

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Neu et Monod, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A. _____, à Chavannes-près-Renens, recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. Originaire de Turquie, A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1973, mariée et mère de trois enfants, nés respectivement en 1997, 2003 et 2005, est arrivée en Suisse en 1995. Au bénéfice d'un permis d'établissement, elle a travaillé dès le 15 mai 2000 au taux de 100% en tant qu'ouvrière plasticienne au service de l'entreprise R. _____ SA.

Le 12 novembre 2009, à l'occasion de la journée « Osez tous les métiers », le fils aîné de l'assurée, S. _____, né en 1997, a accompagné sa mère sur son lieu de travail. La matinée se serait bien déroulée, mais en début d'après-midi, la secrétaire de direction serait intervenue en prenant l'enfant par le bras pour lui faire quitter les lieux au motif que sa présence n'aurait pas été autorisée. Ce faisant, elle aurait tenu des propos désobligeants à l'endroit de l'assurée. Se sentant humiliée d'avoir été traitée de la sorte en présence de tiers et de son fils, l'assurée serait rentrée chez elle après être restée un certain temps dans le vestiaire. Elle n'aurait ensuite pas répondu aux appels téléphoniques de son employeur.

Ensuite de cet incident, A. _____ a consulté le Dr C. _____, médecin généraliste traitant, qui a retenu une incapacité complète de travail dès le 14 novembre 2009, en raison d'un état de stress post-traumatique se manifestant par des cauchemars, des vertiges ainsi que des pleurs fréquents. Il a également relevé un trouble somatoforme douloureux se traduisant par des douleurs abdominales et des céphalées, ainsi qu'un état anxio-dépressif (certificat médical du 22 février 2010). Dans un rapport médical du 28 mars 2010 à l'intention de l'assureur perte de gain F. _____, le Dr C. _____ a noté une amélioration de la symptomatologie dépressive - celle-ci ayant été qualifiée d'importante -, avec une diminution de la fréquence des pleurs, ceux-ci réapparaissant toutefois à l'évocation des événements du 12 novembre 2009. Il a pronostiqué une évolution « assez favorable ». S'agissant de la capacité

de travail, il a noté une bonne évolution, ajoutant qu'une activité à plein temps serait bientôt possible. Il a pour le surplus renvoyé à l'appréciation de la Dresse B._____, psychiatre traitant, à laquelle le Dr C._____ a adressé l'intéressée. Réservant son pronostic, la Dresse B._____ a confirmé une incapacité totale de travail depuis le 12 novembre 2009, excluant pour le surplus toute reprise d'une activité professionnelle (rapport du 3 mai 2010 destiné à l'assureur perte de gain).

Le 24 juin 2010, l'employeur de l'assurée a résilié le contrat de travail au 31 juillet suivant, au motif que le délai de protection était écoulé. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle et émerge depuis lors aux prestations des services sociaux.

B. a) Le 11 mai 2011, A._____ a déposé, par le truchement des Drs C._____ et B._____, une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI). Elle a fait état d'atteintes à la santé sur le plan physique (vertiges, céphalées tensionnelles) et psychique (dépression).

b) Le 12 mai 2011, l'office AI a demandé à l'assureur perte de gain de lui faire parvenir le dossier médical de l'assurée, ce qu'il a fait le 16 août 2011. Outre diverses pièces médicales (dont le certificat du 22 février 2010 et le rapport du 28 mars 2010 du Dr C._____ ainsi que celui du 3 mai 2010 de la Dresse B._____) et administrative (décision d'octroi d'indemnités journalières du 27 octobre 2010), le dossier contient une expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'assureur perte de gain (APG) par le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, conjointement avec une psychologue.

Dans son rapport du 22 juillet 2010, l'expert a posé les diagnostics suivants selon le DSM-IV:

« Axe I: Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère à moyenne.

Présentation très hystérisée.

Axe II: Nihil.

Axe III: Nihil.

Axe IV: Conflit professionnel le 12.11.2009. »

Dans son rapport, l'expert résume les pièces médicales au dossier (pp. 2-3), procède à une anamnèse circonstanciée (pp. 4-7), décrit les indications subjectives de l'assurée (p. 8), rend compte des tests psychométriques effectués (pp. 9-13) ainsi que du status clinique (pp. 14-15). Sous la rubrique « discussion », l'expert a exposé ce qui suit:

« Mme A. _____ est une femme d'origine turque, née dans un petit village près de la Mer Noire, le [...]. Elle a eu une enfance tout à fait heureuse, sans notion de carence affective ou de maltraitance. On ne retient pas de trouble psychiatrique ou psychosomatique dans sa famille proche et étendue, qui puisse valoir pour un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. Jusqu'aux faits qui nous occupent, Mme A. _____ a toujours bien fonctionné, au niveau personnel, familial, social et professionnel. Néanmoins, en Suisse depuis 1975 [recte: 1995, réd.], Mme A. _____ ne maîtrise que de manière très parcellaire le français. On peut estimer que l'intégration socio-culturelle est relativement limitée.

(...)

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par Mme A. _____, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

D'un point de vue psychopathologique, l'hypothèse d'un état de stress post traumatique, compte tenu même de la définition de l'ICD-X et du DSM-IV ne peut pas être retenue. Il s'agit d'une utilisation largement abusive de ce diagnostic. On peut évoquer dans ce cas, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, qui s'est structuré en état dépressif majeur. L'évolution, selon la Dresse B. _____ et le Dr C. _____, serait légèrement favorable. Il existe donc une importante discordance entre les éléments objectifs et subjectifs. De notre point de vue, cette symptomatologie dépressive est légère mais prend une teinte très hystérisée.

Lorsque nous l'examinons, on relève une patiente assez dramatique, plaintive, implicitement revendicatrice. Mme A. _____ semble mettre en échec tous les possibles, déclarant que c'est l'état de son fils qui pourrait déterminer une amélioration psychologique la concernant. Elle souhaite également passer 3 à 4 semaines en Turquie pour consolider son état. Mme A. _____ donne un sentiment relativement mitigé.

L'évaluation est bien difficile à faire, vu la discordance entre les éléments objectifs et subjectifs. En cela, cela explique par avance la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, ce dernier faisant par nature le postulat de sincérité de son patient. On peut s'étonner d'une évolution aussi négative pour une altercation certes forte, mais qui est le seul événement véritablement stressant que Mme A. _____ ait connu en 10 ans d'occupation au sein de cette entreprise. On ne retrouve aucun élément traumatique précédent qui aurait pu expliquer cette évolution particulièrement bruyante.

L'évolution clinique suggère "une forme de sinistrose" chez une patiente relativement jeune, qui paraît mettre en échec tous les possibles lorsque l'on envisage la reprise d'une activité professionnelle. De toutes manières, Mme A. _____ n'envisage pas de retourner chez son employeur. Elle évoque déjà d'éventuelles difficultés face à un nouvel emploi, compte tenu de ses limitations linguistiques et de son absence de qualifications professionnelles. On a le sentiment qu'actuellement des éléments qui sortent du champ médical jouent un rôle prépondérant.

Consilium téléphonique avec la Dresse B. _____, le 14.07.2010

Nous avons discuté des diagnostics: en particulier nous avons fait part de notre désaccord total avec l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique, sur la base d'une altercation au travail, même devant son fils. La Dresse B. _____ reste relativement floue et évasive sur cette situation, estimant néanmoins que les choses vont mieux.

Le dernier rendez-vous avec la Dresse B. _____ a eu lieu le 30.06.2010, le prochain est agendé pour le 08.09.2010, ce qui signifie que la prise en charge médicale n'était pas en rapport avec l'importance des troubles allégués et l'incapacité de travail ne nous paraît actuellement plus justifiée.

Nous nous basons sur l'existence reconnue d'une amélioration par la Dresse B. _____ et au vu de notre examen clinique, nous concluons à une capacité de travail médico-théorique à 50% le jour de notre examen le 24.06.2010, et au plus tard à 100% le 08.09.2010, sauf avis contraire de la Dresse B. _____, dûment motivé qui voit l'assurée ce jour-là. »

c) Se prononçant le 24 octobre 2011 sur les pièces médicales versées au dossier, le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale et rattaché au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a écrit ce qui suit:

« Cette assurée de 38 ans, mariée (mari touche une rente AI) et mère de 3 enfants, n'a pas de formation. Elle travaillait comme ouvrière d'usine jusqu'au début de son IT [incapacité de travail, réd.] pour dépression en novembre 2009, IT qui perdure à l'heure

actuelle. Une première expertise pour l'APG F._____ a eu lieu le 22.07.2010, concluant à un trouble de l'adaptation chez une patiente très hystérisée, en lien avec un conflit sur le lieu de travail. Selon les conclusions de l'expert, l'assurée aurait dû retrouver une CT [capacité de travail, réd.] de 100% dès le 08.09.2010. Or, plus d'un an après, l'assurée est toujours en IT et émerge des services sociaux, qui lui font déposer une demande AI en mai 2011. Depuis lors et malgré des rappels, nous ne parvenons pas à obtenir de renseignements médicaux, tant de la part de la psychiatre Dresse B._____ que du MT [médecin traitant, réd.] Dr C._____, qui ont pourtant signé la demande AI, en mentionnant un "état dépressif suite à un traumatisme psychologique". Dans ces conditions, il faut un complément d'expertise psychiatrique chez le Dr W._____ (selon accord téléphonique de ce jour avec son secrétariat) pour clarifier l'évolution de la CT exigible depuis juillet 2010. »

Le 18 novembre 2011, la Dresse B._____ a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI dans lequel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F 43.1) consécutif à l'événement du 12 novembre 2009, de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de troubles somatoformes (F 45.1), le tout existant depuis le 12 novembre 2009. Réservant son pronostic, elle a confirmé l'incapacité de travail totale dès cette date dans toute profession en raison d'une fatigue, de douleurs, d'angoisses, de tristesse accompagnée de pleurs, de sentiments d'humiliation et de persécution.

Le 2 décembre 2011, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'une expertise médicale ambulatoire auprès du Dr W._____. Il était en outre spécifié ce qui suit:

« Pour des motifs pertinents, il est possible de récuser, par courrier adressé à l'Office AI, l'expert, l'experte ou l'organe chargé de l'expertise (une fois connus les noms des experts nommés pour pratiquer celle-ci) dans un délai de 10 jours. Passé ce délai, d'éventuelles objections ne pourront plus être prises en considération. »

L'assurée n'a pas réagi à cette lettre.

Donnant suite au mandat de l'office AI, le Dr W._____ a procédé à un complément d'expertise, fondé notamment sur deux

entretiens avec l'assurée (24 janvier 2012 et 31 janvier 2012), ainsi que sur des tests psychométriques réalisés le 24 janvier 2012.

Dans son rapport du 26 avril 2012, l'expert a repris la même structure que dans son rapport du 22 juillet 2010 et a posé les diagnostics suivants selon le DSM-IV:

« Axe I: Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère à moyenne.

Trouble somatoforme douloureux.

Axe II: Nihil.

Axe III: Nihil.

Axe IV: Conflit professionnel le 12.11.2009. »

Il a indiqué que les diagnostics figurant sous l'axe I n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail et n'a pour le surplus retenu aucun diagnostic ayant un tel effet. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « discussion »:

« Depuis notre examen du 24.06.2010, l'évolution, en tous les cas subjective, paraît avoir été stationnaire, même défavorable. Mme A. _____ reste dans un sentiment de colère et de revendication vis-à-vis de son ex-employeur et demeure dans une attitude régressive, avec de nombreuses somatisations. Pourtant de nombreux points se sont améliorés, puisque son fils présent lors de l'incident a terminé son suivi psychologique et retrouvé une scolarité normale, et les deux enfants se portent bien. Le mari, lui-même à l'AI depuis 15 ans, est certes peu présent, et d'autre part l'assurée, qui ne dispose pas de femme de ménage, doit bien s'occuper elle-même de toutes les tâches ménagères et de mère y relatives. Mme A. _____ est relativement démonstrative, tend à se montrer dénigrante à l'égard du corps médical ou des assurances, qui ne la comprendraient guère. On peut craindre actuellement une évolution dite sinistrosique.

Quand nous parlons de sinistrose, nous nous référons à la définition de Ferrey et Gagey (...) qui proposent de "*parler de sinistrose sans tenir compte de la bonne ou de la mauvaise foi apparente du patient, mais lorsque la contestation des décisions médicales et administratives, ou bien la discussion des chiffres d'invalidité prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même*".

(...)

Nous ne pouvons que contester formellement et sur le fond, cette utilisation abusive et extensive du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT). Pour parler de stress post-traumatique au sens du DSM-4 et ICD-10, il faut que le sujet soit exposé à des événements traumatiques qui comprennent au moins deux des éléments suivants:

1. Que le sujet ait vécu, ait été témoin, ou ait été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui ait pu être menacée.

2. Que la réaction du sujet à l'événement se soit traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Il semble évident que nous ne nous trouvons pas dans ce cas de figure.

Le conflit avec sa supérieure le 12.11.2009 vécu de manière intense subjectivement ne peut être assimilé à un événement traumatique susceptible d'entraîner un ESPT.

In fine, évoquer un état de stress post traumatique revient à se positionner en-deçà de son rôle médical, en considérant d'emblée exact tout ce que dit la patiente, et ainsi de déterminer quels sont les coupables et les victimes, sans aucun élément objectif, en se substituant ainsi aux Tribunaux. Il s'agit ni plus ni moins d'un abus de l'utilisation de ce diagnostic, qui semble surtout relever ici d'une forme d'identification projective, autrement dit d'identification du thérapeute à sa patiente et à son "statut de victime", sans prise de distance critique.

Enfin, l'hypothèse d'un trouble anxio-dépressif mixte peut certainement être retenu, dont l'intensité est difficile à établir, vu le caractère très démonstratif, voire même quérulent parfois de Mme A._____. L'hypothèse d'un trouble somatoforme ne peut être exclue, mais on relève une assurée non limitée dans ses déplacements et ses mouvements à notre cabinet médical.

Enfin, les tests sériques indiquent une posologie particulièrement faible d'Amitryptiline, autrement dit à des doses infra-thérapeutiques. Le Citalopram (qu'elle ne se rappelle pas prendre ou non !) est non détectable. En tous les cas, la posologie de Saroten est non antidépressive. Mme A._____ n'a apparemment plus de Citalopram actuellement. Il reste du choix du médecin traitant d'introduire un antidépresseur avec une efficacité antidépressive démontrée (par ex. le Cymbalta entre 60 et 120 mg/j, qui possède d'après la littérature un effet légèrement antalgique).

Le médecin par définition se trouve dans [un] rapport de « sollicitude médicale ». Ce type de mandat se caractérise par une mise entre parenthèse du souci des objets et des preuves. Le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce type de relation médicale, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la « sollicitude médicale », c'est Mme

A. _____ qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à Mme A. _____ en tenant a priori pour valide tout ce que Mme A. _____ dit d'elle-même.

Capacité de travail

Nous nous trouvons essentiellement dans le cas de figure d'un trouble somatoforme douloureux.

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster (...) pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant est l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants:

- structure de personnalité
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides
- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »)
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive
- profits tirés de la maladie
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet)

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

On ne peut pas parler ici de perte d'intégration sociale, la comorbidité psychiatrique est relative, et d'autre part le traitement antidépresseur n'est guère efficace. L'évolution se fait plutôt vers la sinistrose. Chez cette patiente jeune, il faut au contraire maintenant lui mettre des limites et renforcer la prise d'autonomie et le retour dans le monde du travail. Un reclassement sous l'égide de l'assurance invalidité n'est pas indiqué, en l'absence de demande motivée en ce sens, et d'autre part rien ne contre-indique la reprise d'une activité d'ouvrière ou toute autre activité peu qualifiée.

En conclusion, nous confirmons l'évaluation de la capacité de travail lors de notre expertise du 24.06.2010, soit 50 % dès le 24.06.2010 et 100 % dès le 08.09.2010 dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation. Par ailleurs, son ancienne activité professionnelle n'est pas contre-indiquée. »

L'expert a ensuite répondu aux questions posées concernant l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail et la réadaptation professionnelle. Il a estimé que les limitations aux plans

physique (somatisations diverses, fluctuantes, mal systématisables et non objectivables), psychique et mental (variation de l'humeur, émotivité, agressivité exprimée sur un mode passif agressif) et social (légère tendance au retrait social) ne suffisaient plus - à compter du 8 septembre 2010 - pour admettre une incapacité de travail. Il a indiqué que l'évolution était favorable d'un point de vue objectif, même si, sur le plan subjectif, l'assurée restait très plaintive, ajoutant que, grâce à un soutien psychothérapeutique et médicamenteux approprié, la capacité de travail devait pouvoir être maintenue.

Le 21 mai 2012, le Dr V. _____ a observé ce qui suit à propos des derniers éléments médicaux recueillis:

« (...) Dans son rapport du 18.11.2011, la psychiatre traitante, Dresse B. _____, parle d'un état de stress post-traumatique suite à une altercation au travail le 12.11.2009, avec aussi un trouble anxieux et dépressif mixte et des troubles somatoformes; elle estime que la CT est toujours nulle. Un complément d'expertise a eu lieu chez le Dr W. _____ le 26.04.2012; au terme d'une revue complète du dossier, d'une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assurée, d'un status psychiatrique approfondi, l'expert confirme les conclusions de sa première expertise. Il explique de manière convaincante que les critères pour un état de stress post-traumatique ne sont pas remplis, que les symptômes dépressifs et anxieux n'ont pas une intensité suffisante pour être incapacitants et qu'une CT entière est exigible depuis septembre 2010. »

Le 23 mai 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui dénier le droit à une rente et à un reclassement professionnel, motif pris que sa capacité de travail était entière dans toute activité dès le 8 septembre 2010. Il était de surcroît précisé que le droit à une rente n'était pas ouvert dès lors que son incapacité de travail - attestée dès le 14 novembre 2009 - avait été inférieure à une année.

Le 15 juin 2012, l'assurée s'est opposée à ce projet, sans expliquer en quoi elle le contestait. Ses médecins traitants, Drs B. _____ et C. _____, ont fait savoir respectivement les 13 et 18 juin 2012, que l'état de santé de leur patiente ne s'était pas amélioré à compter du 8 septembre 2010, sans toutefois motiver leur point de vue.

Statuant par décision du 3 septembre 2012, l'office AI a confirmé les termes de son prononcé du 23 mai précédent. Dans une lettre datée du même jour, il a constaté que l'assurée ne lui avait pas fait parvenir d'éléments suffisamment argumentés susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

C. Par acte du 1^{er} octobre 2012, A._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base de l'appréciation médicale effectuée par les Drs C._____ et B._____. Revenant sur les circonstances à l'origine de ses troubles, elle évoque ses difficultés personnelles, familiales et culturelles. Elle allègue en outre un manque d'objectivité de la part du Dr W._____, dès lors que celui-ci serait aussi le médecin de l'employeur chez qui elle a travaillé et celui de l'assurance T._____. Elle demande par conséquent à pouvoir être réexaminée par un expert neutre.

A sa réponse du 15 novembre 2012, l'office AI a joint un avis médical du SMR du 26 octobre 2012 rédigé sous la plume du Dr L._____, spécialiste en médecine interne. S'agissant de la récusation éventuelle du Dr W._____, il a indiqué qu'il appartenait au service juridique de se prononcer sur ce point. Il a ensuite observé ce qui suit à propos du volet médical:

« (...) 2 certificats du centre médico-chirurgical P._____ [Dr C._____, réd.] et de la Dresse B._____ dont la teneur est identique. Il s'agit principalement d'affirmer que l'assurée n'a pas présenté d'amélioration de son état de santé à partir du 08.09.2010 comme indiqué dans le projet de décision: "après examen de votre dossier par le Service médical régional, force est de constater que votre état de santé s'est amélioré à partir du 08.09.2010".

Il est important de considérer que la première expertise du Dr W._____ est basée sur une prévision, pour évaluer la capacité de travail de 100% au 08.09.2010. A priori, le Dr W._____ n'était pas en mesure de déterminer lui-même quelle était la capacité de travail à partir du 08.09.2010. Cependant, celle-ci ayant été établie à 100%, et du fait que le psychiatre traitant s'opposait à cette reprise du travail en arguant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, une nouvelle expertise était nécessaire (avril 2012) pour démontrer que l'état de stress post-traumatique ne pouvait être retenu comme l'a déjà dit le Dr V._____ dans son rapport SMR

du 21.05.2012. Par ailleurs, l'épisode anxio-dépressif était très contestable, très difficile à relever au plan de l'intensité, en raison de certaines discordances (anxiété alléguée contrastant avec l'absence de difficultés d'effectuer 3 IRM) et de la tendance à l'hystérisation. Ce qui a été constaté à l'occasion de la seconde expertise, c'est que les conditions nécessaires au développement d'un trouble de l'adaptation s'étaient nettement améliorées, en partie avec l'évolution psychologique favorable du fils qui a pu continuer son suivi scolaire. Pour le reste de la famille, ses deux enfants se portaient bien. Il n'y a donc aucun élément susceptible de défavoriser une évolution positive, et le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère est en fin de compte retenu. Si le degré moyen est mentionné, il peut être considéré avec une certaine réserve, au vu de l'hystérisation et de l'aspect revendicateur. Ce qui est important dans cette seconde expertise, c'est que la prévision de la première expertise a été confirmée, et que le diagnostic supposé soutenir l'incapacité de travail depuis septembre 2010 (état de stress post-traumatique) a été écarté. Il n'est pas possible, pour un expert, de juger autrement une situation à distance.

En conclusion, (...) nous validons ces 2 expertises que nous estimons particulièrement pertinentes et fouillées (...). »

Dans sa réponse, l'intimé rappelle que l'assurée avait la possibilité de récuser l'expert dans un délai de dix jours dès réception de sa lettre du 2 décembre 2011, qu'elle n'en a alors pas fait usage et qu'elle s'est soumise à l'expertise du Dr W. _____ sans aucune opposition. En outre, l'administration relève qu'il était nécessaire de procéder à un complément d'expertise aux fins de clarifier l'évolution de la capacité de travail exigible depuis le mois de juillet 2010. Pour le surplus, le rapport d'expertise psychiatrique du 26 avril 2012 a pleine valeur probante et les certificats médicaux des Drs C. _____ et B. _____ du mois de juin 2012 ne contiennent aucun élément de nature à en infirmer les conclusions. Une expertise judiciaire apparaît dès lors superfétatoire. L'office intimé préavise par conséquent pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 28 novembre 2012, la recourante expose une nouvelle fois avoir été très choquée de la manière dont elle et son fils ont été traités lors de la journée du 12 novembre 2009. Jusqu'à cette date, elle a toujours travaillé et a toujours été en bonne santé, en dépit de contraintes professionnelles et familiales. Outre des avis médicaux des Drs C. _____ (du 22 février 2010) et B. _____ (du 3 mai 2010) figurant déjà

au dossier administratif, la recourante produit diverses pièces faisant état des difficultés scolaires de son fils S._____ et du suivi psychologique dont il a bénéficié dans ce cadre à la suite des événements du 12 novembre 2009.

Dupliquant le 8 janvier 2013, l'office intimé explique que les certificats médicaux produits ont déjà fait l'objet d'une analyse par le SMR. Quant aux autres pièces, elles ne fournissent aucun élément pertinent à propos de l'état de santé de la recourante. Il renvoie pour le surplus à la décision querellée ainsi qu'à sa réponse du 15 novembre 2012, qu'il confirme.

Le 10 janvier 2013, cette écriture a été transmise pour information à la recourante. Avisée le 2 juillet 2013 qu'un projet d'arrêt serait prochainement mis en circulation, un ultime délai au 22 juillet 2013 lui a été fixé pour se prononcer.

La recourante n'a pas procédé plus avant.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

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 prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 201 consid. 7.1.1 p. 211; 102 V 165; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c p. 298; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1).

c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1 cité). Au demeurant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du

seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_492/2010 du 31 mars 2011 consid. 2.2).

4. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente une atteinte à la santé psychique à la suite des événements du 12 novembre 2009, les troubles somatiques n'étant ici pris en compte que sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux.

S'appuyant sur les avis de ses médecins traitants, Drs C._____, généraliste, et B._____, psychiatre, la recourante estime qu'elle n'est plus en mesure de travailler, en raison des affections psychiques diagnostiquées. De son côté, l'office intimé considère sur la base de l'expertise du Dr W._____ que la pathologie ne présente plus de caractère invalidant à compter du 8 septembre 2010 et que la capacité de travail est entière depuis lors dans l'activité exercée. Si des diagnostics faisant référence à une humeur anxio-dépressive ainsi qu'à un trouble somatoforme sont posés tant par l'expert que par les médecins traitants, seuls ces derniers retiennent un état de stress post-traumatique, alors que le Dr W._____ évoque pour sa part un conflit professionnel ainsi qu'une personnalité hystérisée.

Considérant que les événements du 12 novembre 2009 ont représenté un traumatisme pour la recourante, les Drs C._____ et B._____ retiennent un état de stress post-traumatique. L'expert W._____ s'inscrit en faux contre une telle appréciation, relevant qu'elle procède d'une utilisation abusive et extensive de ce diagnostic. En effet, aucun des deux éléments constitutifs de la définition médicale n'est réalisé: la personne n'a pas été confrontée, directement ou indirectement, à des scènes violentes (mort, menaces de mort ou blessures graves), propres à induire une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Tel n'est à l'évidence pas le cas du conflit ayant opposé la recourante à sa supérieure le 12 novembre 2009. Fort de ce constat,

l'expert explique que ce diagnostic parle en faveur de l'identification du thérapeute à son patient, laquelle exclut toute prise de distance critique en raison du postulat de sincérité de ce dernier qu'il suppose. Selon le Dr W._____, ce diagnostic doit donc être écarté, faute de se fonder sur des éléments suffisamment objectivés.

A l'instar de la Dresse B._____ et du Dr C._____, l'expert retient un trouble somatoforme douloureux, lequel n'affecte toutefois pas selon lui la capacité de travail de la recourante. Il est en effet d'avis qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale, que la comorbidité psychiatrique est relative et que le traitement antidépresseur n'est guère efficace. Il estime plutôt que l'évolution se fait vers une sinistrose, laquelle ne fait cependant pas obstacle à la mise en place de limites et à un renforcement de l'autonomie, qui devraient favoriser un retour dans le monde du travail. De surcroît, le Dr W._____ convient - comme la Dresse B._____ - de l'existence d'un trouble anxio-dépressif mixte. Cependant, contrairement au Dr C._____ qui estime que l'état dépressif est important, l'expert observe qu'il est difficile d'en établir l'intensité, en raison du caractère très démonstratif, voire parfois quérulent de l'intéressée. Aussi, cette symptomatologie dépressive doit être qualifiée de légère à moyenne. En revêtant une teinte très hystérisée, à laquelle s'associent des traits plaintifs, dramatiques et implicitement revendicateurs, le degré moyen doit toutefois être considéré avec retenue.

Dans son rapport complémentaire du 26 avril 2012, l'expert retient finalement un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère à moyenne et un trouble somatoforme douloureux, mais sans répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les Drs C._____ et B._____ sont d'avis que les diagnostics qu'ils ont posés affectent celle-ci, au point d'exclure toute capacité résiduelle de travail. Certes, l'expert ne remet pas en question une incapacité de travail totale attestée dès le 14 novembre 2009. Pour autant, celle-ci n'a pas subsisté telle quelle depuis lors, si bien qu'il admet une capacité de 50% le jour de l'examen clinique du 24 juin 2010, puis de 100% dès le 8 septembre 2010, date à laquelle l'assurée avait rendez-

vous avec la Dresse B._____. Cette évolution favorable est confirmée par le Dr C._____ dès le 28 mars 2010, jour où il constatait déjà une amélioration de la symptomatologie dépressive, d'où une évolution qualifiée d' « assez favorable », laissant même augurer une prochaine reprise d'une activité à plein temps. De son côté, la Dresse B._____ a indiqué au Dr W._____, lors d'un consilium téléphonique le 14 juillet 2010, que les choses lui paraissaient aller en s'améliorant. Dans cette mesure, les certificats produits durant la procédure d'opposition apparaissent dénués de toute portée (certificats de la Dresse B._____ du 13 juin 2012 et du Dr C._____ du 18 juin suivant), d'autant plus qu'ils n'explicitent pas en quoi l'état de santé de la recourante ne se serait pas amélioré, voire se serait de nouveau détérioré. En outre, pour retenir une incapacité totale de travail, les Drs C._____ et B._____ se fondent essentiellement sur l'existence d'un état de stress post-traumatique, diagnostic qui, comme on vient de le voir, doit être écarté. Au reste, le Dr W._____ distingue clairement entre une évolution subjective et une évolution objective; la première lui paraît avoir été stationnaire, voire défavorable, en raison d'un sentiment de colère et de revendication de la recourante vis-à-vis de son ancien employeur, ainsi que d'une attitude régressive accompagnée de nombreuses somatisations. L'expert qualifie en revanche l'évolution objective de favorable; celle-ci, grâce à un soutien psychothérapeutique et médicamenteux approprié, devrait permettre le maintien de la capacité de travail. Il n'y a au demeurant pas d'élément susceptible d'entraver une évolution favorable. On relèvera à cet égard en particulier que S._____, le fils de la recourante, a pu bénéficier d'un suivi scolaire.

b) Cela étant, il n'est pas démontré en quoi la capacité de gain de la recourante serait diminuée, lui ouvrant en cela le droit éventuel à une rente. Certes, les rapports médicaux au dossier font état d'une tristesse, de pleurs, de fatigue, d'humeur variable et d'une émotivité sans que ceux-ci représentent pour autant en eux-mêmes une limitation de la capacité de travail. La recourante ne le prétend d'ailleurs pas, invoquant plutôt à cet égard des difficultés d'ordre personnel, familial, voire culturel. Dans ce contexte, le Dr W._____ note que des éléments sortant du

champ médical semblent jouer un rôle prépondérant, notamment l'absence de qualifications professionnelles et des difficultés linguistiques signalées par la recourante elle-même. Or, selon la jurisprudence (ATF 127 V 294), les facteurs psychosociaux et socioculturels ne peuvent pas être pris en considération, dès lors qu'ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et la référence). Tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, le Dr W. _____ n'ayant retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail de la recourante. En retenant un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère à moyenne et un trouble somatoforme douloureux, l'expert a certes mis en évidence une atteinte à la santé psychique, sans toutefois que celle-ci ne conduise à une incapacité de gain. Il suit de là que l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle mette à profit la capacité de travail qui lui a été reconnue (cf. TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1 et les références). Au vrai, la recourante ne fournit aucun élément propre à mettre en doute cette exigence. Elle ne prétend pas non plus que l'activité exercée précédemment serait contre-indiquée.

c) Il découle de ce qui précède que la recourante présente une capacité de travail totale dès le 8 septembre 2010, dans toute activité respectueuse de ses limitations, ce qui inclut l'activité d'ouvrière pratiquée jusqu'au 12 novembre 2009. Il sied en outre de relever que le rapport d'expertise du Dr W. _____ du 22 juillet 2010 - de même que son complément du 26 avril 2012 - satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Il contient une anamnèse complète, prend en considération les plaintes de l'assurée, décrit le status clinique et psychique et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires. Analysant l'appréciation des médecins traitants, l'expert explique pour quels motifs il exclut un état de stress

post-traumatique pour retenir des diagnostics psychiatriques, sans incidence sur la capacité de travail. Ainsi, les conclusions du Dr W. _____ doivent être suivies, dès lors que le dossier constitué ne fait état d'aucun élément concret qui aurait été ignoré par l'expert. Dans cette mesure, la décision attaquée ne prête donc pas le flanc à la critique, en tant qu'elle fait sienne l'évaluation de l'expert, déniait le droit de la recourante à toute prestation de l'AI.

d) Quant au motif de récusation de l'expert W. _____ soulevé par la recourante, qui allègue qu'il serait le médecin-consultant de son ancien employeur et celui de l'assurance T. _____, point n'est besoin de trancher cette question, attendu que c'est tardivement qu'un tel motif a été soulevé. En effet, en ne réagissant pas à la lettre que lui a adressée l'office intimé en date du 2 décembre 2011, la recourante a laissé se périmer le délai de dix jours qui lui avait été imparti à cette fin (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.2 et les références). Elle n'a pas non plus fait valoir d'arguments, expliquant pour quelles raisons elle n'aurait pas été en mesure de soulever des motifs de récusation à l'endroit de l'expert dans le délai imparti. Au surplus, la recourante ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de mettre en doute l'impartialité du Dr W. _____. Ce grief est donc de toute façon mal fondé.

5. a) En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée de sorte qu'elle n'a pas dû

engager de frais pour la défense de ses intérêts, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 3 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme A. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :