

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mars 2015

---

Présidence de M. MERZ

Juges : Mmes Röthenbacher et Moyard, assesseure

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat  
à Saint-Sulpice,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante d'origine kosovare née en 1972, est entrée en Suisse en 1992 pour s'y domicilier durablement auprès de son époux, W.\_\_\_\_\_. Elle a obtenu la nationalité suisse en 2013.

Mère de deux enfants, nés respectivement en 1992 et 1997, elle a divorcé en 2010.

Sur le plan professionnel, après avoir exercé diverses activités dans la restauration, l'industrie textile et dans l'entreprise de nettoyages de son ex-conjoint, elle a été engagée par la société coopérative P.\_\_\_\_\_ dès octobre 2000.

**B.** Elle a présenté un état dépressif entraînant une incapacité totale et durable de travail dès le 3 juillet 2012, dans le contexte de problèmes familiaux et professionnels débutés en 2008. Les conséquences financières de cette incapacité ont été assumées par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, S.\_\_\_\_\_SA.

Au vu de la persistance de l'incapacité de travail, attestée par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assureur précité a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le mandat a été confié au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et neurologie, lequel a rendu son rapport le 24 septembre 2012, en langue allemande, après examen clinique de l'assurée en langue française et analyse de son dossier assécurologique. Il a retenu les diagnostics suivants :

- Trouble de l'adaptation avec exacerbation de divers sentiments (F43.23) depuis juin 2011.
- Dysthymie (F34.1) depuis 2010.

- Personnalité à traits émotionnellement immatures, impulsifs, narcissiques et histrioniques depuis l'adolescence.

Au titre d'appréciation du cas, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée avait été en mesure de poursuivre son activité lucrative durant plusieurs années en dépit de sa situation familiale dramatique depuis la séparation d'avec son époux en 2008, singulièrement malgré les menaces permanentes de ce dernier. Sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail de longue durée n'avait d'ailleurs été prononcée de ce fait, quand bien même une première prise en charge avait été évoquée durant l'été 2008. Dite prise en charge serait intervenue dans le contexte d'un conflit sur le lieu de travail, où l'assurée avait été harcelée par deux collègues et contrainte de déposer plainte, ce qui avait entraîné sa mutation temporaire dans une filiale de la société P.\_\_\_\_\_. Une incapacité de travail n'avait toutefois été attestée que pour une durée de quelques semaines. Un second conflit sur le lieu de travail aurait entraîné à fin 2010 une nouvelle incapacité de travail, l'assurée ayant repris son activité progressivement dès le début 2011. Elle avait à nouveau été mutée dans un autre établissement par son employeur sur la base d'accusations infondées de malversations, commises en fait par une autre collaboratrice. Le Dr [...] a observé à cet égard que les symptômes allégués par l'assurée s'inscrivaient dans le cadre de ce conflit professionnel, en réaction à l'injustice et l'atteinte à son honneur ressenties par celle-ci. Il en a déduit que la symptomatologie actuelle devait être qualifiée de « réaction primaire prolongée », ce qui permettait de poser le diagnostic de « trouble de l'adaptation » conformément au chapitre 43 de la CIM-10.

L'expert a par ailleurs indiqué que les symptômes dépressifs présentés par l'assurée devaient être qualifiés de « légers à moyens », au vu de ses constats cliniques et des évaluations opérées, ce qui ne justifiait pas une incapacité de travail totale.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé que des facteurs étrangers à la maladie jouaient un rôle déterminant dans le cas de l'assurée, à savoir non seulement la crainte pour sa propre sécurité corrélée à l'agression de

son ex-époux, mais également la blessure narcissique vécue sur le lieu de travail, le besoin de reconnaissance d'une injustice et le risque de devoir rechercher une nouvelle activité moins bien rémunérée. La poursuite de l'incapacité totale de travail représentait dès lors un bénéfice secondaire non négligeable. Il a remarqué que les symptômes dépressifs encore présents, de degré léger à moyen, étaient accompagnés de tension et de nervosité, ainsi que de fluctuations d'humeur. Cela étant, en dépit de cette symptomatologie, il a estimé qu'un effort de volonté était exigible de l'assurée afin de surmonter ses problèmes psychiques et de réintégrer le monde du travail, tout d'abord avec une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, puis augmentée à plein temps dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 au plus tard. Il a préconisé une médiation sur le lieu de travail dans un cadre non médicalisé. S'agissant de l'angoisse légitime du comportement futur de l'ex-mari de l'assurée, l'expert a souligné que cette angoisse ne constituait pas une psychopathologie primaire, se trouvant assimilable à la peur de l'avenir ou de problèmes financiers. Un contrôle de l'assurée de ses traits de personnalité et de l'adéquation de son comportement aux circonstances s'avérait à son sens exigible.

Revenant sur le cursus maladif depuis l'année 2008, ponctué d'une symptomatologie anxio-dépressive et de phases réitérées d'incapacité de travail, il en a déduit avoir typiquement affaire à une situation ressortant au diagnostic de « dysthymie ». Il a rappelé qu'un tel diagnostic impliquait une « humeur dépressive chronique, s'étendant au moins sur deux ans », laquelle ne revêtait pas les critères d'intensité d'une pathologie dépressive au sens strict.

En outre, la problématique de l'assurée était influencée de manière déterminante par des circonstances extérieures, en lien avec une charge psychosociale importante, ainsi d'ailleurs qu'elle le décrivait elle-même. Le pronostic était ainsi tributaire de ces facteurs, à savoir la rapidité d'intégration à une nouvelle place de travail correspondant à ses attentes, indépendamment du contexte lié à une potentielle menace de l'ex-conjoint.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ainsi confirmé le recouvrement d'une capacité de travail complète au plus tard dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012.

Par pli complémentaire du 27 septembre 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué à S.\_\_\_\_\_SA avoir soumis l'assurée à une prise de sang, destinée à vérifier la compliance médicamenteuse, et constaté que le taux sérique de la médication antidépressive se trouvait inférieure à la norme de référence.

Fondée sur les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_SA a décidé, en date du 27 septembre 2012, de réduire de 50% les indemnités journalières servies à l'assurée dès le 15 octobre 2012 et d'en cesser le versement dès le 30 novembre 2012.

L'assurée a fait parvenir à S.\_\_\_\_\_SA un rapport établi le 19 décembre 2012 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, lequel s'est prononcé comme suit :

« [...] [L'assurée] a été agressée par son ex-mari le 03 juillet 2010 [...]. J'ai vu la patiente pour la première fois en décembre 2010 où j'ai constaté des douleurs au niveau de l'épaule D [réd. : droite] dues à un syndrome myofascial. Le traitement a été par physiothérapie, manipulation. Je l'ai revue le 17 octobre 2012 où j'ai constaté les mêmes troubles c'est-à-dire des douleurs au niveau de l'épaule D, des tender points dans le muscle trapèze à D et dans le muscle angulaire dans l'omoplate. La patiente m'a dit le 12 septembre 2012 que ses douleurs au niveau du rachis cervico-dorsal et de l'épaule - main D sont consécutives à son agression grave par son ex-mari avec un pistolet. Elle vit quotidiennement dans l'angoisse que son ex-mari la menace à nouveau après sa libération.

Ceci est une situation inacceptable. Il est certain que ce conflit avec son ex-mari entretient de façon durable l'état anxio-dépressif qui est suivi et traité par le Dr T.\_\_\_\_\_. [...] »

Sollicité pour avis sur ce document, le Dr B.\_\_\_\_\_ a communiqué le 23 février 2013 le maintien des conclusions contenues dans son rapport d'expertise du 24 septembre 2012.

**C.** Représentée par son conseil, Me Guy Longchamp, l'assurée a complété un formulaire de détection précoce qu'elle a fait parvenir le 8 avril 2013 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a exposé être en incapacité de travail totale depuis le 3 juillet 2012 du fait d'une « dépression chronique, invalidante, associée à une fibromyalgie », se déclarant néanmoins prête à entreprendre des mesures de réinsertion ou de réadaptation. Elle a précisé avoir été licenciée par son employeur avec effet au 31 mars 2013 et contester cette résiliation. Elle a au surplus annexé un tirage du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, en dépit de son désaccord avec les conclusions de cet expert, ainsi qu'une attestation de son psychiatre traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> février 2013, confirmant sa prise en charge depuis le 5 novembre 2010.

Au terme d'un entretien de détection précoce du 7 mai 2013, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

**D.** Par dépôt du formulaire ad hoc le 30 mai 2013 auprès de l'OAI, l'assurée a donné suite à cette injonction. Elle a notamment joint à ce document un tirage des certificats d'arrêt de travail délivrés par le Dr T.\_\_\_\_\_, ainsi que copie du jugement de divorce entré en force le 30 avril 2010 et du jugement rendu le 6 mai 2011 par le Tribunal d'arrondissement de [...], par lequel son ex-époux a été condamné du fait de menaces qualifiées, violation de domicile et infraction à la loi sur les armes.

Procédant à l'instruction de cette requête de prestations, l'OAI a sollicité le dossier constitué par S.\_\_\_\_\_<sub>SA</sub>, un rapport de la société P.\_\_\_\_\_ et des rapports des médecins traitants de l'assurée.

Le 18 juin 2013, P.\_\_\_\_\_ a confirmé avoir mis fin au contrat de travail la liant à l'assurée au vu de son incapacité prolongée de travail et a indiqué que celle-ci aurait réalisé un revenu annuel de 48'860 fr. 45

dès janvier 2013 pour une activité de 37 heures par semaine, soit un taux d'occupation de 90%.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a transmis son rapport le 18 juillet 2013, retenant au titre de diagnostics un « syndrome myofascial avec trigger points [des muscles] trapèzes et lordose scapulaire des deux côtés », ainsi qu'une « angoisse permanente » du fait des menaces de mort de son ex-mari. Il a renvoyé aux considérations du Dr T.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'incapacité de travail prononcée pour ce dernier motif.

En date du 21 juillet 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait parvenir son rapport, indiquant que l'assurée souffrait d'affections « psychiatrique et rhumatologique complexes ». Il a précisé ce qui suit :

« [...] Je suis la patiente citée en marge depuis plusieurs années en raison de diverses pathologies. La situation physique et psychique s'est progressivement péjorée depuis 2010 (juillet) suite à la énième agression de son ex-mari [...].

Les pathologies ayant une répercussion sur la possibilité de développer une quelconque activité professionnelle lucrative dans le marché du travail relèvent à la fois d'une problématique psychiatrique [...], ainsi que rhumatologique [...]. Par ailleurs, votre assurée présente également d'autres pathologies qui ont été investiguées par divers spécialistes (cardiologue, angiologue, pneumologue et gastro-entérologue) dont les consiliums ont été sélectionnés à votre attention (cf. ci-joints). [...]

Tenant compte de ce qui précède, je demande en faveur de votre assurée soit une réinsertion professionnelle (tenant compte des limitations rhumatologiques et psychiatriques) soit une rente OAI à 100% si la réinsertion s'avère impossible [...] ».

Étaient annexés à l'attention de l'OAI de nombreux rapports médicaux, soit notamment :

- un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, du 23 avril 2012, relatant une « absence de syndrome d'apnées du sommeil » en dépit d'un « sommeil agité, marqué par des mouvements jambiers dont le nombre total est toutefois encore juste acceptable » ;

- un rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, du 7 juin 2012, concluant à un « examen veineux dans la norme » ; elle a précisé que l'assurée présentait un « lipœdème [pouvant être associé à] des œdèmes cycliques » et évoqué « un syndrome des jambes sans repos » sans toutefois introduire de traitement spécifique ;
- un rapport d'imagerie du 5 juillet 2013, relatant l'absence de « lésion rénale visible », ainsi qu'une « double lésion kystique liquidienne surrénalienne droite d'aspect bénin » ;
- un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, du 8 juillet 2013, concluant à une « absence d'arythmie et de trouble de repolarisation », les « palpitation fréquentes - le soir - [s'inscrivant] très probablement dans un contexte d'angoisse ».

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a établi son rapport initial le 2 août 2013, attestant du maintien d'une incapacité de travail totale dès le 10 juillet 2012, au motif de « trouble dépressif, sans précision (F39) » et de « fibromyalgie (F45) ». Il a relevé une « aggravation de la symptomatologie ces trois dernières années » dans le contexte d'une « dépression sub-clinique associée à une maltraitance conjugale depuis le début des années 90 », d'une « décompensation après le divorce avec un comportement de harcèlement de la part de l'ex-mari » et d'une agression sur le lieu de travail en 2008. En cas d'évolution favorable de ces circonstances, le Dr T.\_\_\_\_\_ a envisagé la reprise d'une activité professionnelle à 50%.

En date du 22 août 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), s'est prononcé sur les pièces médicales versées au dossier de l'assurée. Il a constaté que celle-ci souffrait d'une « dépression réactionnelle, ou trouble de l'adaptation, pouvant justifier une IT [réd. : incapacité de travail] temporaire, mais pas durable ». Se ralliant aux conclusions de l'expert psychiatre mandaté par S.\_\_\_\_\_SA, le Dr B.\_\_\_\_\_, en l'absence d'aggravation établie par les

médecins traitants de l'assurée, il a considéré que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis décembre 2012.

L'assurée, convoquée pour un bilan d'intervention précoce fixé au 13 août 2013 selon communication de l'OAI du 30 juillet 2013, n'a pas honoré ce rendez-vous, mais s'est rendue à un second, agendé au 10 septembre 2013.

A cette occasion, un rapport a été établi par le Service de réinsertion professionnelle le 3 octobre 2013, considérant que l'assurée ne pouvait prétendre à aucune prestation AI du fait de sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Ledit service a conseillé à cette dernière de requérir des mesures de l'aide sociale après avoir sollicité une reprise d'activité éventuellement à un taux partiel de la part de ses médecins.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a envisagé de nier le droit de l'assurée à un reclassement professionnel, ainsi qu'à une rente d'invalidité, compte tenu du recouvrement d'une capacité entière de travail dès décembre 2012.

L'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a contesté ce projet le 22 octobre 2013, se prévalant du rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 2 août 2013, où était préconisée une incapacité totale et ininterrompue de travail depuis juillet 2012. Elle a estimé par ailleurs que la date de reprise d'activité à plein temps, fixée par le Dr B. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> décembre 2012, était totalement arbitraire, et que des contradictions entachaient le rapport d'expertise de ce spécialiste. Notamment, il lui était fait grief de ne pas manifester l'effort de volonté exigible pour surmonter ses problèmes, alors que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait constaté la présence de symptômes psychiques qualifiés de légers à moyens en l'occurrence. Elle a dès lors mis en doute la valeur du rapport d'expertise corrélatif, qui plus

est du fait de sa rédaction en langue allemande, elle-même parlant français, et l'indépendance de l'expert dans le contexte d'un mandat délivré par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur. Elle a conclu au réexamen de son droit à des mesures professionnelles.

En date du 18 novembre 2013, l'OAI a rendu une décision conforme à son projet du 3 octobre 2013, considérant que l'assurée n'avait présenté aucun argument susceptible d'en ébranler le bien-fondé.

**E.** L'assurée, avec l'assistance de Me Longchamp, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 janvier 2014, concluant principalement à la reconnaissance de son droit à des prestations AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Sur le plan formel, l'assurée fait grief à l'intimé de ne pas avoir motivé sa décision à satisfaction, en ne détaillant pas les documents fondant son appréciation de la capacité de travail. Par ailleurs, elle relève que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_ est rédigée en allemand, ce qui aurait impliqué sa traduction par l'OAI pour respecter son droit d'être entendue. Quant au fond, elle considère que l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ doit se voir nier toute force probante, dans la mesure où ce document serait emprunt de contradictions entre les constats cliniques et l'appréciation de la capacité de travail. Il serait en outre incomplet, ne tenant pas compte des investigations sanguines destinées à vérifier sa compliance médicamenteuse, sous-estimant l'impact du harcèlement anxigène de son ex-mari et contenant des éléments anamnestiques erronés. Elle a notamment produit, à l'appui de ses conclusions, une attestation du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, libellée en ces termes :

« [...] Cette patiente présente une symptomatologie dépressive, caractérisée, qui est allée en s'aggravant tout au long de ces dernières années et ceci en relation à des événements de vie difficiles greffés sur son fond dépressif, à savoir les conduites de harcèlement de son ex-mari (conduites qui font actuellement l'objet d'une démarche pénale) et, en parallèle, un problème de conflictualité au travail qui s'est soldé par un licenciement.

J'ai attesté pour cette patiente une incapacité de travail à 100% à partir du 10 juillet 2012, incapacité qui est toujours actuelle. Il faut encore noter que la situation clinique s'est compliquée à cause d'une problématique rhumatologique survenue dans la dernière période. Pour cet aspect, [l'assurée] est en contact avec un spécialiste rhumatologue. [...] »

L'OAI a répondu le 6 février 2014 et conclu au rejet du recours. Il fait valoir qu'à son sens la décision du 18 novembre 2013 a été motivée de manière suffisante, de telle sorte d'ailleurs que la recourante a manifestement compris que l'appréciation de sa capacité de travail reposait sur les résultats communiqués par le Dr B.\_\_\_\_\_. S'agissant de la traduction du rapport corrélatif, l'intimé estime qu'une requête en ce sens aurait dû être présentée à S.\_\_\_\_SA, mais en particulier immédiatement après la prise de connaissance de ce document. Il observe au demeurant que ce n'est qu'au stade de la contestation du projet de décision du 3 octobre 2013 que l'assurée a formulé une demande de traduction, laquelle devait être qualifiée de manifestement tardive. Au surplus, l'assurée avait été parfaitement en mesure de discuter la teneur du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, ce qui permettait de déduire qu'elle en avait compris la teneur et la portée. Sur le fond, l'intimé a considéré, à l'instar de l'avis du SMR du 22 août 2013, que le rapport en question remplissait les réquisits jurisprudentiels pour être doté d'une pleine valeur probante, ce qui justifiait d'en retenir les conclusions en matière de capacité de travail. Par ailleurs, les pièces produites en procédure de recours, notamment l'attestation du Dr T.\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, n'apportaient aucun élément médical nouveau ou ignoré au stade de l'instruction administrative.

Dans un délai prolongé sur demande, la recourante a répliqué le 16 juin 2014, maintenant ses précédentes conclusions. Elle a persisté à considérer que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ ne pouvait fonder la décision querellée et observé qu'indépendamment de ce constat, l'OAI aurait de toute façon dû retenir les avis postérieurs de ses médecins traitants. Elle a rappelé les diverses pathologies somatiques et psychiques l'affectant, produisant au titre de justificatifs le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 8 juillet

2013, précédemment versé au dossier de l'intimé, ainsi que de nouvelles pièces médicales des Drs X.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'Association E.\_\_\_\_\_.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans un certificat du 20 mars 2014, a attesté que l'assurée présentait « depuis plus de cinq ans une cervicotrapézialgie droite, sans hernie discale visible en IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] (09/12/13) et attribuée à un syndrome articulaire postérieur C5/C6 droit », ainsi qu'une « périarthrite scapulo-humérale droite traitée par arthro-infiltration le 07/03/2014 ».

Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, sur questions de Me Longchamp, il a indiqué dans un rapport du 14 avril 2014 que sa patiente présentait une « incapacité de travail supérieure à 40% depuis le 03.07.2012 », mais était susceptible d'exercer une activité adaptée à un taux maximal de 30-40%, renvoyant aux autres spécialistes en charge de son cas. Il a mentionné, en sus d'affections cardiologique et rhumatologique, une problématique gynécologique, soit une « anémie avec syndrome carenciel du fait de pertes trop abondantes » pour laquelle l'assurée consulterait prochainement.

Le rapport de la Dresse M.\_\_\_\_\_, établi le 16 avril 2014, relate l'anamnèse de l'assurée, faisant état notamment des violences subies dans l'enfance, dont un viol à l'âge de treize ans, des violences et menaces de son ex-conjoint, ainsi que des difficultés subies dans le contexte professionnel dès 2008. Elle a retenu le diagnostic d'un « état de stress post-traumatique (F43.1) », ses conclusions étant libellées en ces termes :

« [...] Depuis le mois de décembre 2013, début du suivi de [l'assurée] à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants à Association E.\_\_\_\_\_, elle a montré un grand investissement dans le travail thérapeutique. Ses objectifs thérapeutiques sont de pouvoir assumer son passé et de pouvoir continuer à être dans la vie active notamment avec l'exercice d'une activité professionnelle. Je considère qu'elle pourra continuer à bénéficier d'un traitement

intégré psychiatrique et psychothérapeutique pour améliorer sa propre estime et pour diminuer la clinique anxieuse et phobique qui la limitent dans le quotidien. J'estime que le traitement thérapeutique sera long en raison des multiples traumatismes vécus par la patiente depuis son enfance. Les menaces qu'elle continue à recevoir de la part de son mari empêchent qu'elle puisse bénéficier d'une sécurité sur laquelle se reconstruire. La période entre 2008 et 2013 a été spécialement difficile pour elle (perte de son frère de façon inattendue, séparation conjugale, crainte de perdre la vie, violences et injustices subies au travail, restant très difficile encore de parler de ces événements). La réinsertion au monde du travail pourrait être clairement bénéfique pour elle. Ses difficultés psychiques et les symptômes qu'elle présente justifieraient de mon point de vue l'appui par des mesures de réinsertion professionnelle. Elle ne peut pas à son état actuel travailler dans la dernière activité (face au public dans la vente). Elle se sentirait capable de commencer avec une activité administrative. »

Sur la base des appréciations médicales ci-dessus, la recourante a sollicité l'octroi d'une formation dans le domaine administratif, soulignant qu'une telle mesure de reclassement remplirait les critères de nécessité, simplicité et d'adéquation dans son cas.

L'intimé s'est déterminé le 3 juillet 2014, maintenant le bien-fondé de la décision litigieuse, non sans rappeler les réserves devant être émises à l'égard de l'avis des médecins traitants compte tenu du lien de confiance noué avec l'assuré. Il a observé que le Dr X.\_\_\_\_\_ ne parvenait pas à apprécier clairement la capacité résiduelle de travail de la recourante, tandis que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne fournissait pas de précision sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Quant à la Dresse M.\_\_\_\_\_, sa prise en charge remontait à décembre 2013, soit postérieurement à la décision du 18 novembre 2013, cette praticienne s'étant limitée à se prononcer sur l'état de santé « actuel » de la recourante sans se positionner sur l'évolution de sa capacité de travail.

Par écriture du 29 septembre 2014, la recourante a derechef mis en exergue les nombreux avis de ses différents médecins traitants et les doutes que pouvaient à son sens susciter les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_. Elle a observé que les rapports de ses médecins traitants étaient suffisamment étayés s'agissant de son impossibilité à exercer une activité sur le marché ordinaire du travail, ce qui justifiait l'octroi de prestations AI.

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

### **1.**

1.1 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 (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 LPGA).

1.2 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 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).

1.3 In casu, le recours formé le 3 janvier 2014 contre la décision de l'OAI du 18 novembre 2013 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

## **2.**

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant

du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

Il convient, compte tenu de la jurisprudence précitée, de définir précisément l'objet du litige et de contestation dans la mesure où la recourante fait valoir plusieurs griefs des registres tant formel que matériel.

2.2 Sur le plan formel, l'assurée se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue, arguant en premier lieu du défaut de motivation de la décision rendue par l'intimé le 18 novembre 2013.

Dans un second moyen, elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir fait procéder à une traduction du rapport d'expertise rédigé par le Dr B.\_\_\_\_\_ le 24 septembre 2012, sur mandat de S.\_\_\_\_\_SA, ou à tout le moins des passages topiques repris par l'intimé pour fonder la décision en cause.

2.3 Sous l'angle matériel, est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'AI, tant sous forme de rente que de mesures de réinsertion, respectivement de réadaptation d'ordre professionnel.

Dans ce contexte, elle reproche à l'intimé l'appréciation médicale de son cas, fondée exclusivement sur les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, dont le rapport ne remplirait à son sens pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce dernier serait d'après elle incomplet, contradictoire et entaché d'éléments anamnestiques erronés.

Partant, elle considère que les appréciations communiquées par ses médecins traitants, postérieurement à l'expert, seraient de nature à confirmer une incapacité totale et durable de travail depuis le 3 juillet 2012, susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Elle se déclare néanmoins prête à envisager une réintégration du marché du travail, par le biais de mesures de réinsertion ou de reclassement dans

une activité adaptée, soit une activité du secteur administratif sans contact avec la clientèle. Elle rejoint ainsi en définitive l'avis communiqué par la Dresse M. \_\_\_\_\_ le 16 avril 2014.

2.4 L'objet de la contestation est en l'espèce circonscrit par la décision du 18 novembre 2013 où l'intimé a nié le droit de l'assurée à toutes prestations AI, tant sous forme de rente que de mesures de réadaptation, singulièrement d'un reclassement professionnel.

Compte tenu du libellé et des motifs contenus dans cette décision, ainsi que des arguments avancés par la recourante sur le fond, il ne fait ainsi pas de doute que la Cour de céans devra se déterminer in casu sur la réalisation éventuelle de la notion d'invalidité et la valeur probante des pièces médicales versées au dossier de l'assurée, respectivement sur ses droits en termes de prestations financières et de mesures de réadaptation de l'AI.

Préalablement, il s'agira toutefois de se prononcer sur les griefs d'ordre formel soulevés par la recourante à l'encontre de la teneur de la décision litigieuse, ainsi que sur l'absence de traduction vers le français du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 24 septembre 2012.

**3.** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

3.1 Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de

motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A\_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

En l'espèce, il faut concéder que la motivation de la décision du 18 novembre 2013, reprenant à l'identique le texte du projet de décision du 3 octobre 2013, est pour le moins succincte. L'OAI s'est en effet limité, après l'énonciation de dispositions légales générales quant à la notion d'invalidité, le droit à la rente et au reclassement professionnel, à exposer que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 dans son activité habituelle – sans autre précision quant à ses sources – et ne pouvait de ce fait prétendre à des prestations AI. Par courrier d'accompagnement de la décision litigieuse, il a uniquement précisé que l'assurée n'avait fait état d'aucun élément médical nouveau au stade de la procédure d'audition qui serait susceptible de modifier son appréciation .

En dépit de cette motivation peu étayée, il n'en demeure pas moins, comme le relève à juste titre l'intimé dans sa réponse au recours

du 6 février 2014, que la recourante a été parfaitement en mesure d'identifier les bases médicales à l'origine de la décision du 18 novembre 2013. En effet, à l'occasion de la procédure d'audition, par écriture du 22 octobre 2013, elle a fait valoir ses griefs à l'encontre du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, où le recouvrement d'une totale capacité de travail lui a été reconnu. Elle a réitéré et complété ses arguments dans le cadre de la présente procédure de recours sans avoir rencontré quelconque doute sur les fondements de la décision en cause.

Par ailleurs, à l'instar de l'office intimé, l'on retiendra qu'il était en tout temps loisible à la recourante de solliciter les pièces de son dossier AI, possibilité dont elle n'a fait usage qu'au stade de la procédure d'audition.

Partant, il ne fait pas de doute que la recourante a été à même de contester le projet de décision du 3 octobre 2013 et la décision du 18 novembre 2013, en toute connaissance des bases médicales sur lesquelles reposent ces actes.

Le grief de la violation du droit d'être entendu - faute de motivation de la décision litigieuse - tombe en conséquence à faux.

3.2 Dans les rapports avec les autorités, la liberté de la langue - qui garantit l'usage de la langue maternelle, ou d'une autre langue proche, voire de toute langue de son choix - est limitée par le principe de la langue officielle. Ainsi, sous réserve de dispositions particulières (p. ex. art. 5 par. 2 et art. 6 par. 3 let. a CEDH [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101]), il n'existe en principe aucun droit à communiquer avec les autorités dans une autre langue que la langue officielle

(ATF 127 V 219 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] C 166/03 du

2 septembre 2003 consid. 2). Celle-ci est elle-même liée au principe de la territorialité, au sens où elle correspond normalement à la langue qui est

parlée dans le territoire concerné (ATF 136 I 149 consid. 4.3 et les références citées), à savoir en l'espèce le français (cf. art. 3 Cst-VD [Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003 ; RSV 101.01]).

Au demeurant, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite ; aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 131 V 35 consid. 3.3 et les références citées).

Cela étant, il convient de mettre en exergue le principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230 ; TF 9C\_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, confiée par S. \_\_\_\_\_ SA au Dr B. \_\_\_\_\_. Le rapport corrélatif \_\_\_\_\_ du 24 septembre 2012, certes rédigé en langue allemande, relate néanmoins que l'examen clinique opéré par ce spécialiste le 20 septembre 2012 a eu lieu en langue française au sein de son cabinet à [...].

A cet égard, force est de constater qu'il ne ressort pas des pièces du dossier de S. \_\_\_\_\_ SA ou de l'OAI que la recourante aurait requis expressément une traduction vers le français de ce document. Il n'apparaît pas davantage que l'assurée se soit prévalu du défaut d'une telle traduction auprès de ces assureurs, avant le 22 octobre 2013, date à

laquelle elle a fait part de ses objections au projet de décision de l'intimé du 3 octobre 2013 par l'intermédiaire de son mandataire.

Bien plus, l'assurée a elle-même produit le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'occasion du dépôt du formulaire de détection précoce auprès de l'OAI en date du 8 avril 2013, tout en mentionnant expressément son désaccord avec les conclusions de ce praticien. Elle a par ailleurs été en mesure tant en procédure administrative qu'au stade de la présente procédure d'effectuer une critique méticuleuse des éléments contestés du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, ayant même cité des passages spécifiques de celui-ci, de son point de vue emprunts de contradictions et d'éléments erronés (cf. notamment écriture de la recourante \_\_\_\_\_ du 22 octobre 2013 et acte de recours du 3 janvier 2014).

Il y a donc lieu de déduire que les arguments de l'assurée quant à la violation de son droit d'être entendue du fait de l'absence de traduction du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, intervenus pour la première fois au stade des objections au projet de décision du 3 octobre 2013, sont pour le moins tardifs et relèvent d'un comportement contraire à la bonne foi au sens de la jurisprudence citée supra.

En outre, la recourante n'allègue pas avoir pâti de problèmes de compréhension avec l'expert, ce dernier ayant conduit son examen clinique en langue française. Dans la mesure où l'assurée maîtrise cette langue, au moins à l'oral, la présence d'un interprète de sa langue maternelle ne se justifiait à l'évidence pas.

Ce second grief d'ordre formel, relatif au droit d'être entendue de la recourante, doit en conséquence également être rejeté.

**4.** Il s'agit désormais d'examiner les bases matérielles de la décision incriminée, plus particulièrement de se prononcer sur la

réalisation éventuelle des éléments constitutifs d'une invalidité dans le cas de la recourante et sur son droit à des prestations AI.

4.1 En vertu 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, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

4.2 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 (art. 28 al. 1 LAI).

4.3 En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Aux termes de l'art. 14a LAI (entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008). l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

Se prononçant sur cette disposition dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies en plénum ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins, non seulement dans sa profession (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA ; ATF 137 V 1 consid. 7 ; TF 9C\_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus

raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

**5.** 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 maladif, 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 in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

5.1 La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur

intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

En outre, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

5.2 L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, 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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

**6.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre 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) 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 ; TF 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 des 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\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

**7.** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA précité). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

Enfin, il y a lieu de rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée).

**8.** In casu, il y a lieu d'examiner les volets somatique et psychique des problèmes de santé avancés par l'assurée et de déterminer si une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA justifie la reconnaissance d'une incapacité de gain et, partant, d'une invalidité (art. 7 et 8 LPGA). Ce faisant, il conviendra de se prononcer sur la valeur probante des pièces médicales, en particulier celles relatives au volet psychiatrique, et sur la nécessité d'un complément d'instruction médicale sous forme d'expertise, telle que sollicité par la recourante aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans.

8.1 Sur le plan somatique, l'assurée a fait l'objet de nombreuses investigations, ainsi qu'il ressort des différents rapports médicaux réunis par l'OAI et produits auprès de la Cour de céans. Cela étant, aucun des médecins généralistes ou spécialistes consultés n'a clairement mentionné une pathologie somatique avérée, qui serait en l'état de nature à entraver la capacité de travail de la recourante.

En effet, sous l'angle rhumatologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relaté un « syndrome myofascial » et constaté des douleurs de l'épaule droite, sans toutefois ne prononcer quelconque incapacité de travail de ce fait. Il a en revanche renvoyé aux considérations du Dr T.\_\_\_\_\_ sur cette question eu égard à un « état anxio-dépressif » (cf. rapports des 12 décembre 2012 à l'attention de S.\_\_\_\_\_SA et 18 juillet 2013 à l'adresse de l'OAI).

Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, il s'est limité pour l'essentiel à se référer aux rapports de ses différents confrères, relevant que l'assurée souffrait d'affections psychiatrique et rhumatologique qualifiées de « complexes ». Sans préconiser d'incapacité de travail spécifique, il a par ailleurs proposé à l'OAI d'envisager une « réinsertion professionnelle ou une rente » (cf. rapport du 21 juillet 2013 adressé à l'OAI).

Les rapports annexés par ce praticien font en outre tous état d'investigations dans les limites des normes acceptables sans indiquer d'incapacité de travail, voire même de traitements particuliers (cf. rapports des Drs K.\_\_\_\_\_ du 23 avril 2012, Dresse N.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2012 et Dr L.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2013, ainsi que documents d'imagerie du 5 juillet 2013).

Concernant enfin les constats du Dr S.\_\_\_\_\_, communiqués dans un certificat du 20 mars 2014, postérieur à la décision querellée, l'on remarque que si ce spécialiste note certes « une cervicotrapézaïgie sans hernie discale, attribuée à un syndrome articulaire C5/C6 » et une « périarthrite scapulo-humérale », il indique également avoir traité ces affections « avec un bon résultat ». Son appréciation quant à l'impact éventuel de ces problématiques - à son sens « difficilement compatibles avec une activité professionnelle normale » - n'est cependant pas suffisamment précise, ni motivée à satisfaction pour être sérieusement prise en compte. En outre, ce spécialiste se détermine suite à un examen clinique réalisé plusieurs mois après la décision entreprise, sans que ce document n'apporte d'éclairage nouveau sur les circonstances régnant à la date du 18 novembre 2013.

Partant, vu la teneur de l'ensemble des rapports médicaux ressortant aux troubles somatiques allégués par la recourante, force est de constater l'absence de substrat organique avéré à leur origine, singulièrement le défaut de toute incapacité de travail médicalement attestée qui serait clairement corrélée à une atteinte organique.

L'on ne peut dès lors que considérer, avec l'office intimé, que l'assurée n'est pas entravée dans l'exercice d'une quelconque activité lucrative pour des motifs strictement physiques.

Par ailleurs, au vu de l'exhaustivité des examens effectués, l'on ne voit pas qu'une expertise spécifique, telle que requise à titre subsidiaire par la recourante, viendrait faire état d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte à la date de la décision attaquée.

Il convient en conséquence de rejeter cette conclusion subsidiaire par appréciation anticipée des preuves.

8.2 Demeure encore litigieux l'état de santé psychique de l'assurée, singulièrement l'impact de celui-ci sur sa capacité de travail, tandis que les diagnostics évoqués en l'espèce divergent sensiblement.

En premier lieu, l'on relève que le psychiatre ayant assumé régulièrement le suivi de la recourante, le Dr T.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de « trouble dépressif, sans précision (F39) » et d'une « fibromyalgie » dans un contexte de « maltraitance conjugale », de « harcèlement de la part de l'ex-mari » et de conflits professionnels (cf. rapport du 2 août 2013 adressé à l'OAI, ainsi que celui du 10 décembre 2013).

En second lieu, l'expert mandaté par S.\_\_\_\_\_, SA, le Dr B.\_\_\_\_\_, a considéré l'absence de diagnostic psychiatrique durablement incapacitant, retenant un « trouble de l'adaptation » et une « dysthymie (F34.1) » chez une personnalité à traits « émotionnellement immature, impulsive, narcissique et histrionique » (cf. rapport d'expertise du 24 septembre 2012 p. 9 et 15).

Enfin, la Dresse M.\_\_\_\_\_, consultée dès le 6 décembre 2013, a pour sa part pris en compte le diagnostic d'un « état de stress post-traumatique », relatant en sus des violences conjugales et conflits professionnels, une agression sexuelle subie par l'assurée dans son

adolescence (cf. rapport du 16 avril 2014 produit auprès de la Cour de céans).

Du point de vue diagnostique, les conclusions de la Dresse M.\_\_\_\_\_ quant à la réalisation des critères d'un « état de stress post-traumatique » apparaissent d'emblée sujettes à caution. En particulier, le psychiatre traitant ayant suivi l'assurée depuis 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, n'a jamais évoqué une pathologie de cette gravité, tandis que l'assurée n'a pas nécessité d'être hospitalisée en milieu spécialisé ou rencontré d'incapacité de travail de longue durée avant celle prononcée en juillet 2012. L'on peine ainsi à envisager sérieusement que les symptômes d'une telle problématique aient échappé au Dr T.\_\_\_\_\_, qui plus est au vu de la régularité de ses consultations.

Cela étant, ainsi que l'a relevé l'OAI dans sa détermination du 3 juillet 2014, tout développement factuel postérieur à la décision querellée n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Dans la mesure d'ailleurs où la Dresse M.\_\_\_\_\_ ne s'est expressément prononcée que sur l'état de santé « actuel » de l'assurée après une prise en charge de quelques semaines, il n'y a pas lieu de considérer que ce document serait déterminant pour statuer sur le bien-fondé de la décision du 18 novembre 2013.

L'on notera au surplus que le diagnostic isolé de « fibromyalgie » évoqué par le Dr T.\_\_\_\_\_ sans autre détail ne justifie pas davantage d'investigations, celui-ci pouvant être écarté, en termes d'impact sur la capacité de travail de l'assurée, en l'absence de réalisation des critères jurisprudentiels évoqués sous considérant 5.1 supra.

Restent les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, dont les diagnostics ne se trouvent en définitive pas si éloignés, mettant en exergue les circonstances extérieures défavorables, telles que le harcèlement de l'ex-conjoint de la recourante et les conflits professionnels l'ayant affectée. Tous deux prennent en compte essentiellement le registre

des troubles de l'humeur, divergeant essentiellement sur l'intensité et l'impact de ces derniers en termes de capacité de travail.

S'agissant précisément de l'appréciation de la capacité de travail, singulièrement de la valeur probante du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, l'on ne saurait se rallier aux griefs formulés pour le compte de la recourante.

Le rapport incriminé résulte en effet d'une analyse complète des pièces du dossier mises à disposition de l'expert et d'un examen clinique effectué sur la personne de l'assurée. L'expert a par ailleurs exposé de manière concise et objective les raisons le conduisant à écarter les diagnostics retenus par ses confrères au profit de celui de « dysthymie » et de « troubles de l'adaptation ». Tout en discutant les points litigieux, le document en cause fait état de conclusions cohérentes, eu égard aux observations relatées. Par ailleurs, ses explications motivées sur le caractère purement contextuel et étranger à l'invalidité du vécu difficile de l'assurée eu égard aux menaces de son ex-époux et des difficultés sur son lieu de travail, emportent la conviction.

L'on ne saurait au demeurant faire grief à l'expert de s'être montré incomplet, quoi qu'en dise l'assurée, dans la mesure où il s'est expressément prononcé sur la question de la compliance médicamenteuse de cette dernière et sur l'impact des démarches pénales entamées contre son ex-conjoint (cf. déterminations complémentaires du Dr B.\_\_\_\_\_ à l'attention de S.\_\_\_\_\_SA des 27 septembre 2012 et 23 février 2013). Quant à l'allégations d'éléments d'anamnèse erronés, il y a lieu de relever que l'expert a expressément indiqué s'être basé sur les informations communiquées par l'assurée elle-même, ainsi que sur les données versées au dossier de S.\_\_\_\_\_SA.

Enfin, il n'y a pas lieu de reprocher à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec l'assurée, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à

l'appréciation de l'expert (cf. TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6 et 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3).

Partant, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - invoqués par la recourante, lesquels seraient susceptibles de mettre en doute l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, une mesure d'instruction supplémentaire, telle que requise par l'assurée aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans, ne se justifie pas. Il convient en outre de considérer que le rapport d'expertise de ce spécialiste remplit les exigences jurisprudentielles pour fonder l'examen du droit de l'assurée aux prestations de l'AI, sous l'angle purement psychique, sans que l'avis divergent de son psychiatre traitant, insuffisamment motivé, ne justifie d'en remettre en question les conclusions.

C'est ainsi à bon droit que l'intimé a pris en considération l'avis du SMR du 22 août 2013, reposant sur les observations du Dr B.\_\_\_\_\_ et concluant à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 au plus tard, pour considérer que la recourante ne réunissait pas les éléments constitutifs de la notion d'invalidité. L'OAI était en conséquence légitimé à lui refuser toutes prestations de l'AI, soit aussi bien à une rente qu'à des mesures de réinsertion ou de réadaptation.

**9.** Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

9.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les

frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

9.2 Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision, rendue le 18 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Guy Longchamp, à Saint-Sulpice (pour Z. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :