuellement à l'aide sociale depuis le 30-08-2008 après avoir été de 2006-2008 sous le couvert de l'assurance perte de gain.

Au mois de janvier 2005, Mme K. \_\_\_\_\_ est seule en Suisse. Son mari ayant été voir sa mère au [...].

Faisant face à des difficultés financières, Madame demande au voisin, connaissance et ami de la famille de lui prêter 1'000 CHF.

Au moment de cette demande le voisin invite Madame à venir boire un café en ville d' [...] avec lui. Durant le voyage en voiture il se dirige vers [...], insulte Madame puis la conduit vers une plage [...] et la viole. Elle était alors incapable de faire quoique ce soit et se sentait paralysée.

Le voisin abuse de Madame à plusieurs reprises en la menaçant de mort et de tout raconter à son mari.

Ce harcèlement dure environ une année et demi. Madame se sent perpétuellement surveillée et menacée par le voisin. Elle n'ose plus alors sortir et évite d'être seule à la chambre de lessive par crainte d'une nouvelle agression de son voisin.

Madame tente de convaincre son médecin qu'il est nécessaire qu'elle change d'appartement mais ne dit encore rien de ce harcèlement.

Le voisin continue d'harcéler Madame par des téléphones incessants et fini durant l'année 2006 par envoyer des fleurs et des photos pornographiques.

Madame K. \_\_\_\_\_ raconte alors à son mari la situation. Son mari se rend immédiatement chez le voisin mais celui-ci est heureusement absent.

Madame dénonce alors son mari et se réfugie à [...] avec ses enfants durant 3 jours. Ceci afin d'éviter que son mari ne fasse des bêtises voir lui fasse du mal à elle ou au voisin.

Après des discussions avec son mari, elle retourne au foyer conjugal, mais n'arrive pas à reprendre une vie normale malgré un déménagement.

En novembre 2007, Madame tente de mettre fin à ses jours. Elle est alors conduite à l'Hôpital d' [...], puis hospitalisée au M. \_\_\_\_\_ durant environ 10 jours. Un suivi ambulatoire y est ensuite organisé qui se poursuit jusqu'en avril 2008.

Par crainte que des informations la concernant soient divulguées au sein de la communauté elle interrompt le suivi au M. \_\_\_\_\_.

Un suivi à U. \_\_\_\_\_ est alors instauré. Dans un premier temps pour elle et ses enfants suite à l'incarcération de son mari, puis pour elle et son mari et enfin à partir du 29.9.10 pour elle uniquement.

A la demande du couple un suivi de couple est instauré à partir de fin novembre 2010 qui s'est interrompu en raison de l'impossibilité d'offrir à ce couple un suivi adapté à leur situation. Au début de l'année 2011 la situation du couple s'aggrave et Madame fait une

nouvelle tentative de suicide et hospitalisée au M.\_\_\_\_\_. Il est alors recommandé à Madame de trouver un thérapeute pour elle-même. Le suivi pouvant se poursuivre si elle le désire à U.\_\_\_\_\_- [...] avec une autre thérapeute que le sous-signé.

### **1.2 Douleurs et troubles annoncés:**

Durant le suivi effectué de 24.2.1010 à février 2011, Mme K.\_\_\_\_\_ s'est plainte de troubles du sommeil et de cauchemars fréquents. Les cauchemars portant essentiellement sur ce qu'elle a vécu lors des abus répétés. Elle présentait un fort sentiment de honte en lien avec les événements vécus.

Elle signalait également une perte d'appétit, des maux de tête importants, diverses douleurs physiques et nous fait part d'idées suicidaires qui ont conduit à une tentative de suicide nécessitant une hospitalisation.

Elle se sentait très énervée (n'arrivant pas à trouver le calme plus de 5 min) et facilement irritable. Elle signalait par ailleurs des pleurs fréquentes.

Elle nous a fait part d'un sentiment de crainte continue qui l'empêchait de sortir seule et l'isolait socialement. Elle nous parlait alors de son sentiment que ce qui lui est arrivé se voit avec l'impression de devenir folle.

### **1.3 Status:**

Patiente orienté aux quatre modes, Mme K.\_\_\_\_\_ apparaît comme confuse lorsqu'on évoque les abus subis et elle fond en larmes lorsqu'on parle de sa vie actuelle et future.

### **1.4 Evolution:**

L'état de santé psychologique de Mme K.\_\_\_\_\_ nous semble actuellement toujours très fragile et a nécessité la mise en place d'une médication prodiguée par le Dr R.\_\_\_\_\_ à [...] et nécessite, à notre avis, la mise en place d'un suivi psychothérapeutique individuel.

## **2. Diagnostic (pour la psychiatrie, selon ICD 10):**

Les signes cliniques présentés par Mme K.\_\_\_\_\_ sont des manifestations typiques de personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique (F43.1 selon l'ICD 10) s'accompagnant, comme c'est souvent le cas, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 selon l'ICD 10). A noter également des lésions auto-infligées par sédatifs (X61 selon l'ICD 10) et des difficultés avec le conjoint (Z63.0 selon l'ICD 10). »

Par réponse du 5 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et produit deux rapports du SMR des 18 et 19 août 2011 des Drs P.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, et

W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Le rapport du 18 août 2011 était libellé comme suit :

« [...]

Je cite les propos du conseil juridique de la requérante: « les références faites aux signes de Waddell et Kummel qui parsèment l'expertise du SMR et entachent ses conclusions sous-entendent que la requérante est, a priori, une simulatrice et qu'elle feint des douleurs pour bénéficier des prestations de l'AI ».

En réponse:

- Le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 28.01.2009 concluait à la présence d'une pathologie ostéoarticulaire structurelle concernant l'articulation scapulo-humérale gauche pour laquelle une incapacité de travail totale avait été retenue dans l'activité habituelle de l'assurée. Au vu de cette atteinte structurelle, une diminution de rendement de 15% avait aussi été retenue dans une activité adaptée prenant en considération qu'aux yeux des examinateurs, il n'existait pas d'activité à caractère purement mono-manuel.

- En plus de cette atteinte structurelle indéniable, l'assurée présente une symptomatologie douloureuse chronique, sans mise en évidence de substrats organiques significatifs. Cette symptomatologie douloureuse chronique sans substrats organiques significatifs est confirmée par la présence de signes de non organicité (réactions comportementales).

[...]

- Dans le cas d'espèce de cette assurée, la symptomatologie douloureuse chronique invalidante revendiquée s'inscrit dans un processus psychosocial. A l'heure actuelle, au vu de la législation en cours, les troubles consécutifs à une problématique psychosociale ou culturelle ne sont pas couverts par l'assurance-invalidité.

[...] »

Le Dr P.\_\_\_\_\_ fait ensuite un exposé sur la signification de la présence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel.

Le rapport SMR du 19 août 2011 des Drs N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ avait quant à lui le contenu suivant :

« [...]

Le rapport d'examen SMR daté du 25.02.2009 admettait une exigibilité nulle dans l'activité d'employée en blanchisserie mais de 85% dans toute activité adaptée, en lien avec les omalgies G chroniques, il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique invalidante ; ces

conclusions étaient le fruit d'un examen SMR rhumatologique (Dr P.\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation FMH) et psychiatrique (Dresse O.\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH) qui s'était déroulé en date du 28.01.2009.

[...]

M. C.\_\_\_\_\_ ne donne pas les éléments constitutifs permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT), dont il est précisé dans la CIM-10 que la survenue doit se faire dans les 6 mois qui suivent l'événement particulièrement stressant ; de plus M. C.\_\_\_\_\_ ne retient en 2011, soit 6 ans après les faits, qu'un seul symptôme permettant d'évoquer le diagnostic d'ESPT (les cauchemars), ce qui est largement insuffisant pour retenir cette affection. En page 9 de l'examen du 28.01.2009, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a motivé pour quelles raisons elle a nié l'état de stress post traumatique, rapportant l'absence clinique des symptômes que l'on pourrait retrouver. M. C.\_\_\_\_\_ ne donne pas les éléments constitutifs permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, puisqu'il ne rapporte aucun épisode dépressif suivi de périodes vierges de symptômes, et encore moins ceux d'un épisode sévère. Les éléments objectifs (status) tiennent sur un peu plus de 2 lignes, nous laissant savoir que Mme K.\_\_\_\_\_ est orientée aux 4 modes, mais confuse lorsque l'on évoque les abus subis, pleurant lorsque l'on parle de sa vie actuelle et future ; ces éléments objectifs sont largement insuffisants pour permettre d'envisager une affection psychiatrique invalidante.

**Appréciation** : Me Duc n'apporte pas les éléments permettant de remettre en cause les conclusions du SMR concernant la sphère psychiatrique. Reste réservé l'épisode du début 2011 (hospitalisation au M.\_\_\_\_\_ pour tentamen) pour lequel nous avons besoin de la copie de la lettre de sortie. »

Par réplique du 30 décembre 2011, la recourante a produit un rapport des Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V.\_\_\_\_\_, médecin assistante, du M.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2011, et requis la tenue de débats publics, à huis clos, afin que la recourante ait la possibilité de présenter oralement ses arguments. Il ressort de ce rapport que la recourante a séjourné au M.\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2011 au 31 janvier 2011, date de son retour à domicile. Il s'agissait de son troisième séjour dans cet établissement. Les médecins écrivaient notamment ce qui suit :

#### « ELEMENTS ANAMNESTIQUES

Mme K.\_\_\_\_\_ est connue du M.\_\_\_\_\_ pour un trouble dépressif récurrent. Sa dernière hospitalisation remonte à 2006, en raison d'une idéation suicidaire. Elle a des antécédents de tentamens médicamenteux. La patiente est suivie par M. C. \_\_\_\_\_ avec son mari à la consultation d'U.\_\_\_\_\_ à [...].

Mme K. \_\_\_\_\_ est d'origine [...], elle vit en Suisse depuis 1993, elle est mariée, elle habite avec son mari et ses 3 enfants. Le couple ne travaille plus et ils auraient des difficultés financières. Elle décrit des conflits conjugaux et elle pense à quitter son mari, c'est cette décision qui fait crise actuellement. La veille de l'hospitalisation, Mme K. \_\_\_\_\_ ingère 10 cp de Temesta 1 mg dans un but suicidaire. Le lendemain matin, elle est adressée aux urgences des l. \_\_\_\_\_ par son mari et suite à une évaluation par le Dr G. \_\_\_\_\_, elle nous est adressée sur un mode d'office, la patiente refusant une hospitalisation alors que persiste un état dépressif sévère et des idées suicidaires scénarisées.

[...]

#### OBSERVATIONS A L'ADMISSION

Il s'agit d'une patiente de 36 ans qui fait son âge, à la tenue et à l'hygiène correctes, orientée aux 4 modes, calme et collaborante. Nous observons un ralentissement psychomoteur important avec une fatigue et une asthénie. Le discours reste pauvre, niais, nous n'observons pas de troubles du cours ou du contenu du discours. Il n'y a pas de signes florides de la lignée psychotique. La thymie est abaissée avec une anhédonie, une perte d'appétit et un grand sentiment de désespoir. La patiente reste ambivalente par rapport à des idées suicidaires et ne peut pas s'engager à ne pas passer à l'acte.

[...]

#### DIAGNOSTIC (CIM-10)

**F32.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome psychotique**  
**X61 Lésions auto-infligées par sédatifs**  
**Z63.Q Difficultés avec conjoint**

#### EVOLUTION ET DISCUSSION

Mme K. \_\_\_\_\_ est admise sur un mode d'office demandé par les l. \_\_\_\_\_ pour une mise à abri d'idées suicidaires. Elle présente une symptomatologie dépressive et accepte l'hospitalisation afin de pouvoir se reposer, se protéger et trouver un lieu de vie, car elle souhaite quitter son mari avec qui elle décrit des conflits de longue date. Elle nous explique avoir été abusée par le concierge il y a 5 ans et qu'elle n'aurait pas eu le soutien de son mari qui la rendrait coupable de cet acte, la culpabilise et qui ne la croit pas. Mme K. \_\_\_\_\_ a déjà séjourné au foyer [...] après l'abus sexuel. Sur le plan pharmacologique, nous n'avons pas introduit de traitement mise à part du Dafalgan suite à ses céphalées. Nous contactons M. C. \_\_\_\_\_, qui se montre disponible pour reprendre le suivi ambulatoire. Pendant la journée du 30.01.2011, Mme K. \_\_\_\_\_ fugue de l'hôpital, puis nous téléphone depuis son domicile et s'engage à rentrer en début de soirée. Après son retour, elle demande à sortir, nous expliquant qu'elle s'est réconciliée avec son mari et qu'elle souhaite repartir sur de nouvelles bases. En raison du contexte, nous lui avons accordé un congé pour la journée du

dimanche, afin de vérifier si la réconciliation est durable et lui proposons un entretien de couple à son retour. La patiente a accepté et est rentrée le 31.01.2011, où nous avons effectué un entretien de couple.

Au vu de l'état de la patiente qui ne présente pas d'idées suicidaires, qui souhaite rentrer à domicile et qu'elle a déjà un rendez-vous prévu à U.\_\_\_\_\_ le 01.02.2011, nous acceptons sa sortie. Elle quitte donc le M.\_\_\_\_\_ le 31.01.2011 pour un retour à domicile. »

En duplique, l'OAI a maintenu sa position et fait valoir que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ne se justifiait pas. A l'appui de ses conclusions, l'office a produit un rapport du SMR du 17 janvier 2012, signé par les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ et dont la teneur était la suivante :

« [...] »

- Le diagnostic de trouble dépressif récurrent est à nouveau retenu, sans être aucunement documenté selon les critères de la CIM-10 ; nous avons émis la même critique à propos du rapport de M. C.\_\_\_\_\_, le psychologue qui suit l'assurée. Dans ces conditions, et vu les conclusions de la Dresse O.\_\_\_\_\_ en 2009, nous ne pouvons le prendre en compte.

- L'épisode est considéré comme sévère : là encore, les critères de la CIM-10 ne sont pas remplis, puisqu'ils se résument à : la thymie abaissée (elle devrait plutôt être effondrée) avec anhédonie, perte d'appétit (notion anamnétique sans documentation de perte de poids), grand sentiment de désespoir, idées suicidaires scénarisées, le ralentissement psychomoteur important avec fatigue et asthénie observés à l'entrée sont le fait des effets secondaires de l'absorption de 10 mg de Temesta le soir avant (ces derniers symptômes se sont rapidement estompés, puisqu'au 6<sup>ème</sup> jour Mme K.\_\_\_\_\_ a fugué de l'hôpital pour se rendre au domicile conjugal et, semble-t-il, se réconcilier avec son mari ; on ne peut réaliser un tel projet lorsque l'on est sous le coup d'un important ralentissement psychomoteur). Vu la durée de la symptomatologie (moins d'une semaine), même si elle a été d'une intensité sévère, vu la modalité de la fin du séjour hospitalier (fugue, suivie de la demande de l'assurée pour sa sortie définitive par ailleurs accordée), vu la récupération des ressources relationnelles (réconciliation avec l'époux), vu l'absence de traitement médicamenteux antidépresseur (qu'il est, lors de trouble thymique sévère, habituel de dispenser pour au moins 15 jours), un épisode dépressif ne peut pas être retenu d'après les critères de la CIM-10 (au moins 2 semaines d'humeur déprimée quotidienne).

- L'anamnèse, la clinique, la durée de la symptomatologie orientent sur une situation de crise aiguë réactionnelle à un conflit conjugal, qui par sa durée ne saurait être invalidante au sens de l'Al.

En conclusion, la lettre de sortie du 14.03.2011 n'apporte pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier notre position. Elle n'incite par ailleurs pas non plus à proposer la mise sur pied d'une expertise psychiatrique. »

Le 7 février 2013, le juge instructeur a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le 11 septembre 2014, les Drs Q.\_\_\_\_\_, et T.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du Z.\_\_\_\_\_, ont rendu leur rapport, dont le contenu est pour l'essentiel le suivant :

« Notre rapport d'expertise se fonde sur :

- les entretiens que nous avons eus avec Mme K.\_\_\_\_\_ les 21 octobre, 19 novembre et 2 décembre 2013, ce dernier entretien en présence du Dr Q.\_\_\_\_\_, co-expert ;
- l'entretien téléphonique avec le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, [...];
- les entretiens téléphoniques avec la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, [...];
- l'entretien téléphonique avec Monsieur C.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, U.\_\_\_\_\_, [...];
- les éléments du dossier médical du Z.\_\_\_\_\_;
- les pièces du dossier médical aimablement transmis par les collaborateurs de H.\_\_\_\_\_, [...];
- les pièces du dossier AI que vous avez eu l'amabilité de nous transmettre.

[...]

## **A. QUESTIONS CLINIQUES**

### **1. ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES**

D'origine [...], Madame K.\_\_\_\_\_ est née le [...] 1975 au [...]. Troisième d'une fratrie de six, elle a trois frères et deux sœurs. Sa sœur et son frère aînés vivent au [...] et les trois autres de la fratrie au [...], de même que les parents de Madame K.\_\_\_\_\_ âgés respectivement de soixante-cinq ans (père) et soixante-deux — soixante-trois ans (mère).

Elle déclare n'avoir manqué de rien durant son enfance-adolescence, quand bien même son père était absent la plupart du temps. Il a en effet travaillé durant vingt-deux ans environ comme mineur en [...] et retrouvait sa famille deux à trois fois par année.

Sur le plan scolaire, Madame K. \_\_\_\_\_ aurait suivi une scolarité obligatoire de huit ans et ensuite débute le gymnase qu'elle interrompt après le premier semestre (éléments figurant dans le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR de janvier 2009).

Sur le plan sentimental, elle débute une relation avec son mari actuel (de quatre ans son aîné) à l'âge de seize ans et demi. En 1993, elle le rejoint en Suisse et par la suite, le couple se marie. De cette union naissent trois garçons prénommés [...] (1994), [...] (1995) et [...] (1999).

Madame K. \_\_\_\_\_ décrit une bonne adaptation en Suisse. Sur le plan professionnel, en 1996, elle est engagée à 100% comme femme de chambre dans un hôtel à [...] où elle travaille durant deux ans environ (son mari s'occupait des enfants). Elle explique au cours de nos entretiens que le travail se passait bien, ajoutant notamment « les collègues étaient très jalouses..., car j'avais de bons contacts avec la gouvernante... ». Quatre mois après l'accouchement de son troisième enfant, elle travaille dans une usine de pizzas, selon ses dires, à 100%, à [...] durant quelques mois, puis à [...] suite au déménagement de cette usine. Elle travaille comme étiqueteuse notamment et nous dit avoir effectué deux diplômes. Elle signale que cela se passait bien avec ses collègues, ses chefs et que le travail lui plaisait. En 2001, elle interrompt cette activité en raison des conditions de travail (basse température) et de douleurs au niveau du bas du dos. Par la suite, elle bénéficie de l'assurance chômage, déclarant notamment « je n'étais pas bien à cause des douleurs ». Elle signale avoir effectué durant cette période des cours de français afin de trouver une meilleure place de travail. Dans le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique de janvier 2009, il est précisé que Madame K. \_\_\_\_\_ travaille dans cette usine à [...] jusqu'en 2003. Après une période d'incapacité de travail, elle est licenciée et bénéficie par la suite du chômage jusqu'en février 2005.

Selon les éléments figurant dans le dossier médical (rapport AI effectué par l'H. \_\_\_\_\_), en raison de la persistance d'un conflit conjugal dans un contexte de problèmes financiers notamment, Madame K. \_\_\_\_\_ et son mari se séparent au mois de mars 2004. En octobre de cette même année, elle consulte à H. \_\_\_\_\_ d [...] à sa demande, pour une aide et un soutien psychologique. Elle est alors suivie durant une courte période.

Dans le résumé du premier entretien, il est notamment signalé que le mari de Madame K. \_\_\_\_\_ vivait alors à [...] dans une chambre. Jardinier de profession, il n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis trois ou quatre ans. On retrouve également la notion de la persistance d'un conflit de couple « surtout concernant les finances », avec des dettes s'élevant à environ CHF 28'000.-. Il est également mentionné dans ce même rapport « (...) Madame K. \_\_\_\_\_ s'est sentie très déprimée et elle a consulté le Docteur R. \_\_\_\_\_ qui lui a prescrit de l'Efexor, à raison d'1½ cp le soir et de Stilnox 1 cp au coucher. Elle dit souffrir de ruminations mentales importantes, mais n'a pas de problème d'anorexie ou de boulimie. Elle pleure beaucoup durant la prise d'anamnèse, ce qui la rend difficile. La patiente rapporte que ses enfants n'ont pas de problème à l'école et

qu'ils voient régulièrement leur père, mais elle a surtout peur qu'il les ramène au [...] et qu'elle n'ait plus le droit de les voir. La patiente dit qu'elle a beaucoup souffert dans son couple, car il y a eu violences conjugales, verbales et physiques de la part de son mari, mais il n'a jamais été violent vis-à-vis des enfants (...) ».

En 2004 également, dans le contexte des difficultés financières qu'elle rencontrait, Madame K.\_\_\_\_\_ demande un prêt de CHF 1'000.- au concierge de l'immeuble où elle habitait. Par la suite, ce dernier abuse de Madame K.\_\_\_\_\_ à quatre reprises, selon ses dires, du mois de janvier 2005 à mai 2006, exerçant durant cette période un chantage la menaçant de tout révéler à son mari. Elle explique en avoir finalement parlé elle-même à son mari après avoir reçu un bouquet de fleurs accompagné d'une carte pornographique de la part du concierge.

Sur le plan professionnel, elle est engagée comme employée dans une blanchisserie à [...] au mois d'août 2005. Au cours de nos entretiens, elle décrit une activité qualifiée de « lourde », précisant « je devais aller porter le linge propre... si la cheffe nous voyait avec un chariot..., il fallait prendre deux chariots pour une personne seule... » C'est dans le cadre de cette activité que le 21 novembre 2005, alors qu'elle poussait un chariot à linge et une armoire, elle ressent une très forte douleur dans l'épaule gauche au moment où elle pousse une porte (cf. chapitre Motif d'expertise). Ce jour-là, elle explique être restée sur son lieu de travail, assise, signalant « Personne n'a appelé le médecin..., j'ai dû rester assise jusqu'à la fin du travail ». Elle ajoute « Peut-être que cela a joué un rôle dans l'état de l'épaule... ». Elle précise également que cela n'a jamais été reconnu comme un accident de travail, ce qu'elle peine à accepter, évoquant un sentiment d'injustice « J'ai été correcte avec eux... où je travaillais, j'étais correcte et précise dans le travail... »

En juin 2006, sur conseil d'une amie proche, elle porte successivement plainte contre son mari pour violence conjugale (le 13 juin) et le 23 contre le concierge de son immeuble. Elle demande un soutien auprès de l'Association LAVI et elle fait du 13 au 16 juin un séjour à [...] pour se mettre à l'abri des réactions de son mari en réponse à sa plainte. Suite à ces événements, elle décrit un épuisement physique et psychique, avec des idées suicidaires non scénarisées. Elle demande une consultation à H.\_\_\_\_\_ où elle est hospitalisée au M.\_\_\_\_\_ le 13 juillet sur un mode volontaire, en raison d'idées suicidaires (éléments figurant dans le rapport de sortie de la première hospitalisation au M.\_\_\_\_\_).

Le séjour hospitalier dure jusqu'au 19 juillet, date de son retour à domicile. Le traitement médicamenteux psychotrope à la sortie est le suivant Efexor 75 mg 1 cp au coucher, Temesta 1 mg 1 cp au coucher, Tranxilium 5 mg 1 cp au coucher, Zoldorm 1 cp au coucher. Elle reprend par ailleurs le suivi ambulatoire à H.\_\_\_\_\_.

Par la suite, une amélioration de la situation conjugale est relevée, son mari se montrant plus soutenant, avec la disparition de la violence physique. Madame K.\_\_\_\_\_ retire ainsi sa plainte contre celui-ci.

Dans le rapport de sortie de la deuxième hospitalisation au M. \_\_\_\_\_, il est notamment mentionné « (...) Le 15 septembre, elle rencontre les policiers chargés de l'enquête et ces derniers lui disent qu'elle n'a jamais été abusée, qu'elle est malade et qu'elle devrait retourner dans son pays. Elle vit mal ces propos, se sentant rejetée et non reconnue dans sa souffrance. Elle développe alors des idées suicidaires. Le 17 septembre au soir, elle absorbe 28 cp d'Efexor en cachette de son mari, dans le but de mourir. Dans la soirée, le couple se rend à la gare pour faire des courses. A ce moment-là, la patiente vomit, ce qui inquiète son mari, à qui elle révèle les faits. Elle est conduite à I. \_\_\_\_\_ d' [...], où elle est mise sous surveillance durant la nuit (...) ». Au vu de la persistance d'idées suicidaires, elle est par la suite adressée sur un mode d'office au M. \_\_\_\_\_ où elle séjourne du 18 au 27 septembre 2006, date de son retour à domicile. A sa sortie, elle reprend le suivi ambulatoire à H. \_\_\_\_\_. Le traitement médicamenteux à la sortie est le suivant Efexor ER 75 mg 1 cp le matin, Temesta 1 mg 1 cp au coucher.

Par ailleurs, au mois d'octobre 2006, une mesure tutélaire volontaire est instaurée en faveur de Madame K. \_\_\_\_\_ (selon l'art. 372 aCC) et confiée à l'OTG. Le mari de Madame K. \_\_\_\_\_ bénéficiait également d'une telle mesure, en raison notamment des difficultés financières. Au cours de nos entretiens, elle explique à ce sujet, entre autres, que son mari ne parvenait pas à tenir un travail et « essayait de faire des affaires ». Il aurait perdu beaucoup d'argent en faisant du commerce de voitures et se serait endetté. Il aurait reçu des menaces de personnes à qui il devait de l'argent. En 2006, des gens auraient pénétré de force dans leur appartement pour récupérer de l'argent et la police a dû intervenir.

Madame K. \_\_\_\_\_ précise que la mesure tutélaire de son mari est également une mesure volontaire et que par la suite toute la famille a été mise sous tutelle. Elle ajoute avoir effectué une demande de levée de cette mesure.

En ce qui concerne la prise en charge spécialisée, Madame K. \_\_\_\_\_ continue le suivi à IH. \_\_\_\_\_. Dans un courrier daté du 13 juillet 2007 adressé à Monsieur [...], Juge d'instruction de l'arrondissement du [...], chargé d'instruire l'enquête à la suite de la plainte déposée par Madame K. \_\_\_\_\_ pour viols commis sur sa personne par un voisin entre 2005 et 2006, les médecins de H. \_\_\_\_\_ mentionnent notamment « (...) Nous constatons chez Madame K. \_\_\_\_\_ une thymie abaissée qu'elle met en lien avec les violences subies. Elle s'effondre en larmes à chaque fois qu'elle évoque ce qui s'est passé. Actuellement elle présente toujours un épisode dépressif moyen à sévère malgré une médication antidépressive et anxiolytique (...) ». Dans la remise de service datée du 25 mars 2008, l'évolution est décrite comme étant légèrement favorable. Nous relevons également dans ce rapport « (...) Madame K. \_\_\_\_\_ a réussi à déménager avec sa famille malgré les poursuites économiques, dans une maison plus grande et loin du concierge qui l'a abusée sexuellement. Ses enfants sont aussi plus calmes après ce déménagement, ce qui soulage encore plus la patiente. Madame K. \_\_\_\_\_ attend d'être engagée à un nouvel emploi à [...], dont elle ne connaît pas encore les détails. D'un autre côté, elle décrit une vie de couple pas très facile, son mari ayant des poursuites judiciaires pour lesquelles il risque l'emprisonnement.

Bien que l'état anxieux soit encore évident pendant les entretiens, la patiente affirme une réduction de la symptomatologie (...) ». Les diagnostics alors retenus sont les suivants : Episode dépressif moyen sans syndrome somatique ; Difficultés avec le conjoint ; Difficultés liées à des possibles sévices sexuels. Le traitement psychotrope est le suivant :Efexor ER 75 mg 1 - 0 - 2, Xanax 0,5 mg 2 cp en réserve.

Dans le rapport AI du 14 août 2008 effectué par les médecins de H.\_\_\_\_\_, (date du dernier contrôle: 11 juillet 2008), nous relevons notamment dans la rubrique « Symptômes actuels, état actuel » « (...) La thymie est neutre. Son discours est totalement axé sur le viol par son ancien concierge et sa demande pour une justice (...). Elle donne l'impression de n'être plus intéressée et motivée pour continuer le suivi psychiatrique. Selon les dires de la patiente, elle ne prend plus d'Efexor depuis environ quatre mois, en raison d'une amélioration progressive de son état psychique et la disparition de la symptomatologie dépressive (...) ».

En ce qui concerne la plainte pénale déposée par Madame K.\_\_\_\_\_, cette dernière signale au cours des entretiens pour la présente expertise, qu'un non-lieu a été prononcé faute d'éléments à charge, en dépit des recours (jusqu'au Tribunal fédéral), verdict qu'elle vit difficilement.

Selon les informations dont nous disposons, Madame K.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi à U.\_\_\_\_\_. Dans le rapport de Monsieur C.\_\_\_\_\_, psychologue au sein de cette institution, daté du 6 avril 2011, nous relevons notamment « (...) Par crainte que des informations la concernant soient divulguées au sein de la communauté, elle interrompt le suivi au M.\_\_\_\_\_. Un suivi à U.\_\_\_\_\_ est alors instauré. Dans un premier temps pour elle et ses enfants suite à l'incarcération de son mari, puis pour elle et son mari et enfin à partir du 29 septembre 2010 pour elle uniquement. A la demande du couple, un suivi de couple est instauré à partir de fin novembre 2010 qui s'est interrompu en raison de l'impossibilité d'offrir à ce couple un suivi adapté à leur situation. Au début de l'année 2011, la situation du couple s'aggrave et Madame fait une nouvelle tentative de suicide et est hospitalisée au M.\_\_\_\_\_ (...) ». Le suivi à U.\_\_\_\_\_ s'interrompt, il est alors conseillé à Madame K.\_\_\_\_\_ de trouver un thérapeute pour elle-même. Dans son rapport, Monsieur C.\_\_\_\_\_ signale également que durant le suivi effectué du 24 février 2010 à février 2011, Madame K.\_\_\_\_\_ s'est plainte de troubles du sommeil et de cauchemars fréquents. « (...) Les cauchemars portant essentiellement sur ce qu'elle a vécu lors des abus répétés. Elle présentait un fort sentiment de honte en lien avec les événements vécus. Elle signalait également une perte d'appétit, des maux de tête importants, diverses douleurs physiques et nous fait part d'idées suicidaires qui ont conduit à une tentative de suicide nécessitant une hospitalisation. Elle se sentait très énervée (n'arrivant pas à trouver le calme plus de cinq minutes) et facilement irritable. Elle signalait par ailleurs des pleurs fréquents. Elle nous a fait part d'un sentiment de crainte continuelle qui l'empêchait de sortir seule et l'isolait socialement (...) ».

C'est ainsi qu'en date du 25 janvier 2011, Madame K.\_\_\_\_\_ est hospitalisée pour la troisième fois au M.\_\_\_\_\_. Nous relevons

notamment dans le rapport de sortie « (...) Elle décrit des conflits conjugaux et elle pense à quitter son mari, c'est cette décision qui fait crise actuellement. La veille de l'hospitalisation, Madame K.\_\_\_\_\_ ingère 10 cp de Temesta 1 mg dans un but suicidaire. Le lendemain matin, elle est adressée aux urgences des I.\_\_\_\_\_ par son mari (...) ». Suite à une évaluation par le psychiatre de liaison, elle est adressée au M.\_\_\_\_\_ sur un mode d'office, en raison de la persistance d'un état dépressif sévère et des idées suicidaires scénarisées. Durant le séjour, Madame K.\_\_\_\_\_ fugue de l'hôpital le 30 janvier, y retourne, demandant sa sortie, expliquant qu'elle s'est réconciliée avec son mari et qu'elle souhaite repartir sur de nouvelles bases. Le lendemain, son état de santé psychique permet un retour à domicile. Le traitement à la sortie est le suivant Nexium 20 mg 1 cp/jour.

Par la suite, en ce qui concerne la prise en charge spécialisée, Madame K.\_\_\_\_\_ débute un suivi auprès de la Doctoresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute au mois de mars 2012, adressée par son médecin traitant, le Docteur R.\_\_\_\_\_.

Lorsque nous la voyons pour la présente expertise, Madame K.\_\_\_\_\_ poursuit la prise en charge avec la Doctoresse D.\_\_\_\_\_ qu'elle voit une fois par mois. Sur le plan du traitement médicamenteux psychotrope, elle déclare prendre un traitement antidépresseur à base de Surmontil depuis environ trois ans. Lors de nos entretiens téléphoniques, la Doctoresse D.\_\_\_\_\_ nous dit avoir augmenté le dosage de cette substance à 50 mg/jour au mois de février 2014.

Madame K.\_\_\_\_\_ vit avec son mari, qu'elle décrit comme soutenant actuellement, et leurs trois enfants. Elle nous dit que son fils aîné lui a écrit une lettre, demandant que sa maman redevienne comme avant. Sur le plan professionnel, ce dernier exerce une activité d'employé de commerce. Le deuxième cherche une place de travail dans le domaine de la vente. Le benjamin de la fratrie est encore à l'école, en neuvième année. Madame K.\_\_\_\_\_ précise que ses fils vont bien actuellement. Elle déclare que lorsqu'ils étaient plus jeunes, ses trois enfants ont connu des démêlés avec la justice, notamment pour des vols de chocolat, de bonbons. Le deuxième aurait également présenté un comportement violent, aurait été mêlé à des bagarres, Madame K.\_\_\_\_\_ décrivant une période au cours de laquelle il n'allait vraiment pas bien.

Le mari de Madame K.\_\_\_\_\_ a également connu des démêlés avec la justice, menant à plusieurs incarcérations (une fois deux mois, une fois quatre mois, une fois trois semaines). Sur le plan professionnel, il bénéficie d'une rente AI en raison d'une dépression, selon les dires de Madame K.\_\_\_\_\_. Il est suivi par Monsieur C.\_\_\_\_\_ à U.\_\_\_\_\_.

Sur le plan professionnel, Madame K.\_\_\_\_\_ signale que vu sa situation (santé, dépression...), elle ne parvient pas à « tenir un travail ». Elle se décrit comme étant « bloquée de l'intérieur ».

Lorsque nous lui demandons de décrire ses journées, elle nous dit que c'est « très difficile », expliquant que pour se lever le matin, elle a besoin de vingt minutes « à cause des douleurs physiques »,

ajoutant « ... Je prends une douche pour me détendre un peu... je bois un café... je fume une cigarette... après je commence à faire le dîner..., après la lessive..., le ménage... par moment... je ne touche rien du tout... c'est plus fort que moi... »

Elle déclare que depuis les abus sexuels dont elle dit avoir été victime, sa vie « n'est plus comme avant..., il y a un avant et un après... avant je pouvais travailler, sortir sans avoir peur, m'amuser avec mes enfants... je ne peux plus sourire comme avant..., même pour parler... les mots, cela ne sort pas... pour moi c'est une vie qui est f... c'est très difficile... » et elle évoque un vécu traumatique qualifié de très profond. Elle n'ose pas sortir seule et doit être accompagnée lorsque par exemple elle va faire les commissions, se rend chez le médecin, va faire la lessive, se rend à la cave, etc. Elle explique également qu'elle connaissait cet homme, d'origine [...], qui était le concierge de l'immeuble où ils habitaient depuis 2002. Durant un an et demi, il appelait très souvent chez elle.

Au début, elle déclare que son mari a mis en doute l'agression, pensant qu'elle était d'accord, mais après « il a compris ». Elle ajoute « Tout le monde a vu que je n'allais pas bien... mais je n'osais pas parler car il y avait les menaces... cela a duré plus d'un an... ».

Elle explique aussi qu'à chaque fois qu'elle entend quelque chose, des nouvelles tristes, cela la touche beaucoup. Durant l'année 2013, elle signale avoir effectué de l'ergothérapie à une fréquence d'une fois par semaine, mais avoir interrompu cette activité au bout de trois - quatre mois, décrivant notamment des difficultés de communication avec les autres personnes « Je n'arrivais pas à parler avec eux... ni entendre des conversations..., après je repense... j'entendais des conversations qui me touchaient beaucoup... ». Elle précise rencontrer ces mêmes difficultés lorsqu'elle se trouve chez elle et qu'il y a des visites « C'est comme si j'étais morte à l'intérieur ». Durant l'activité d'ergothérapie, elle évoque également des difficultés de concentration.

Elle déclare par ailleurs avoir exercé une activité d'aide-soignante dans un EMS (sans en préciser la date), qu'elle a interrompue au bout de deux semaines, la décrivant comme « trop lourde » physiquement et « psychologiquement », elle ne parvenait pas à se concentrer « Je n'étais pas moi-même., avec le corps je suis là... mais la tête n'est pas là ».

Madame K. \_\_\_\_\_ signale ne pas avoir parlé de sa situation à sa famille « Ils ne comprendraient pas... chez nous dès qu'ils entendent femme violée... ils tuent les femmes., ils pensent tout le temps que la femme est fautive... ». Elle déclare par ailleurs que la communauté [...] de la région où elle habite aurait été mise au courant de sa situation, par le traducteur présent lors de ses rendez-vous lorsqu'elle était suivie au M. \_\_\_\_\_. Elle ajoute que pour elle il est très difficile de parler et qu'il lui a fallu trois ans pour trouver quelqu'un de confiance.

## **2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES DE L'ASSUREE**

Madame K. \_\_\_\_\_ déclare souffrir de dépression et de douleurs. Elle évoque un sentiment d'angoisse, un sentiment de fatigue

importante, se plaint de troubles de la concentration. Elle signale que par moments, elle n'a pas de force, pas d'envie, pas d'énergie. Elle décrit également une peur qu'il lui arrive quelque chose, d'être à nouveau agressée et nécessite d'être accompagnée. Elle signale aussi une irritabilité « Je m'énerve vite.., surtout avec les enfants et mon mari... ».

Sur le plan somatique, elle déclare qu'il lui est difficile de rester assise. Elle mentionne notamment des douleurs, des brûlures au niveau de la nuque, du bas du dos.

### **3. STATUS CLINIQUE**

Madame K. \_\_\_\_\_ est une femme de trente-huit ans qui paraît un peu plus que son âge. Elle se présente ponctuellement à tous les entretiens que nous lui fixons, accompagnée par des membres de sa famille. Sa tenue et son hygiène sont sans particularité. Il n'y a pas de troubles de l'attention, de l'orientation ni de la vigilance. Madame K. \_\_\_\_\_ paraît bien au fait des enjeux de la présente expertise.

Elle se montre collaborante, tout en signalant sa difficulté à se sentir en confiance, ainsi que sa difficulté à s'exprimer « Pour moi, c'est très difficile de parler ». Nous observons un certain ralentissement psychomoteur. Son discours est cohérent. Nous ne mettons pas en évidence d'importants troubles du cours, ni du contenu de la pensée. La thymie est abaissée. Madame K. \_\_\_\_\_ a pleuré à plusieurs reprises au cours des entretiens. Elle décrit par ailleurs un sentiment d'injustice. Elle déclare ne pas pouvoir dormir tranquillement, signalant cependant dormir plus ou moins bien selon les périodes. L'appétit est également décrit comme pouvant varier.

Madame K. \_\_\_\_\_ dit faire des cauchemars de l'agression (une à deux fois par semaine), ajoutant « Je dois laisser la lumière allumée ». Elle précise « Je n'arrivais pas à crier ». Elle signale également des reviviscences des scènes de l'agression. Elle déclare avoir des idées suicidaires par moments et être empêchée de passer à l'acte par ses enfants. Elle mentionne ses tentatives de suicide. Nous relevons par ailleurs une absence de projection dans l'avenir, un manque d'espoir « C'est coupé... c'est cassé.., quelque chose à l'intérieur qui empêche... »

### **4. DIAGNOSTIC (posé en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - CIM-10)**

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33. 10).

### **5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Nous sommes en présence d'une femme de trente-huit ans, [...] du [...], vivant en Suisse depuis 1993. Mariée avec un homme de même origine, Madame K. \_\_\_\_\_ est mère de trois garçons, nés respectivement en 1994, 1995 et 1999. Sans formation professionnelle, elle a travaillé notamment comme femme de chambre dans un hôtel, ouvrière, puis comme employée dans une

blanchisserie. En arrêt de travail au long cours depuis 2006, elle dépose une demande de prestations AI au mois de juillet 2007.

Au terme de notre investigation, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique au moment de notre évaluation. En effet, Madame K.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années une symptomatologie dépressive et anxieuse, d'intensité variable, se développant de manière récurrente et persistant, en dépit d'un traitement antidépresseur.

Des symptômes d'angoisse, de ralentissement, de tristesse sont objectivés au mois d'octobre 2004 lorsqu'elle a consulté d'elle-même à l'unité psychiatrique ambulatoire d' [...] dans un contexte de conflit conjugal avec des violences verbales et physiques de la part de son mari, ainsi que de difficultés financières importantes. Durant les années suivantes, Madame K.\_\_\_\_\_ se retrouve confrontée à une succession d'événements vécus comme traumatiques, qui participent, selon les périodes, à la réapparition, au maintien ou à l'accentuation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, qui paraît progressivement s'enkyster. Parallèlement, Madame K.\_\_\_\_\_ développe un vécu d'injustice, de non reconnaissance des traumatismes qu'elle dit avoir subis.

A cette symptomatologie dépressive et anxieuse s'ajoutent des symptômes que l'on peut voir plus particulièrement chez des personnes ayant subi des traumatismes (par exemple des cauchemars, des reviviscences des événements), l'ensemble du tableau clinique apparaissant compatible avec ce que l'on peut observer dans des situations de séquelles d'un abus sexuel, par exemple.

Ce tableau clinique apparaît chez une femme qui présente notamment des traits dépendants de la personnalité. Ces aspects de personnalité ne sont cependant pas constitutifs d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. En effet, ils n'ont pas entraîné chez Madame K.\_\_\_\_\_ des perturbations profondes et ancrées du fonctionnement, avec des répercussions dans tous les domaines de l'existence. Cependant, ces traits sont susceptibles de participer à la réduction des capacités adaptatives de Madame K.\_\_\_\_\_, ces dernières pouvant être dépassées dans des contextes d'événements stressants, comme ceux vécus ces dernières années, avec comme conséquence, une décompensation de l'équilibre psychique antérieur qui perdure actuellement.

Cette décompensation se manifeste chez elle par le développement de la symptomatologie décrite ci-dessus qui persiste et se chronicise, et ce malgré une prise en charge spécialisée régulière et la prise d'un traitement psychotrope (antidépresseur).

Etant donné ce qui précède, il est difficile d'imaginer Madame K.\_\_\_\_\_ en mesure de pouvoir faire face au stress que représenterait la reprise d'une activité professionnelle. En 2013, il n'a même pas été possible pour elle de maintenir une activité dans un milieu de soins (ergothérapie) sur le long terme. Ses capacités adaptatives, déjà passablement réduites, se retrouveraient selon

toute probabilité dépassées, avec une accentuation de la symptomatologie, notamment dépressive et anxieuse.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL**

### **1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS**

#### **Au plan physique**

Nous vous renvoyons aux médecins somaticiens.

#### **Au plan psychique et mental et au plan social**

Les troubles psychiques présentés par Madame K.\_\_\_\_\_, liés à la décompensation de son équilibre psychique antérieur comme décrit précédemment, réduisent ses capacités adaptatives, ses possibilités de gestion de situations de stress, qu'elle serait par exemple susceptible de rencontrer sur le marché du travail. Dans un tel contexte, une accentuation de la symptomatologie notamment dépressive et anxieuse pourrait survenir. On observe également une restriction de ses compétences sociales, qui étaient sensiblement plus élevées auparavant.

### **2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI**

#### **2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**

Les troubles psychiques que nous avons constatés chez Madame K.\_\_\_\_\_ limitent sa capacité à exercer une activité professionnelle.

#### **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Selon nous, Madame K.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail de 100%.

#### **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?**

Sur un plan psychiatrique, les limitations décrites précédemment nous paraissent indépendantes de l'activité exercée.

#### **2.4. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?**

Oui, en fonction de l'importance de la symptomatologie thymique.

#### **2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007.

#### **2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

A partir de là, la capacité de travail sur un plan psychiatrique a probablement fluctué en fonction de l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs, mais, à notre avis, n'a plus dépassé 20%.

### **3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSURÉE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER À SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?**

En raison des troubles psychiques présents actuellement, Madame K.\_\_\_\_\_ ne paraît plus être en mesure de s'adapter à un environnement professionnel.

#### ***C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE***

##### **1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES?**

Non. L'intensité des troubles psychiques présentés rend vraisemblablement inutile toute mesure de réadaptation professionnelle (cf. ci-dessus).

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :**

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

**Si non, pour quelles raisons?**

Comme signalé précédemment, sur un plan psychiatrique, les limitations présentées par Madame K.\_\_\_\_\_ sont indépendantes de l'activité exercée.

##### **2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT?**

Non.

###### **2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

La question tombe.

###### **2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?**

La question tombe.

##### **3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE?**

Non. En raison de la sévérité des troubles psychiques, plus aucune activité ne paraît envisageable. En effet, malgré une prise en charge spécialisée avec la prise d'un traitement psychotrope

antidépresseur, nous relevons chez Madame K.\_\_\_\_\_ la persistance et la cristallisation sur un mode traumatique d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, dont l'intensité varie en fonction notamment des facteurs de stress auxquels elle peut être soumise.

**3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?**

La question tombe.

**3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?**

La question tombe.

**3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

La question tombe.

**3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?**

La question tombe.

**QUESTIONNAIRE DE MAÎTRE JEAN-MICHEL DUC, AVOCAT**

**1. Quel est l'état de santé actuel de Mme K.\_\_\_\_\_?**

Au moment de notre évaluation, Madame K.\_\_\_\_\_ présente des symptômes dépressifs et anxieux. L'ensemble du tableau clinique apparaît compatible avec ce que l'on peut observer dans des situations de séquelles de traumatismes.

**2. Quelles sont les affections dont elle a souffert dans le passé?**

Madame K.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années une symptomatologie dépressive et anxieuse d'intensité variable, mais se développant de manière récurrente et persistant malgré un traitement psychiatrique intégré.

**3. Quelles sont les affections dont elle souffre actuellement?**

Au terme de notre investigation, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode moyen au moment de notre évaluation.

**4. Son état de santé s'est-il aggravé récemment et, cas échéant, depuis quand et dans quelle mesure?**

Dans le rapport médical AI effectué en été 2008 par les thérapeutes de H.\_\_\_\_\_ d' [...], la symptomatologie dépressive est décrite comme s'étant amendée. En janvier 2009, moment de l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR, le diagnostic d'épisode

dépressif léger à moyen (anamnestique) en rémission complète est retenu. Il est difficile de déterminer avec précision le moment de la réapparition des symptômes dépressifs et anxieux dont l'intensité a pu varier en fonction notamment des facteurs de stress auxquels Madame K. \_\_\_\_\_ s'est retrouvée confrontée depuis lors, comme par exemple les difficultés avec son mari, avec ses enfants, les difficultés financières, les procédures judiciaires, etc.

**5. Les affections dont souffre Mme K. \_\_\_\_\_, ont-elles un impact sur sa capacité de travail ; cas échéant, depuis quand et dans quelle mesure?**

Cf. réponses au questionnaire AI ci-dessus.

**6. A cet égard, quelle est sa capacité de travail dans son activité habituelle? Avec quelle perte de rendement?**

Cf. réponses au questionnaire AI ci-dessus.

**7. Quelle activité adaptée est-elle en mesure d'assumer, et quelle serait sa capacité de travail dans ce cadre ? Avec quelle perte de rendement?**

Cf. réponses au questionnaire AI ci-dessus. »

Par déterminations du 8 octobre 2014, la recourante s'est ralliée aux conclusions de l'expertise.

Par déterminations du même jour, l'OAI se référant à un avis du SMR du 23 septembre 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, a déclaré que l'expertise du Z. \_\_\_\_\_ n'était pas probante. Il ressort notamment ce qui suit de cet avis :

« [...]

L'expert n'explique pas clairement quels sont les signes de la CIM 10 qui amèneraient à ce diagnostic, sans que les critères A ou B soient clairement explicités (au moins 3 majeurs A ET 4 mineurs B). Pourtant l'expert admet une IT de 100% depuis au moins le 01.05.07, et dès lors sa CT n'a pas dépassé 20% depuis. Par ailleurs, l'assurée ne serait capable de s'adapter à aucun environnement professionnel, sans possibilité de réadaptation, et ses LF sont indépendantes de toute activité exercée. Enfin malgré un traitement antidépresseur (monitoring ??), l'atteinte est persistante et cristallisée sur un mode traumatique de la symptomatologie dépressive, et celle-ci se développe de manière récurrente malgré le traitement intégré. Concernant le positionnement de l'expert par rapport aux autres psychiatres, celui-ci admet que H. \_\_\_\_\_ à l'été 08, comme en janv. 09 lors de l'examen SMR considérait un état dépressif en rémission, et qu'il est difficile de déterminer avec précision la date de réapparition des symptômes dépressifs.

*Notre position* : nous sommes étonnés par cette expertise, qui selon nous ne revêt pas une pleine valeur probante, les points litigieux importants ne faisant pas l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, et les conclusions sont peu motivées. En effet : 1/ le status clinique est pauvre, et peu détaillé dans l'exploration de l'assurée, et il ne répond pas aux standards habituels (cf. examen SMR par ex. vie quotidienne manquante, comment est-elle venue etc. 2/ l'expert n'explique pas clairement quels sont les signes de la CIM 10 qui amènerait à ce diagnostic, sans que les critères A ou B soient clairement explicités, ni pourquoi le F33.1 seraient incapacitant malgré l'absence de trouble de la personnalité (présence seulement de traits), et aucun syndrome somatique 3/ l'appréciation est courte et peu motivée par rapport à la clinique, et le positionnement par rapport aux autres confrère qui constatent une rémission complète en 08 et 09 ne peut pas cadrer avec une IT totale de 100% depuis au moins le 01.05.07, et ce qui est antinomique, que la CT n'a pas dépassé 20% depuis ; 4/ un échec lors d'une activité en milieu de soins n'est pas pathognomonique d'une IT au long cours, en cas de démotivation ; 5/ malgré la déclaration d'un état réfractaire au traitement antidépresseur, nous n'avons aucun monitoring venant renforcer cette assertion ; 6/ malgré l'assertion d'IT totale depuis 07, il est difficile à l'expert de déterminer avec la précision la date de réapparition des symptômes dépressifs ; 7/ les LF n'expliquent pas par leur nature une IT psychiatrique typique d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique ; 8/les diagnostics sans répercussion sur la CT ne sont pas listés alors que l'anamnèse en déterminerait un certain nombre, et que des traits de personnalité dépendante seraient retenus ; 9/ il reste difficile de croire qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, puisse être incapacitant sans une comorbidité telle qu'un trouble de la personnalité (ici un trait, non répertorié pour rappel), et sans syndrome somatique (incohérent sur le plan diagnostic). Nous sommes donc vraiment dubitatifs et réitérons notre avis que cette expertise n'est pas probante. »

Par déterminations du 28 novembre 2014, la recourante a contesté les critiques que le SMR porte sur l'expertise du Z.\_\_\_\_\_, au motif principal que ces critiques — à supposer qu'elles soient justifiées — ne portent pas sur des points essentiels du rapport et ne sont donc pas réhabilitoires. Elle reprend les critiques du SMR en déclarant que celles-ci sont sans fondement :

« 1) selon le SMR, le status clinique serait pauvre et peu détaillé et ne répondrait pas aux standards habituels ; pour étayer sa critique, le SMR se réfère aux pages 5, 6 et 7 de son propre rapport du 28 janvier 2009 (« rapport du SMR »).

Sur le plan formel, la référence du SMR est fautive, car son rapport portait à la fois sur un examen clinique rhumatologique et sur un examen clinique psychiatrique ; dès lors, le status clinique portait également sur ces deux aspects, raison pour laquelle il était plus

long que celui du Z. \_\_\_\_\_ qui, lui, ne portait que sur un examen psychiatrique, raison pour laquelle son status clinique était plus bref. Cela étant, sur le fond, à sa lecture, il apparaît que le status clinique psychiatrique dans le rapport du SMR n'est pas plus long, ni plus détaillé que établi dans le rapport du Z. \_\_\_\_\_ ; en outre, les status cliniques des deux rapports couvrent les mêmes aspects cliniques (hygiènes, présentation, examen, etc.) de la recourante.

2) selon le SMR, le rapport du Z. \_\_\_\_\_ n'expliquerait pas clairement quels sont les signes de la CIM 10 qui amèneraient au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.1).

Or, contrairement à l'opinion du SMR, le rapport du Z. \_\_\_\_\_ met clairement en évidence au moins 2 critères majeurs A et 3 critères mineurs B comme exigé par la CIM 10 pour un épisode moyen (et non pas 3 majeurs A et 4 mineurs B comme indiqué par le SMR) en effet, il y est clairement établi :

a. une symptomatologie dépressive (critère A : humeur dépressive) (pp. 14-15 du rapport du Z. \_\_\_\_\_) ;

b. une symptomatologie anxieuse et une thymie abaissée (critère A : diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir) (p. 13) ;

c. un ralentissement psychomoteur (critère C) (p. 13), soit un critère qui participe à la définition d'un épisode sévère, et serait donc à même de qualifier l'épisode dépressif de la recourante au moins en un épisode moyen ;

d. les difficultés de la recourante à se sentir en confiance (critère B manque de confiance en soi) (p. 13) ;

e. un sentiment d'injustice (critère B : sentiment de dévalorisation) (p. 13) ;

f. la recourante ne dors pas tranquillement, et fait des cauchemars, ainsi que des reviviscences d'événements (critère B : perturbation du sommeil) (p. 13) ;

g. l'appétit de la recourante varie également (critère B diminution de l'appétit) (p. 13)

soit 2 critères A, 4 critères B et 1 critères C.

Autrement dit, le status psychiatrique de la recourante remplit manifestement tous les critères pour être qualifié d'épisode sévère (notamment en raison du critère C) ; or, la qualification d'épisode moyen dans le rapport du Z. \_\_\_\_\_ est plutôt favorable au SMR, les critiques de ce dernier sur ce point sont donc manifestement injustifiées.

[...]

5) selon le SMR l'absence de monitoring ne permettrait pas de renforcer l'assertion selon laquelle la recourante serait réfractaire aux traitements antidépresseurs.

Or, contrairement à l'avis du SMR, l'absence de monitoring n'invalide pas la constatation que les traitements antidépresseurs n'avaient aucun effet sur la recourante, puisque les divers examens psychiatriques ou psychologiques au dossier ont été faits à intervalles plus ou moins réguliers, et ont tous constaté la persistance des symptômes dépressifs chez la recourante. Au demeurant, l'OAI-VD aurait très bien pu mettre sur pied un tel monitoring s'il avait eu des doutes quant à l'efficacité des traitements antidépresseurs de la recourante. Il est donc aujourd'hui malvenu de reprocher ce manque d'information, alors qu'il lui eut appartenu de s'en charger dans le cadre de son devoir d'instruction du dossier. Encore une fois, la critique du SMR est sans fondements.

6) selon le SMR, il serait difficile à l'expert du Z.\_\_\_\_\_ de déterminer avec précision la date de réapparition des symptômes dépressifs chez la recourante.

Or, contrairement à l'avis du SMR, le rapport du Z.\_\_\_\_\_ indique clairement à son point 2.5 que la recourante était incapable de travailler à 20% au moins dès le 1<sup>er</sup> mai 2007. En outre, même à supposer qu'il fut difficile de déterminer la date de réapparition des symptômes dépressifs chez la recourante, il n'en reste pas moins ce que ceux-ci sont aujourd'hui bien présents chez elle. La critique du SMR est donc ici aussi sans fondement.

[...]

9) finalement, selon le SMR, il serait difficile de croire qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, puisse être incapacitant sans une comorbidité telle qu'un trouble de la personnalité, etc.

S'agissant d'une opinion du SMR, la recourante n'a pas de déterminations à faire, hormis qu'elle conteste cette opinion.

A titre superfétatoire, la recourante relève que l'expertise sur laquelle s'appuie l'OAI date de janvier 2009, alors que la présente expertise du Z.\_\_\_\_\_ est beaucoup plus récente puisque la recourante a été examinée fin 2013, et que le rapport a été émis le 11 septembre 2014. En raison de cette proximité temporelle, le rapport du Z.\_\_\_\_\_ doit être considéré comme étant beaucoup plus probant que l'expertise du SMR, car il capture mieux et au plus près la réalité psychiatrique de la recourante.

[...] »

Le 15 décembre 2014, l'OAI s'est déterminé comme il suit :

« [...]

3. La recourante considère que l'avis du SMR serait isolé lorsqu'il évoque une rémission de la symptomatologie. Or, tel n'est pas le cas, comme on pourra s'en convaincre à la lecture du rapport de H.\_\_\_\_\_ du 14 août 2008, laquelle connaît bien la situation de l'intéressée (suivi depuis 2004). Il en ressort que la symptomatologie dépressive avait disparu à ce moment, que l'état était stabilisé et le

traitement anti dépresseur interrompu, et que le traitement se focalisait dès lors sur la prévention des «rechutes » (le terme choisi est significatif). En d'autres termes, les médecins traitants de l'H. \_\_\_\_\_ attestaient d'une rémission en août 2008, et le SMR en a fait de même en février 2009. Nous nous estimons donc légitimés à nous interroger quant au fait que les psychiatres désignés comme experts aient conclu à une incapacité de travail totale ininterrompue depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007.

[...]

5. Si l'absence de monitoring ne permet pas d'invalider l'hypothèse que la médication psychotrope serait sans effet sur la recourante, elle ne la valide pas pour autant. Il était légitime d'attendre des experts, dès lors qu'ils ont eux-mêmes affirmé que dite médication était sans influence sur la symptomatologie psychique, qu'il fasse procéder aux analyses nécessaires afin d'écarter, ou cas échéant de prendre en considération, l'éventualité d'un suivi non adéquat du traitement dont il s'agit.

[...]

Compte tenu de ce qui précède, nous persistons à penser que les réserves émises par le SMR quant à la valeur probante de l'expertise du Z. \_\_\_\_\_ sont fondées, et maintenons donc notre position. »

Le 26 janvier 2015, le juge instructeur a décidé de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès des Drs Q. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.  
Le 20 janvier 2016, les experts ont rendu leur complément d'expertise qui a la teneur suivante :

**« QUESTIONS FIGURANT DANS LE COURRIER DU 26 JANVIER 2015 DE MADAME LA JUGE DI FERRO DEMIERRE**

1. En ce qui concerne l'incapacité de travail, vous indiquez que l'expertisée a présenté à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007 une capacité de travail sur le plan psychiatrique qui a fluctué en fonction de l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs, mais qui n'a plus dépassé 20% (rapport d'expertise p. 17). En page 20 du rapport, vous précisez que « dans le rapport médical effectué en été 2008 et adressé à l'OAI par les thérapeutes de l'H. \_\_\_\_\_ d' [...], la symptomatologie dépressive est décrite comme s'étant amendée. En janvier 2009, moment de l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR, le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen (anamnestique) en rémission complète est retenu. Il est difficile de déterminer avec précision le moment de la réapparition des symptômes dépressifs et anxieux dont l'intensité a pu varier en fonction notamment des facteurs de stress auxquels l'expertisée s'est retrouvée confrontée depuis lors, comme par exemple les difficultés avec son mari, avec ses enfants, les difficultés financières, les procédures judiciaires, etc. » Vous semblez dès lors admettre deux périodes de rémission, en été 2008 et janvier 2009, mais en même temps attester une incapacité de travail durable de 80% à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007. Ces deux affirmations paraissent

contradictoires. Vous voudrez bien vous déterminer sur ce qui précède et indiquer, le cas échéant, la longueur des éventuelles rémissions ou si celles-ci ne vous paraissent de toute façon pas déterminantes dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent.

REPONSE : Nous avons retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, survenu dans le contexte intriqué d'un certain nombre de facteurs de stress, notamment un traumatisme d'origine sexuelle probable et d'une certaine fragilité caractérologique (traits dépendant de la personnalité) non constitutifs d'un trouble en soi, mais qui participent à limiter durablement les capacités adaptatives. Dès lors, il apparaît qu'il est mal aisé de pouvoir obtenir une simple équation qui lierait de manière directe et ferait évoluer en parallèle l'expression manifeste des symptômes (dépressifs et anxieux) et la capacité de travail. En effet, si par périodes, Madame K. \_\_\_\_\_ a pu paraître moins symptomatique aux personnes qui l'ont examinée, nous estimons toutefois, compte tenu de l'intrication des éléments décrits ci-dessus, que cela n'a pas eu d'influence significative sur sa capacité de travail. Les périodes décrites comme en rémission ne paraissent dès lors pas contradictoires avec notre appréciation d'une incapacité durable d'au moins 80% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007.

2. En raison de la sévérité des troubles psychiques, plus aucune activité ne paraît envisageable. En effet, malgré une prise en charge spécialisée avec la prise d'un traitement psychotrope antidépresseur, nous relevons chez l'expertisée la persistance et la cristallisation sur un mode traumatique d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, dont l'intensité varie en fonction notamment des facteurs de stress auxquels elle peut être soumise (rapport p. 18). En ce qui concerne la constatation d'un état réfractaire au traitement antidépresseur, vous avez indiqué que vous vous êtes adressés au psychiatre traitant de l'expertisée la Dresse D. \_\_\_\_\_, qui vous a notamment précisé avoir augmenté le dosage du Surmontil à 50 mg/jour au mois de février 2014 (rapport p. 11). Pour quels motifs n'avez-vous pas ressenti la nécessité de procéder à un monitoring ou à des analyses topiques pour renforcer ces affirmations ou confirmer le suivi adéquat du traitement par l'expertisée ?

REPONSE : Dans ce type de situation, la réponse pharmacologique que l'on peut attendre d'un traitement antidépresseur est habituellement faible et n'influence, le cas échéant, que très partiellement l'expression symptomatique. Comme développé dans notre rapport d'expertise du 11 septembre 2014 ainsi qu'à la question précédente, il nous apparaît que le simple contrôle de l'expression symptomatique, à supposer qu'il serait possible au moyen dudit traitement pharmacologique, n'aurait selon nous pas d'impact sur la capacité de travail. Ainsi, il ne nous apparaît pas utile dans ce type de situation de procéder à des examens biologiques.

3. Pour quels motifs n'avez-vous pas listé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, alors que vous avez notamment retenu des traits de personnalité dépendante ?

REPONSE : Comme indiqué à la réponse 1 supra, les traits de personnalité décrits ne correspondent pas à un diagnostic stricto sensu retenu par la CIM-10 par exemple et ne peuvent donc pas être

listés comme tel. Toutefois, ces aspects de personnalité sont suffisamment présents pour contribuer durablement aux importantes difficultés que présente Madame K.\_\_\_\_\_ à faire face de manière suffisamment adaptée aux divers stressseurs et traumatismes auxquels elle a été confrontée.

**QUESTIONS DE L'AVOCAT MAÎTRE ETIENNE J. PATROCLE FIGURANT DANS LE COURRIER DU 16 FÉVRIER 2015**

Quel était le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et une activité adaptée, en mars 2011, date de la décision de refus de rente de l'OAI ?

REPONSE : Cf réponse à la question 1 supra.

Comment cette incapacité a-t-elle évolué entre cette date et la date de l'examen de K.\_\_\_\_\_ à fin 2013 ?

REPONSE : Cf. réponse à la question 1 supra.

Quel pouvait être le pronostic en mars 2011 et à fin 2013 ?

REPONSE : A la page 15 de notre rapport d'expertise, nous avons écrit « Etant donné ce qui précède, il est difficile d'imaginer Madame K.\_\_\_\_\_ en mesure de pouvoir faire face au stress que représenterait la reprise d'une activité professionnelle. En 2013, il n'a même pas été possible pour elle de maintenir une activité dans un milieu de soins (ergothérapie) sur le long terme. Ses capacités adaptatives, déjà passablement réduites, se retrouveraient selon toute probabilité dépassées, avec une accentuation de la symptomatologie, notamment dépressive et anxieuse ». Nous n'avons pas mis en évidence d'éléments suggérant une variation du pronostic en mars 2011 et à fin 2013.

Avez-vous constaté une évolution des atteintes psychiatriques, et de l'incapacité de travail de K.\_\_\_\_\_ entre le premier entretien, en octobre 2013 et le dernier entretien en décembre 2013 ?

REPONSE : Non, comme explicité dans notre rapport d'expertise, ainsi que dans les réponses aux questions précédentes, Madame K.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années une symptomatologie dépressive et anxieuse dont l'intensité varie en fonction notamment des facteurs de stress auxquels elle peut être soumise et qu'il est mal aisé de pouvoir obtenir une simple équation qui lierait de manière directe la présence manifeste des symptômes (dépressifs et anxieux) et la capacité de travail, qui selon nous n'a plus dépassé 20% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007.

**QUESTION DE L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ FIGURANT DANS LE COURRIER DU 16 FÉVRIER 2015**

Pouvez-vous, d'une part, citer les critères prévus par la CIM 10 qui vous ont amenés à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), et, d'autre part, indiquer clairement pour quels motifs ce diagnostic pourrait être incapacitant malgré l'absence de trouble de la

personnalité (il n'est fait état que de traits) en l'absence de syndrome somatique ?

REPONSE : Cf. réponses aux questions 1 et 2 supra. »

Le 22 février 2016, l'OAI a maintenu que l'expertise, tout comme son complément, n'étaient pas probants. Il se fonde sur un avis du Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR du 1<sup>er</sup> février 2016, cosigné par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a la teneur suivante :

«[...]»

1/ Notre réponse : aux questions du TCA : 1/ l'argumentation alambiquée retenant un trouble dépressif récurrent, sans qualification démontrée de sa force, l'absence de trouble de la personnalité, sans résultante directe sur la CT, paraît sujette à caution. Nos confrères arguent que l'assurée aurait pu paraître moins symptomatique aux confrères qui l'avaient examinée : cela paraît douteux ; et de ce fait cela n'aurait pas eu d'influence significative sur sa CT, qui serait presque nulle depuis le 01.05.07. Nous faisons remarquer que les experts Z. \_\_\_\_\_ n'étant pas présents à l'époque, ces assertions paraissent douteuses au vu du nombre de confrères ayant constaté les faits.

2/ en ce qui concerne le monitoring, le Z. \_\_\_\_\_ réplique que la réponse des antidépresseurs est faible et n'influence que peu le symptomatique (!). Selon eux, un simple contrôle du symptomatique serait suffisant, et le monitoring ne serait pas utile. Nous sommes un peu perplexes devant ces affirmations qui vont à l'encontre de « l'évidence based medicine », de la surveillance thérapeutique, des orientations de traitements. Finalement le Z. \_\_\_\_\_ met en doute l'efficacité des antidépresseurs et autres psychotropes, ce qui nous étonne. On se demande aussi pourquoi les autres spécialistes le font lors des expertises, y compris avec un bilan bio standard, voire le contrôle des addictions. On pourrait en plus juste suggérer au tribunal de demander à l'assurée de présenter les relevés fiscaux des dépenses d'antidépresseurs concernant le Surmontil 50mg/j depuis 2007, histoire de voir.

3/ en ce qui concerne les diagnostics sans répercussion sur la CT, la réponse Z. \_\_\_\_\_ est étonnante dans la mesure où tous les autres experts le font. Le Z. \_\_\_\_\_ se contredit en plus dans la mesure où il affirme que même s'ils contribuent à d'importantes difficultés, il n'est pas besoin de les signaler puisqu'ils ne correspondraient pas à un diagnostic stricto sensu : ce qui de notre avis est faux car un trait correspond à une gradation clinique. Visiblement ces experts ne sont pas habitués aux expertises

[...]

Au total, nous confirmons que selon nous, cette expertise et son complément ne revêtent pas une pleine valeur probante, les points litigieux importants ne faisant pas l'objet d'une étude fouillée, basée

sur les critères de la CIM-10, les conclusions étant peu motivées, et la structure de l'expertise ne répondant pas aux standards habituels (status clinique pauvre et peu détaillé : par ex. vie quotidienne manquante, comment est-elle venue etc) nous ne suivons pas les conclusions de cette expertise, au vu des discordances et incohérences retenues. Plaise au tribunal de donner la suite à bien plaire à ce dossier. »

Le 1<sup>er</sup> avril 2016, la recourante s'est déterminée sur le rapport complémentaire d'expertise du Z.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2016, et sur l'avis médical du SMR comme il suit :

« [...]

1) L'élément déterminant du cas d'espèce est le « contexte intriqué » des différents facteurs psychologiques invalidant (rapport complémentaire, p. 2), ce que met très bien en évidence le rapport du Z.\_\_\_\_\_, et ce qu'a confirmé verbalement au conseil soussigné, le Dr D.\_\_\_\_\_, la médecin-psychiatre traitante actuelle de la recourante. Dès lors, il est malaisé, voire inadéquat, de réduire le cas de la recourante aux simples critères de la CIM-10 comme le voudrait le SMR.

Par ailleurs, le SMR reproche aux experts du Z.\_\_\_\_\_ de s'exprimer sur une situation de la vie de la recourante alors qu'ils n'étaient « pas présents à l'époque » (avis du SMR, § 4), soit en 2008-2009 ; or, cette critique tombe à faux, car autant les experts de 2008-2009 ont-ils constaté l'état de la recourante à un moment donné, autant ceux du Z.\_\_\_\_\_ de 2014 ont-ils constaté l'état de la recourante à un autre moment donné, mais avec l'avantage déterminant du recul dans le temps ; en effet, les experts du Z.\_\_\_\_\_, contrairement aux experts de 2008-2009, ont pu constater l'évolution de l'état de la recourante entre 2008 et 2014 et conclure, en toute connaissance de cause, à l'absence d'amélioration, voire à une évolution défavorable, ce point fait toute la différence entre l'appréciation de 2008-2009 sur laquelle s'appuie le SMR, et celle du Z.\_\_\_\_\_ faite en 2014, laquelle bénéficie d'avoir pu suivre l'évolution de l'état de la recourante et en tirer les conclusions qui s'imposent, rendant l'expertise du Z.\_\_\_\_\_ de 2014 d'autant plus probante.

Dès lors, il y a lieu de suivre les conclusions des experts du Z.\_\_\_\_\_ et admettre avec eux, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante était incapable de travailler à 80% depuis mai 2007.

2) La Dr D.\_\_\_\_\_ confirme également l'avis des expert du Z.\_\_\_\_\_ que le traitement médicamenteux, certes utile, n'a que peu d'impact en comparaison d'une prise en charge psychothérapeutique (rapport complémentaire, p. 3) ; or, affirmer cela, ce n'est pas mettre en doute l'efficacité des antidépresseurs comme le pense le SMR (avis du SMR, §5), mais bien plutôt mettre en ordre de priorité les traitements, et leur impact sur le malade, et, par conséquent, les analyses médicales éventuelles à effectuer.

[...]

3) La Dr D.\_\_\_\_\_ confirme aussi l'avis des experts du Z.\_\_\_\_\_ selon lequel la recourante n'aurait pas de trouble de la personnalité, mais des traits de personnalité dépendante qui l'empêchent de façon rédhitoire de mobiliser ses ressources pour «remonter la pente» et travailler.

Finalement, le fait pour les experts du Z.\_\_\_\_\_ de ne pas faire la liste des diagnostics sans répercussion ne rend pas l'expertise moins probante, ce d'autant que l'argumentation générale des experts du Z.\_\_\_\_\_ motivant l'incapacité de travail de la recourante est parfaitement convaincante.

[...] »

Le 26 avril 2016, l'OAI a maintenu sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit de K. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2008.

**3.** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008; cf. anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

**4.** 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 indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. 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 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références).

**5. a)** Les experts du Z. \_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, avec un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique au moment de l'évaluation (F33.10). Cette symptomatologie est présente depuis plusieurs années et d'intensité variable. Une succession d'événements vécus comme traumatiques participent à la réapparition, au maintien ou à l'accentuation de la symptomatologie dépressive et anxieuse qui paraît s'enkyster, en outre, se greffent des symptômes psychologiques compatibles avec des séquelles d'abus sexuels ; à cela s'ajoutent également des traits dépendants de la personnalité qui limitent la capacité adaptative, notamment face au stress d'un emploi, résultant en une décompensation de l'équilibre psychique antérieur, causant ainsi le développement de la symptomatologie dépressive et anxieuse qui persiste et se chronicise en

dépit d'une prise en charge spécialisée et d'un traitement psychotrope (cf. rapport d'expertise pp. 14-16). Autrement dit, en raison des troubles psychiques ci-dessus, la recourante est totalement incapable de travailler, sans capacité d'adaptation aucune quelque soit l'activité exercée, et ce depuis au moins le 1<sup>er</sup> mai 2007 (cf. rapport d'expertise pp. 16-17) ; en outre, aucune mesure de réadaptation, ni activités exigibles, ne sont envisageables (cf. rapport d'expertise pp. 17-19).

Les experts ont clairement exposé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent est survenu dans le contexte intriqué d'un certain nombre de facteurs de stress, notamment un traumatisme d'origine sexuelle probable et d'une certaine fragilité caractérologique (traits dépendant de la personnalité) non constitutifs d'un trouble en soi, mais qui participent à limiter durablement les capacités adaptatives de la recourante. Elle présente ainsi depuis plusieurs années une symptomatologie dépressive et anxieuse dont l'intensité varie en fonction notamment des facteurs de stress auxquels elle peut être soumise. En ce qui concerne les périodes décrites en rémission par le SMR, les experts ont expliqué que, si par périodes, la recourante avait pu paraître moins symptomatique aux personnes qui l'ont examinée, cela n'avait pas eu d'influence significative sur sa capacité de travail compte tenu de l'intrication des éléments décrits ci-dessus, raison pour laquelle ils retenaient une incapacité de travail durable d'au moins 80% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007.

Le SMR reproche encore au rapport du Z.\_\_\_\_\_ de ne pas expliquer en quoi les traits de personnalité décrits par les experts seraient incapacitants pour la recourante. Or contrairement à cet avis du SMR, les experts expliquent clairement que, bien que ces traits de personnalité ne constituent pas encore un trouble de la personnalité, ils participent à la réduction des capacités adaptatives de la recourante, capacités « pouvant être dépassées dans des contextes d'événements stressants, comme ceux vécus ces dernières années, avec comme conséquence, une décompensation de l'équilibre psychique antérieur qui perdure actuellement ». Il en résulte que « cette décompensation se manifeste

chez la recourante par le développement de la symptomatologie décrite [dans le rapport] qui persiste et se chronicise, et ce malgré une prise en charge spécialisée régulière et la prise d'un traitement psychotrope (antidépresseur) ». Finalement, le rapport du Z.\_\_\_\_\_ conclut de façon convaincante qu'« il est difficile d'imaginer [la recourante] en mesure de pouvoir faire face au stress que représenterait la reprise d'une activité professionnelle. En raison de la sévérité des troubles psychiques, plus aucune activité ne paraît envisageable ».

Selon le SMR, l'appréciation dans le rapport du Z.\_\_\_\_\_ serait courte, peu motivée, et contradictoire avec la prétendue rémission complète qui aurait été constatée en 2008 et 2009. Contrairement à l'avis du SMR, le rapport du Z.\_\_\_\_\_ est parfaitement motivé comme vu ci-dessus et son éventuelle brièveté ne préjuge en rien de sa qualité. En outre, il est en parfaite ligne avec les avis des autres médecins et psychologue, en particulier les rapports de C.\_\_\_\_\_ du 6 avril 2011, du DrR.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2007, des médecins de H.\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2007 ainsi que des Drs [...] et [...] du 12 octobre 2006, lesquels démontrent tous bien la persistance de la symptomatologie dépressive chez la recourante, symptomatologie dépressive confirmée par les multiples hospitalisation de la recourante en 2006 et 2011, suite à ses tentatives de suicide. En réalité, c'est bien le rapport du SMR *qui* se démarque des avis des autres médecins en concluant à une prétendue rémission totale. Or, cette rémission n'était que temporaire et ponctuelle. L'analyse faite dans le rapport du SMR n'a pas pris en compte la capacité de travail à long terme de la recourante, contrairement à ce qu'a fait de façon convaincante le rapport du Z.\_\_\_\_\_.

Selon le SMR, un échec lors d'une activité dans un milieu de soins ne démontrerait pas une incapacité de travail à long terme. Or contrairement à l'avis du SMR, cet échec professionnel attesté n'est pas pris en compte dans le rapport du Z.\_\_\_\_\_ comme un élément déterminant de l'appréciation du cas, mais uniquement mentionné dans le status clinique. Au surplus, les experts ont exposé les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas procédé à un monitoring. Ce n'est pas en

raison du fait qu'ils mettent en doute l'efficacité des antidépresseurs de manière générale comme le relève à tort le SMR, mais au motif que le traitement antidépresseur n'influence que très partiellement l'expression symptomatique dans le cas de figure de l'assurée par rapport à une psychothérapie par exemple et qu'il est bien plus probant en l'espèce d'examiner l'expression symptomatique de l'assurée plutôt que d'effectuer des examens biologiques.

**b)** En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de l'expertise judiciaire du Z.\_\_\_\_\_ tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permet (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Or les éléments évoqués par l'OAI ne sauraient constituer de tels indices. En effet, l'administration se contente de contester l'expertise du Z.\_\_\_\_\_ principalement sur des points de forme (cf. avis du SMR, p. 2, §5 : « la structure de l'expertise ne répondant pas aux standards habituels »), mais non de fond. En effet, l'OAI, en se fondant sur les avis du SMR, s'attarde sur des points de détails, tel que le fait que les experts n'ont pas décrit l'arrivée de la recourante à l'examen ni n'ont listé les traits de la personnalité sous la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Ce faisant, l'office s'en prend à l'aspect formel de l'expertise critiquée mais ne démontre pas en quoi son contenu - qui est seul déterminant pour juger de sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a) - serait erroné. En conséquence, tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont bel et bien fait l'objet d'un traitement approprié. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assurée et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions des experts, selon lesquelles la recourante présente sur le plan psychique une incapacité de travail complète à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007. Ils ont également posé un diagnostic en s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3

et 6). Dans ces circonstances, en l'absence de critique concrète ou fondée, on ne saurait s'écarter des conclusions des experts du Z.\_\_\_\_\_.

Finalement, on relèvera que les médecins du SMR, qui se sont prononcés sur l'expertise du Z.\_\_\_\_\_, ne sont pas spécialistes en psychiatrie et que les experts ont pu préciser et se déterminer dans leur complément d'expertise sur les prétendues contradictions relevées par le SMR et sur les réserves émises par celui-ci.

**6. a)** L'art. 30 al. 3 Cst., selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Le droit à des débats existe seulement pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 § 1 CEDH, lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (cf. ATF 128 I 288 consid. 2). L'art. 6 § 1 CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement. L'obligation d'organiser des débats publics au sens de cette disposition suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins ou à une inspection locale) ne suffit pas à fonder une telle obligation (cf. ATF 122 V 47 consid. 2c et 3a). Saisi d'une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics, le juge cantonal doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 § 1 seconde phrase CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (cf. ATF 122 V 47 consid. 3b).

**b)** Par réplique du 30 décembre 2011, la recourante se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral en la cause 9C\_198/2011 a requis en complément aux mesures d'instruction déjà requises, la mise en œuvre de débats publics, savoir pour elle la possibilité de présenter oralement ses

arguments. Elle a requis en revanche que leur présentation soit faite à huis-clos vu la nature intime et délicate de la cause. Or la tenue d'une audience à huis clos exclut précisément des débats publics. Partant, la requête de débats publics déposée par la recourante était contradictoire et pas claire au sens de la jurisprudence précitée, de sorte qu'il ne saurait lui être donné suite. Au surplus, compte tenu des conclusions de l'expertise du Z.\_\_\_\_\_ qui permettent de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007, l'audition de cette dernière n'est pas nécessaire, tout comme la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

**7.** Au vu des conclusions des experts du Z.\_\_\_\_\_, il convient de retenir que l'assurée présente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 une incapacité de travail complète sur le plan psychique ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. Partant, la décision litigieuse allouant à la recourante une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 novembre 2008 en raison d'atteintes somatiques doit être réformée, en ce sens que la recourante a également droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2008. Elle est maintenue pour le surplus.

**8. a)** 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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 3'500 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure. Ce montant est mis à la charge de l'OAI, qui succombe, et couvre l'indemnité d'office de Me Patrocle pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 12 janvier 2017 (soit notamment pour les déterminations après expertise, le questionnaire complémentaire d'expertise et les déterminations après complément d'expertise). Il est

précisé à cet égard que le précédent conseil de l'assurée, Me Duc, a déjà reçu une indemnité d'office de 3'709 fr. 45 pour la période du 5 avril 2011 au 31 octobre 2013 (soit notamment pour la rédaction des écritures et la mise en œuvre de l'expertise).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 7 mars 2011 est réformée en ce sens que K.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2008 et est confirmée pour le surplus.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Patrocle (pour K. \_\_\_\_\_),
- 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 :