

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juillet 2017

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Laure-Anne Suter,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI; 6, 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____, née en 1967, originaire de l'île Maurice, au bénéfice d'un permis de séjour C, actuellement séparée, a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 4 mars 2013. Elle mentionnait comme atteinte à la santé une "dépression".

Répondant au questionnaire destiné à déterminer son statut, elle a répondu le 3 avril 2013 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en qualité de couturière, par intérêt personnel et financier.

Le 12 avril 2013, la Dresse Q._____ et le Dr M._____, respectivement médecin assistant et chef de clinique auprès du Service de psychiatrie ambulatoire de K._____, ont indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un état de stress post traumatique (F 43.1) existant depuis 2003, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 32.11), un trouble anxieux avec attaque de panique (F 41.0) existant également depuis 2003 et une probable agoraphobie (F. 40.0). Les psychiatres indiquaient que l'assurée était suivie à leur consultation depuis le 6 décembre 2010, faisaient état d'une hospitalisation à P._____ du 15 au 25 mars 2013 en raison d'un risque suicidaire majeur et attestaient une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2012 pour une durée indéterminée. Ils précisaient que l'assurée se trouvait dans un état d'épuisement physique et émotionnel qui ne lui permettait actuellement même pas de prendre soin de son ménage. L'activité habituelle n'était ainsi plus exigible. Au chapitre de l'anamnèse, ils relevaient ce qui suit :

"Il s'agit d'une patiente de 45 ans originaire de L'île Maurice, et issue d'une relation illégitime de sa mère avec un homme marié. Sa mère a essayé d'avorter en vain. Son passé est marqué par la misère, l'abandon, des abus sexuels dès l'âge de 8 ans, des violences physiques et psychiques. A la suite d'un viol à l'âge de 16 ans, elle aura un premier enfant, une fille, suivie d'une deuxième dans le même contexte de violence d'abus. Elle fuit l'île Maurice à l'âge de

18 ans, avec un suisse transsexuel dont elle divorcera après six mois de mariage, après s'être réfugiée à [...]. Elle se remarie à l'âge de 22 ans avec un plâtrier-peintre qui présente des séquelles de mycose rhino-cérébrale ayant nécessité une lobectomie frontale partielle et une reconstruction du visage. Le couple a une fille âgée de 12 ans. Ils vivent dans un petit appartement. L'activité annexe de madame comme couturière indépendante permettait un équilibre financier bien que précaire, jusqu'en 2010.

A la naissance de sa fille en 2003, Mme Z._____ fait une dépression du post-partum. Par la suite en suivant des cours pour être Maman de jour, elle entend parler des violences possibles faites aux enfants et développe un état de stress post-traumatique avec résurgence de tout le passé de maltraitance. Elle bénéficie d'un traitement antidépresseur. La situation se stabilise plus ou moins jusqu'en 2010 où Mme Z._____ décide de partir avec sa famille pour l'Île Maurice, en vacances. Elle espérait y retrouver sa mère et obtenir réparation par la reconnaissance du mal subi. Elle n'en a été que davantage rejetée. C'est dans le cadre d'une décompensation anxieuse qu'elle nous est adressée pour une prise en charge psychothérapeutique.

La psychothérapie de soutien ainsi que l'introduction d'un antidépresseur a permis une amélioration de la symptomatologie jusqu'en été 2012. A cette époque elle a été agressée par deux voisins dans son immeuble avec attouchements et propos obscènes, épisode qui a réveillé tout le passé traumatique et aggravé la symptomatologie somatoforme douloureuse malgré l'augmentation du dosage de l'antidépresseur. Une hospitalisation à P._____ a été nécessaire en mars en raison d'un risque suicidaire majeur."

Dans leur constat médical, les psychiatres notaient ce qui suit :

"Patiente faisant un peu moins que son âge, perdue et démunie. Elle est orientée aux différents modes et vigilante, elle se plaint d'emblée d'angoisses, elle présente une tension psychique tangible. Elle décrit des symptômes tels qu'une tension permanente, des tremblements, des douleurs ostéo-articulaires et musculaires internes, des vertiges, des sensations cénesthésiques sous forme de brûlures et de décharges électriques, une oppression thoracique, une boule épigastrique. Elle décrit une sensation de froid persistant, des troubles du sommeil sous forme de réveils nocturnes intermittents, de difficultés d'endormissement avec résurgence d'images traumatiques créant un sentiment de détresse. Elle décrit un vide de la pensée, une inquiétude liée à la foule, aux espaces clos. Il n'y a pas de dépersonnalisation, il n'y a pas de symptômes psychotiques florides comme des idées délirantes ou des hallucinations, il n'y a pas de signe de dépendance à une substance ou à de l'alcool. La thymie est fluctuante mais les symptômes dépressifs sont marqués avec présence d'une aboulie, d'une anhédonie, d'une perte de vision de l'avenir, d'une inappétence."

Quant au pronostic, les psychiatres indiquaient qu'avec un encadrement soutenant l'assurée pouvait évoluer favorablement en particulier sur le plan thymique mais que les risques de rechutes et de

décompensation étaient marqués. Recommandant la poursuite de la psychothérapie entreprise et l'augmentation progressive de l'antidépresseur, ils exposaient imaginer qu'avec l'amélioration de la symptomatologie, une aide à la réinsertion puisse être utile chez une patiente qui se montrait combative et trouvait dans le travail une forme de thérapie, bien qu'il ne lui soit pas possible de travailler avec d'autres personnes. Comme limitations fonctionnelles, ils indiquaient des difficultés relationnelles (agoraphobie), une certaine logorrhée et une tendance à la méfiance, des difficultés dans la gestion des émotions, en précisant que l'assurée réagissait fortement à des situations qui évoquaient son passé, en particulier lorsque des gens souffrent, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, un état anxieux avec troubles de panique et une tendance à l'agoraphobie. Ils préconisaient d'éviter les activités impliquant un contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, de l'endurance, du stress, de la rapidité et une adaptation permanente.

Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr C._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une dépression psychotique avec hallucinations sensitives, angoisses et somatisations existant depuis 2010 ainsi qu'un état de stress post traumatique suite aux agressions "(agression sexuelle dans l'adolescence, agression sans raison évidente le 24.06.2012 par un couple)". Il a indiqué suivre cette patiente depuis le 22 septembre 2009, a attesté une incapacité totale de travail dans le métier de couturière indépendante depuis 2010 pour une durée indéterminée, en précisant que celle-ci n'était plus exigible en raison de la dépression psychotique avec somatisations et angoisses qui se manifestaient sous la forme d'hallucination sensitives au corps, de douleurs et d'un état de fatigue. Le médecin traitant précisait qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la possibilité d'une activité adaptée, l'assurée étant encore en pleine dépression et aucune amélioration n'ayant encore été constatée malgré le traitement psychothérapeutique et médicamenteux suivi.

Dans leur rapport du 23 avril 2010 adressé à la Dresse Q._____, les Dresses W._____ et B._____, respectivement cheffe de clinique adjoint et médecin assistant à l'Hôpital de P._____, ont notamment relevé ce qui suit :

"La patiente susnommée a été adressée le 15.03.2015 par vous-même, en admission volontaire. [...]

Motif d'hospitalisation :

Mise à l'abri d'un geste auto-agressif.

Diagnostic (CIM - 10) :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3)
- Etat de stress post-traumatique (F43.1)
- Trouble anxieux avec attaque de panique (F41.0)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Traitement à la sortie :

Tranxilium cp 5 mg 1/1/1

[...]

Evolution et discussion :

Dès son arrivée à l'hôpital, Mme Z._____ montre des difficultés à entrer en lien et à participer à la vie du service. Elle décrit une difficulté à rester avec les autres patients, ce qui péjore ses angoisses. [...]

Nous posons l'hypothèse de crise à la suite de votre départ de la consultation de K._____ fin mai après un suivi d'une durée de deux ans. En effet, la patiente semble avoir beaucoup investi la relation avec vous et bénéficier ainsi d'un étayage important et elle ne parvient pas à élaborer la difficulté de séparation. Nous planifions un entretien de réseau avec vous afin de pouvoir aider la patiente dans cette démarche.

Nous posons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. En effet, la patiente présente une humeur dépressive, une anhédonie, une aboulie, une diminution de l'élan vital, des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Elle décrit également des idées suicidaires fluctuantes.

Nous reconduisons les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble anxieux avec attaque de panique et de syndrome douloureux somatoforme persistant, que vous avez posés et justifiés dans votre investigation du 24 février 2011.

Au niveau médicamenteux, Mme Z._____ a refusé la reprise de son traitement de Cipralax qui avait été efficace dans le passé. Nous n'avons pu élaborer d'autre projet thérapeutique en raison de la sortie prématurée de la patiente. Celle-ci demande en effet sa sortie le 25 mars, après un congé où elle s'est sentie entourée, en évoquant le peu d'aide reçue à l'hôpital et déclarant une amélioration de son humeur et la disparition de ses idées suicidaires.

Mme Z._____ persiste dans sa demande, en dépit de notre insistance à lui demander de poursuivre son hospitalisation afin d'effectuer un réseau avec vous. Il est probable que cet événement soit un facteur de stress que la patiente préfère éviter. En l'absence de dangerosité immédiate, nous organisons la sortie de la patiente le 25.03.2013."

Dans son avis du 18 juin 2013, le Dr G._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a notamment relevé que le cas n'était pas stabilisé et qu'il conviendrait d'envoyer au psychiatre un questionnaire détaillé début 2014.

Le 5 mai 2014, le Dr C._____ a répondu comme suit au questionnaire de l'OAI :

1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*
C'est son trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, qui a une répercussion sur sa capacité de travail. Ce trouble réactive tous ses problèmes latents : trouble douloureux somatoforme, troubles anxieux avec attaque de panique, état de stress post-traumatique.
2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*
Aucune amélioration. Depuis qu'elle ne travaille plus, ses relations conjugales sont dégradées. Son mari alcoolique l'insulte et la menace, aggravant encore ses problèmes psychiques. Une demande de séparation a été déposée récemment.
3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*
Capacité de travail comme couturière : 0% depuis janvier 2010
4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*
Capacité de travail dans une activité adaptée : 0%
5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*
Il n'y a pas de limitations sur le plan physique à exercer son activité de couturière. Les limitations sont d'ordre psychique : dépression, état de grande fatigue, angoisses, insomnie, absence de concentration...
6. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*
Je suis son médecin traitant depuis Sept 2009. C'est depuis le 08.01.2010 qu'elle commence à présenter progressivement un état dépressif manifesté par des somatisations, des troubles sensitifs bizarres au corps, des troubles du sommeil...
7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*
Tranxilium 4x5mg/j, Rebalance 4x250mg/j, soutien psychologique. Elle a très peur de P._____, des psychiatres et des psychologues qui l'obligent de raconter 100.000 fois ses problèmes du passé et du présent. Ne veut plus prendre des antidépresseurs, neuroleptiques."

Le 6 février 2015, l'OAI a mandaté le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'expertiser l'assurée. Celui-ci a rendu son rapport le 8 mai 2015. On y apprend que l'assurée a été adressée par le Dr C._____ au Centre de psychiatrie et de

psychothérapie H._____ en février 2015. Elle est suivie par la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie, et la psychologue L._____. Cette dernière a indiqué à l'expert que le suivi était irrégulier, beaucoup de rendez-vous étant annulés, et qu'elle n'avait rencontré sa patiente qu'une douzaine de fois. L'expert retient les diagnostics psychiatriques suivants :

1. Troubles dépressifs probablement récurrents, épisode actuel léger (F33.0),
2. Troubles anxieux sans précisions (F41.9),
3. Troubles douloureux somatoformes persistants (F45.4),
4. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, processus d'invalidation (F68.0),
5. Difficultés liées aux conditions économiques (Z59).

L'expert justifie son appréciation comme suit (pp. 21-22) :

"Pour le premier diagnostic, nous avons rajouté le terme "probable" car il n'y a pas de clarté qu'il s'agisse d'un seul épisode dépressif qui a été amélioré ou de véritablement plusieurs comme évoqué par son ancien médecin psychiatre traitant. Vu le suivi relativement long depuis 2010, on peut partir de l'idée de la récurrence.

L'anxiété est de tout aussi faible intensité, décrite d'une manière assez diffuse, situationnelle, peut-être associée à quelques éléments phobiques comme ascenseur et hauteur, mais il n'y a pas clairement de paralysie anxieuse ni d'autres critères de gravité.

On se trouve donc pour le syndrome douloureux somatoforme dans un registre plutôt descriptif, car il n'y a pas de comorbidité psychiatrique significative/grave. Par ailleurs, les critères pour un éventuel caractère invalidant ne semblent pas remplis [...].

En conséquence, basé sur l'ensemble de nos constatations et analyses, il n'y a pas d'indice pour la présence d'une maladie psychiatrique saillante, et de ce fait, aucune incapacité de travail de principe. De ce fait, l'assurée est à considérer apte à s'insérer dans toutes les activités professionnelles peu ou pas qualifiées.

Cette appréciation fait abstraction de tous les facteurs extra-médicaux, subjectifs et culturels, notamment :

- Faible scolarisation,
- Plaintes relatives aux symptômes,
- Raisons financières,
- Notions d'usure,
- Bilan personnel négatif,
- Eléments de vie adverses,
- Faible constitution physique,
- Conviction personnelle d'une invalidité subjective.

Compte tenu de l'énorme contraste entre auto-appréciation et constat objectif, il semble, au moins au stade actuel, que des propositions de réinsertion professionnelle ne font pas sens.

Néanmoins, on pourrait proposer à l'assurée cette éventualité et lui laisser en quelque sorte une porte ouverte s'il y a une motivation ultérieure.

En ce qui concerne le passé, il est difficile pour l'expert, voire impossible de se prononcer avec certitude, vu que nous n'avons pas examiné l'assurée avant.

On peut cependant dire que dans la période 2010 à 2012, les problèmes se sont cumulés, que l'assurée était, vu ses certificats d'incapacité de travail en 2012, dysfonctionnelle et réellement perturbée.

Entre 2013 et 2014, une amélioration lente a probablement eu lieu. Il n'est pas possible de déterminer ceci avec plus de précision.

De ce fait, nous proposons de partir au début de l'année 2015 pour retenir d'une manière médico-théorique son aptitude au travail."

Dans la partie "Discussion" du rapport d'expertise, on lit encore ce qui suit (pp. 20-21) :

"En examen direct, nous avons vu et décrit une femme qui était d'abord un peu retenue, mais ensuite, se sentant en sécurité et écoutée, passablement expressive, par moments même prolix, avec une assez bonne énergie globale, occupant le temps-espace pendant deux heures et demie sans interruption. Il n'y avait pas de trouble cognitif proprement dit à constater, pas de trouble formel de la pensée, malgré un discours un peu compliqué et circonstancié.

Sur le plan affectif, elle était observable dans une certaine labilité, variant entre passages d'euthymie, glissement de l'humeur, dysphorie et quelques moments d'humeur et de sourires. Elle était affectée en lien avec les descriptions de sa vie dure, des événements pénibles et usants, parfois proche des larmes, mais il n'y avait pas de fixation. Lors de notre deuxième entretien elle était même constante, dans une humeur neutre. En somme, il n'y avait pas d'état dépressif important à retenir. Elargie avec quelques éléments subjectifs, l'échelle de dépression MADRS a montré une valeur légèrement significative, à la limite reflet d'un état dépressif de légère intensité.

L'assurée avait refusé d'autres médicaments après son hospitalisation, son état s'est subjectivement amélioré avec l'application de l'extrait de millepertuis (qui est tout à fait retenu comme efficace dans les études dans des états dépressifs d'intensité légère à moyenne). Le suivi psychiatrique-psychothérapeutique était continu entre 2010 et 2012, mais ensuite aléatoire. Ceci a été confirmé lors de notre entretien avec la psychologue traitante (le psychiatre responsable de la situation ne pouvait pas se prononcer).

Tous les indicateurs sont donc en direction d'un moins grand besoin de suivi et de soutien, autrement dit, d'une amélioration.

Du côté contextuel, il y a plusieurs éléments allant dans le même sens :

- Une séparation effective d'avec son mari, que l'assurée a soigné pendant longtemps et qui a participé à la notion d'usure,
- Autonomie grandissante de sa fille et
- Création d'un petit réseau social secondaire.

En totale opposition à tout cela se trouve l'auto-appréciation. Mme Z. _____ est aujourd'hui dans une conviction ferme, affirmée et

profondément inscrite d'être sévèrement malade et invalide. Elle définit ceci à sa manière personnelle, essentiellement avec des éléments comme vertiges, chutes, fatigue du corps, manifestations neurologiques involontaires, douleurs ubiquitaires dans son corps, troubles de l'ouïe, troubles de la vue, traces de vieillissement sur son corps et autres. Elle a exprimé une fatigue de vie, de lutte, ayant personnellement tiré un trait sur tous les efforts et activités antérieurs, se décrivant sur le chemin de mort qui serait intervenu si sa fille n'était plus là. Tout ceci est bien inscrit dans son histoire personnelle, femme venue de la pauvreté, qui a lutté pour se créer une place, qui est déçue à plusieurs niveaux, mais ceci n'est pas à confondre avec un état dépressif clinique.

L'on peut encore ajouter que si l'aspect dépressif devait s'accroître, il existe une large palette de moyens thérapeutiques pour l'influencer positivement. Nous estimons qu'un tel traitement serait exigible.

Par ailleurs, il était intéressant que le médecin psychiatre qui l'a le mieux connue, la Dresse Q. _____, dans son dernier rapport, a tout à fait laissé la porte ouverte pour une amélioration et réintégration sociale-professionnelle. Or, après le départ de cette dernière et l'hospitalisation, l'évolution du côté subjectif était totalement dans l'autre direction. Nous nous sommes donc trouvés devant un positionnement immuable, une sorte d'invalidité subjective, face à laquelle les éventuelles propositions de réinsertion paraissent pratiquement caduques."

A la requête du SMR, un complément d'expertise a été déposé par le Dr N. _____ le 13 août 2015. On y lit ce qui suit :

- "- Nous sommes dans ce cas dans la difficulté de mesurer une progression de pathologie sur un long terme et une amélioration aussi sur un long terme.
- Concrètement : l'assurée allait de plus en plus mal dans la période 2010 à 2012. En 2012 sont intervenus les premiers certificats d'arrêt de travail (mais dont je n'ai pas disposé). L'hospitalisation en mars 2013 était un point culminant de pathologie. A la fin du séjour il y a eu amélioration. Ensuite sont intervenus : refus de l'assurée pour un suivi, changement en médication millepertuis etc.. L'autre point définissable est le moment de l'expertise avec constat d'un état dépressif léger, peu traité.
- Je propose de ce fait de retenir une période d'incapacité de travail entre 2012 et la fin de l'hospitalisation 2013.
- Pour la suite, dès la fin de l'hospitalisation, je propose de retenir une période théorique jusqu'à la fin 2013 d'incapacité de travail, correspondant à une récupération médico-théorique.
- Ensuite l'assurée est entrée dans la notion d'invalidité subjective et plus ou moins en refus de traitement. En tant qu'expert investi "postérieurement" je ne peux pas me prononcer beaucoup plus précisément en absence d'informations objectives (cf. aussi positionnement du TF sur la question). Le seul rapport de la période 2014 du Dr C. _____ ne peut pas être suivi tel quel.
- J'ai de ce fait tendance (c'est une approximation) de dire qu'une capacité de travail en tant que couturière ait existé à 50% en 2014 et depuis mon expertise à 100%.

- Les taux sont en analogie à appliquer aussi pour d'autres activités.
- Par rapport aux limitations fonctionnelles de l'époque de perturbation, elles correspondent à un tableau anxio-dépressif habituel."

Par avis du 27 août 2008, le Dr R. _____ du SMR a fait siennes les conclusions de l'expert, compte tenu de l'argumentation complémentaires de celui-ci, retenant une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée de 100 % de 2010 au 31 décembre 2013, puis une capacité de travail de 50 % du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2015. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une fatigabilité, un trouble de l'adaptation et de l'anxiété.

Par projet de décision du 7 septembre 2015, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014 et une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Ses motifs étaient les suivants :

"Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de couturière indépendante.

[...]

De l'entier du dossier et notamment des constatations médicales contenues selon l'expertise réalisée, nous admettons que pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail totale dans votre activité habituelle de l'ordre de 100% depuis 2010. C'est à partir de cette date (janvier 2010) qu'est fixé le délai de carence d'une année.

A l'échéance du délai de carence en question, le 1^{er} janvier 2011, votre incapacité de travail et de gain est totale ce qui vous donne droit à une rente entière de l'assurance invalidité.

Toutefois, votre demande AI est tardive et le début du droit à la rente ne peut prendre effet qu'à compter du 1^{er} septembre 2013, soit six mois à compter du dépôt de la demande AI (datée du 7 mars 2013).

Du point de vue médical, nous pouvons constater une amélioration de votre état de santé avec une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50% à compter du mois de janvier 2014, vous avez dès lors droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1^{er} avril 2014, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé.

Compte tenu du fait que votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 100% dans toute activité à compter du 1^{er} janvier 2015, le droit à la rente prend fin au 31 mars 2015, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé et cela en vertu de l'article 88a al. 1 RAI."

Par écritures des 29 septembre et 28 décembre 2015 de sa mandataire, Me Laure-Anne Suter, avocate à Lausanne, l'assurée a formulé des objections au projet de décision de l'OAI du 7 septembre 2015. Elle a en substance fait valoir que les diagnostics retenus par l'expert N._____, principalement celui de "troubles dépressifs probablement récurrents, épisode actuel léger (F33.0)", ont été posés sur la base d'un entretien de deux heures trente et différaient fortement de ceux établis auparavant. En outre, la pleine capacité de travail de l'assurée mise en avant par l'expert serait manifestement incompatible avec le grand nombre de troubles qu'elle présente, tels que mis en exergue par ce même expert. Elle relevait par ailleurs que, pour la période allant de 2013 à 2014, l'expert indiquait seulement qu'une amélioration avait "probablement" eu lieu, tout en exposant ne pas pouvoir déterminer ceci avec plus de précision. Ainsi, l'assurée estimait qu'à ce stade déjà, le rapport d'expertise paraissait non seulement peu convaincant mais surtout en contradiction grave avec tous les autres éléments du dossier. Pour le surplus, elle relevait que, dans son complément du 13 août 2015, l'expert n'avait pas justifié les motifs pour lesquels le rapport du 5 mai 2014 du Dr C._____ ne saurait être suivi tel quel, tout en livrant des conclusions approximatives quant aux taux d'incapacité de travail retenus. Elle contestait encore l'appréciation de l'expert, selon laquelle elle ne souffrirait plus que d'un trouble dépressif léger puisqu'elle avait moins besoin de suivi. Elle a invoqué à cet égard le rapport médical du 13 novembre 2015 établi par la Dresse D._____ et la psychologue L._____ du Centre de psychiatrie et psychothérapie H._____. Ce rapport a la teneur est la suivante :

"Mme Z._____ est suivie au Centre des H._____ depuis le 23 juin 2014. Il s'agit d'une patiente d'origine mauricienne, qui présente au niveau du diagnostic psychiatrique un état de stress post traumatique, une dépression sévère, une anxiété généralisée ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'état de santé mental de Mme Z._____ serait la conséquence de viols répétés subis au cours de sa jeunesse et de plusieurs traumatismes liés à l'enfance. Ceux-ci ont débuté par une tentative d'avortement de la part de sa mère alors qu'elle était enceinte de la patiente. Mme Z._____ est issue d'une relation illégitime et a été rejetée par ses parents. Elle aurait vécu dans la rue, subissant plusieurs types de maltraitance jusqu'à son arrivée en Suisse.

Sur le plan relationnel, Mme Z. _____ présente une grande méfiance vis-à-vis des autres, ce qui la pousse à l'isolement. Les images des traumatismes qu'elle aurait vécus sont fortement imprégnées en elle et toute contrainte est perçue comme une atteinte à son intégrité, ses assises identitaires étant précaires. Elle rapporte d'ailleurs de grandes angoisses, accompagnées de vertiges et un sentiment d'effondrement quasi permanent lorsqu'elle sort de chez elle.

Malgré un travail thérapeutique qui progresse de manière relativement favorable ainsi qu'une bonne alliance thérapeutique, nous ne jugeons pas que la patiente soit dotée des outils nécessaires pour pouvoir travailler. Elle s'oppose à une prise médicamenteuse qui pourrait lui être bénéfique, se jugeant très faible pour supporter les médicaments. En effet, son état de santé semble être fragile et elle souffre de plusieurs carences en vitamines qui seraient également responsables de son manque d'énergie."

La mandataire de l'assurée a également joint à son écriture le courrier du Dr C. _____ du 26 octobre 2015, dans lequel celui-ci certifiait que sa patiente souffrait toujours de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen à sévère, de troubles anxieux avec attaques de panique et d'un syndrome douloureux somatoforme. Il déclarait que l'évolution était fluctuante depuis 2010 mais que, dans l'ensemble, il n'y avait que très peu d'amélioration et que sa capacité de travail, fortement réduite, ne dépassait pas les 30 %.

Le conseil de l'assurée a conclu à la modification du projet de décision du 7 septembre 2015 en ce sens que l'intéressée est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 pour une durée indéterminée. Elle a en outre requis, en invoquant les "contradictions flagrantes" entre l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr N. _____ et les différents rapports médicaux figurant au dossier, la mise en œuvre d'une contre-expertise tendant à évaluer la pathologie psychiatrique de l'assurée et ses conséquences sur sa capacité de travail. Elle a demandé, le cas échéant, à être interpellée sur le choix de l'expert.

Dans un avis SMR du 19 janvier 2016, le Dr R. _____ a relevé d'emblée, en accord avec le conseil de l'assurée, qu'il y avait lieu de procéder à une rectification de date en retenant la date du 8 mai 2015 et non celle du 1^{er} janvier 2015 s'agissant du moment où l'assurée aurait recouvré une pleine capacité de travail. En ce qui concerne les autres

griefs, il a estimé que le rapport médical établi par les spécialistes du Centre H._____, relativement succinct, n'apportait aucun élément médical qui n'ait été pris en compte in extenso par l'expert psychiatre. En outre, il soulignait qu'il ressortait de celui-ci que l'assurée s'opposait à une prise de médicaments qui pourrait lui être bénéfique, s'estimant trop faible pour les supporter. Enfin, il relevait que la Dresse D._____ indiquait une progression relativement favorable du travail thérapeutique et attestait une bonne alliance thérapeutique. Revenant sur l'expertise N._____, le Dr R._____ estimait qu'elle s'avérait très précise sur le plan anamnestique (reformulations validées tout au long de l'examen suivi d'un entretien téléphonique avec l'assurée). Selon lui, la discussion du cas couvrait tous les aspects de la problématique tant médicale que sociale, qui étaient abordés de manière détaillée et dans une neutralité non dénuée d'une certaine empathie de la part de l'examineur. Il en concluait que les remarques énoncées par le conseil de l'assurée ainsi que les termes du certificat médical établi par le psychiatre traitant actuel ne paraissaient pas de nature à modifier l'appréciation de l'OAI sur le plan assécurologique. Au vu du constat établi par le psychiatre traitant, il relevait que la prise en charge médicale, pertinente, devrait se poursuivre afin de parvenir à l'amélioration globale de l'état de santé de l'assurée.

Par courrier du 2 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait maintenir son projet de décision du 7 septembre 2015, à l'exception de la date de la pleine capacité de travail, fixée au 8 mai 2015 au lieu du 1^{er} janvier 2015. Il a exposé considérer que l'expertise du Dr N._____ avait pleine valeur probante et a repris pour le surplus les motifs du SMR concernant les griefs soulevés par l'assurée à l'encontre de son projet de décision.

Par décision du 18 avril 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014 et une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 31 août 2015.

B. Par acte de son conseil du 23 mai 2016, Z._____ a recouru contre la décision du 18 avril précédent en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée à compter du 1^{er} septembre 2013 pour une durée indéterminée. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. La recourante reprend, en les développant, les griefs avancés en procédure d'audition, à savoir que le rapport d'expertise (et son complément) établi par le Dr N._____, en particulier le diagnostic de trouble dépressif, probablement récurrent, épisode actuel léger, et son incidence sur la capacité de travail au cours du temps, est en contradiction avec les éléments médicaux figurant au dossier. Elle relève en outre que les conclusions sont approximatives, voire lacunaires et la motivation non convaincante. A titre principal, elle requiert la mise en œuvre d'une contre-expertise tendant à évaluer la pathologie psychiatrique qui est la sienne et ses conséquences sur sa capacité de travail.

Par décision du 24 mai 2016, le juge instructeur de la Cour de céans a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire couvrant l'exonération de l'avance de frais et celle des frais de procédure ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Laure-Anne Suter.

Par réponse du 20 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr N._____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur d'un rapport médical. En particulier, il considère que ses conclusions sont claires, bien motivées et exemptes de contradictions, que l'expert a tenu compte des différents rapports médicaux figurant au dossier et a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il retient une pleine capacité de travail à compter du jour de l'expertise (8 mai 2015). Par conséquent, l'intimé est d'avis que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifie pas.

Dans sa réplique du 9 septembre 2016, la recourante maintient ses conclusions et les mesures d'instruction déjà requises.

C. Par courrier du 16 septembre 2016, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, en indiquant qu'il envisageait de mandater le Dr J._____. Il leur a imparti un délai pour déposer leurs éventuelles déterminations quant au choix de l'expert et produire un questionnaire.

Par écriture du 6 octobre 2016, la recourante a indiqué ne pas avoir d'objection à formuler quant au choix de l'expert. Elle a souhaité que les questions suivantes lui soient posées :

- "1. Quels sont les troubles psychiatriques dont souffre Mme Z._____ ?
2. Quelle est la répercussion de ces troubles sur la capacité de travail de Mme Z._____ ?
3. Selon le rapport établi le 10 mai 2016 par Dresse D._____ et Mme L._____ du Centre de psychiatrie et psychothérapie H._____ où Mme Z._____ est suivie depuis juin 2014 (pièce 4 du bordereau déposé par la recourante le 23 mai 2016), celle-ci ne dispose pas des outils nécessaires pour être en mesure de travailler, et ce en dépit d'un travail thérapeutique qui progresse de manière favorable et une bonne alliance thérapeutique. Comment vous déterminez-vous par rapport à cette appréciation ?
4. Y a-t-il eu, selon vous, une évolution de ces troubles, et partant de la capacité de travail de Mme Z._____, depuis 2013 à ce jour ? Si oui, dans quelle mesure précisément et quels sont les éléments/événements à l'origine de cette évolution ?
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives en lien avec les troubles constatés ?
6. La situation est-elle encore en train d'évoluer ou l'état de santé de Mme Z._____ peut-il être considéré comme stable ?
7. Quelle est l'influence de ces troubles sur l'activité de couturière exercée par Mme Z._____ par le passé ? Comment se manifestent-ils ? Mme Z._____ est-elle encore en mesure d'exercer cette activité ? Si oui, à quel taux ? Si non, d'autres activités sont-elles exigibles ? Les troubles ont-ils une influence sur le rendement ?
8. Des mesures sont-elles envisageables pour améliorer la capacité de travail de Mme Z._____ ? Si oui, lesquelles ?"

Dans le délai prolongé à cet effet, l'intimé s'est déterminé le 27 octobre 2016 en indiquant, qu'en sus des questions habituelles à poser à l'expert (figurant sur le formulaire produit en annexe), il souhaiterait que l'expert, en cas de divergence, explique expressément les motifs pour lesquels il se distancie des avis présents au dossier. Il a requis au surplus, qu'en cas d'évolution de la situation dans le temps, l'expert veuille bien établir une chronologie la plus précise possible des événements.

Le 12 décembre 2016, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a accepté le mandat d'expertise. Il a déposé son rapport le 3 mars 2017. Après avoir procédé à un rappel anamnestique détaillé et rapporté les plaintes de la recourante, il a notamment exposé ce qui suit :

Observation

A l'examen, on est face à une femme amaigrie dont la tenue vestimentaire et l'hygiène sont correctes, sans plus. L'intéressée est constamment en pleurs et, chez le soussigné, présente de toute évidence des troubles psychiatriques importants.

Le soussigné n'a pas constaté de foetor alcoolique ni de signes d'imprégnation par des substances psychoactives. Il n'y avait pas de manifestations de sevrage.

Mme Z._____ collabore tant bien que mal à l'investigation psychiatrique. Elle donne les informations demandées de façon désordonnée et incomplète, sans donner l'impression de ne pas vouloir coopérer. S'il y a un certain théâtralisme, l'intéressée ne donne pas l'impression de majorer délibérément ses plaintes.

L'assurée est orientée dans le temps et dans l'espace. Si elle est parfaitement vigile, elle présente des troubles attentionnels qui sont perceptibles en consultation.

Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. L'observation parle contre une affection cérébrale organique.

L'assurée est triste. Elle pleure sur quasiment tout l'entretien. La communication en est parfois difficile. Elle n'est par contre pas ralentie. La présentation générale actuelle est bel et bien celle d'une personne dépressive.

Mme Z._____ se montre tendue. Son visage exprime l'inquiétude. Elle est mal à l'aise dans son fauteuil et tend à tortiller ses mains.

Le cours de la pensée suscite quelques interrogations. L'intéressée est quelque peu désordonnée sans qu'il s'agisse d'une véritable incohérence. Elle garde le fil de l'entretien.

La question d'un délire et d'hallucinations s'est posée en séance, même si le soussigné n'en a pas retrouvé des signes directs ou indirects.

Tests psychologiques

Dans le contexte d'un épisode dépressif avéré, le soussigné a effectué l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (17 items).

En date du 06.02.2017, l'intéressée obtient *un* score de 26 ce qui correspond à un état actuel moyen (17 à 26) et qui est à la limite supérieure de ce degré de sévérité.

Examens de laboratoire

Chez une assurée régulièrement suivie par son médecin traitant, le soussigné a renoncé à prélever du sang pour un examen de débrouillage.

L'expert n'a pas voulu doser le Cipralax, sachant la très basse posologie prescrite ici, au vu des intolérances de l'intéressée. Les

extraits de millepertuis ne sont pas dosables dans le sérum par des méthodes de routine.

Diagnostics

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de:

- **Trouble panique avec agoraphobie (F40.01)**
- **Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)**
- **Trouble somatisation (F45.0)**

selon les critères et la dénomination des ouvrages de référence.

Appréciation finale

Pour cette appréciation très difficile, les chapitres suivants passent en revue l'appréciation diagnostique, les traits de personnalité et la question de la cohérence. Ils suivent par l'appréciation sur le plan de la médecine assurances en regard des ressources et des limitations constatées et par une synthèse/conclusion.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble panique avec agoraphobie (F40.01)*, un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)* et un *trouble somatisation (F45.0)*.

- *Trouble panique avec agoraphobie*

L'attaque de panique est une période bien délimitée et soudaine de peur intense accompagnée d'un sentiment de catastrophe imminente (peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de s'évanouir ou de mourir) qui est très caractéristique. Elle est associée à différentes sensations physiques: palpitations, sensations d'étouffement, sudations, tremblements, secousses musculaires, nausées, vertiges et gêne abdominale. Elle est proche de ce que décrivent les concepts de spasmophilie, de tétanie par hyperpnée et de tétanie par hyperventilation.

La répétition des attaques de panique entraîne souvent des conduites d'évitement par peur d'une nouvelle attaque. Le sujet en cause peut se faire accompagner par une personne considérée comme sûre (objet contra phobique) dans les lieux et les activités considérés comme à risque, comme c'est le cas ici. Lorsque l'organisation de vie tend à se constituer autour de cette peur d'avoir peur et que les attaques surviennent aussi sans facteur déclenchant, on ne parle plus *d'attaque* de panique mais de *trouble* panique qui est considéré comme une maladie psychiatrique en soi.

Dans le cas présent, l'intéressée rapporte des attaques de panique typiques. Celles-ci surviennent en crises d'une vingtaine de minutes. Elles comprennent une sensation d'oppression thoracique et de difficultés respiratoires, des vertiges, des tremblements et des palpitations. Elles sont accompagnées de la cognition caractéristique d'un risque de malaise mortel imminent. Elles surviennent spontanément.

Ces crises et la peur de ces crises ont déterminé des conduites d'évitement notamment des situations de foule et de confinement. Il n'y a pas d'évitement de situations sociales.

Au vu de ce qui précède, l'expert pose un diagnostic de *trouble panique avec agoraphobie*, tel qu'il est défini dans les ouvrages diagnostiques de référence. Ce trouble est présent depuis des années avec des hauts et des bas. Il avait d'ores et déjà été retenu par les psychiatres de la consultation K._____ dans leur rapport médical du 12.04.2013.

Si l'expert N._____ ne mentionne qu'un *trouble anxieux sans précision*, il retient néanmoins des conduites d'évitement (ascenseur

et hauteur). Il n'exclut pas explicitement l'agoraphobie (grands magasins) alors qu'il s'agit d'un symptôme qui est pour le moins attendu dans un tel contexte.

A ce propos, il est aussi vraisemblable que l'intéressée ne se soit pas spontanément plainte de ce trouble phobique et qu'elle ait été moins symptomatique à l'époque.

A ce propos, on peut rappeler que les troubles phobiques ne sont souvent nommés que tardivement dans les dossiers médicaux, dans la mesure où ils ne motivent pas la démarche initiale des sujets en cause auprès du système de soins.

Les phobiques évitent souvent de parler de leurs phobies par crainte de s'y exposer. Ils peuvent aussi en avoir honte. Ils ne les identifient pas toujours comme une maladie à laquelle les structures de santé pourraient répondre par une aide appropriée et ne voient dès lors pas d'intérêt de les mentionner spécifiquement. Pour l'expert, les troubles phobiques sont pourtant des pathologies psychiatriques significatives dont le caractère incapacitant est souvent sous-estimé. Pour tous ces motifs, le soussigné s'écarte du rapport d'expertise du 08.05.2015. Il réfute le trouble anxieux sans précision et retient la pathologie anxieuse plus grave et plus spécifique qu'est le trouble panique avec agoraphobie et ce au moins depuis le rapport de la consultation K. _____ du 12.04.2013.

· *Trouble dépressif récurrent*

Les ouvrages diagnostiques de référence (CIM-10 et DSM-IV-TR) comprennent un chapitre des *troubles affectifs* qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les *troubles bipolaires et dépressifs majeurs* sont les maladies les plus graves. La *dysthymie* et la *cyclothymie* caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail à elles seules.

La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie d'items qui peuvent être qualifiés de "cardinaux". Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère:

· L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois items cités à la lettre B et d'au moins un des items cités à la lettre C pour atteindre *au moins quatre items*.

· L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois items des critères B et la présence de plusieurs items du critère C pour atteindre un total *d'au moins six items*.

· L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois items de la lettre B ainsi que plusieurs items du critère C pour atteindre un total *d'au moins huit items*.

Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales ainsi que la diminution de l'intérêt et du plaisir. Ceux-ci sont rapportés comme présents la plupart du temps, tous les jours et depuis des mois, sans que l'expert ait des raisons de mettre en doute ce qu'affirme Mme Z. _____ sur ce plan.

Par ailleurs, on note une sévère diminution de l'estime de soi. L'intéressée dit qu'elle n'a pas d'idées suicidaires actuellement "à cause de sa fille". Elle rapporte néanmoins un tentamen médicamenteux suivi d'hospitalisation dans son pays, peu avant la naissance de son premier enfant.

Mme Z. _____ se plaint également de difficultés à penser et à se concentrer et de sévères troubles du sommeil sur toute la nuit.

Ces plaintes ne sont pas en discordance avec la présentation de l'assurée. Mme Z. _____ est authentiquement triste. Le registre cognitif est bien celui de la dépression. Pour l'expert, on est au-delà de la labilité affective mentionnée dans le rapport d'expertise du 08.05.2015.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un épisode dépressif. Il le qualifie de *moyen*, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 06.02.2007.

Même si le tableau dépressif de Mme Z. _____ a relevé d'une composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire peut dès lors être réfuté.

L'anamnèse parle plutôt pour des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission. Le soussigné considère dès lors qu'on doit retenir la *récurrence* et la faire figurer dans le libellé diagnostique, comme cela a été retenu à plusieurs reprises au dossier.

Le soussigné a recherché d'éventuels *symptômes psychotiques* associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il les a ici exclus, dans la mesure où il retient un diagnostic de trouble somatisation.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*, selon la terminologie de la CIM-10, tout en sachant qu'on est à la limite supérieure de ce degré de sévérité.

Cette appréciation diagnostique rejoint celle des collègues de la consultation K. _____ et de l'Hôpital psychiatrique de P. _____. Elle ne s'écarte pas de l'appréciation N. _____ tout en sachant que le soussigné considère que l'épisode dépressif est sévère.

· *Trouble somatisation*

Le trouble somatisation est un tableau clinique constitué d'un ensemble de plaintes somatiques, multiples, récurrentes et non expliquées par une affection médicale générale. S'il y a une atteinte corporelle, elle n'a pas la sévérité permettant de fonder l'importance des symptômes présentés par le patient.

Le récent DSM-5 a introduit le concept de "Trouble à symptomatologie somatique" codé F45.1 qui permettrait "de caractériser plus utilement d'un point de vue clinique les personnes qui auraient reçu un diagnostic de somatisation" selon les critères du DSM-IV-TR.

Selon le DSM-IV-TR, les symptômes requis pour le diagnostic de somatisation sont au moins les suivants:

1. Quatre symptômes douloureux: antécédents de douleurs touchant au moins quatre localisations ou fonctions du corps (par exemple la tête, le dos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum, la menstruation, les rapports sexuels, la miction).

2. Deux symptômes gastro-intestinaux: antécédents d'au moins deux symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs (par exemple nausées, ballonnements, vomissements en dehors de la grossesse, diarrhées ou intolérance à plusieurs aliments différents).

3. Un symptôme sexuel: antécédents d'au moins un symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre qu'une douleur (par exemple désintérêt sexuel, anomalie de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières, règles excessives, vomissements tout au long de la grossesse).

4. Un symptôme psycho-neurologique: antécédents d'au moins un symptôme ou d'un déficit évoquant une affection neurologique, autre qu'une douleur (symptôme de conversion comme un trouble de la coordination ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, des difficultés de déglutition ou une "boule dans la gorge", une aphonie, une rétention urinaire, des hallucinations, une perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité, des crises convulsives; des symptômes dissociatifs comme une amnésie; une perte de conscience autre qu'un évanouissement).

Les patients souffrant du trouble somatisation rapportent souvent mal leur histoire médicale, comme c'est le cas ici. Ils sont connus pour être impulsifs et parfois suicidaires avec une anamnèse de menaces ou de tentative de suicides, comme c'est le cas ici. Le conflit conjugal est fréquent.

La comorbidité psychiatrique est quasiment la règle et constituée de troubles anxieux, de troubles dépressifs et de troubles de personnalité (histrionique, borderline et antisociale). On sait que ces sujets adoptent le plus souvent un comportement d'invalidé.

Les premiers symptômes sont souvent présents dès l'adolescence et le trouble débute en général avant l'âge de 30 ans. Le diagnostic n'est retenu que si le tableau clinique dure plusieurs années. La CIM-10 pose l'exigence d'un minimum de deux ans.

Le trouble somatisation est une affection qui touche essentiellement le sexe féminin. Il est connu pour être chronique et pour évoluer de façon fluctuante. Dans la règle, la prise en soins n'a pas le but de guérir mais bien celui de diminuer la souffrance des sujets en cause et d'améliorer leur qualité de vie, sans plus. Autant dire que le trouble résiste le plus souvent aux traitements conduits selon les règles de l'art.

Dans le cas présent, l'intéressée se plaint depuis des années de symptômes d'allure somatique. Ceux-ci sont multiples et récurrents et, dans la règle, n'ont pas trouvé leur explication organique.

Mme Z._____ rapporte des douleurs touchant la tête, le dos, la poitrine, les os en général, différentes articulations et les mains.

Sur le plan gastro-intestinal, elle mentionne du ballonnement, "l'estomac qui serre" et de nombreuses intolérances alimentaires (oignons, brocolis, haricots, lait).

Sur le plan "sexuel", dans le sens du DSM-IV-TR, elle rapporte le désintérêt. Elle dit qu'elle ne comprend pas pourquoi "on doit faire ça". Lorsqu'elle était réglée, les menstruations étaient souvent douloureuses et trop abondantes.

Sur le plan psycho-neurologique, la symptomatologie est riche avec des dysesthésies, des hypoesthésies, des problèmes d'équilibre, des faiblesses musculaires voire des paralysies transitoires. Comme l'autorise le DSM-IV-TR, le soussigné intègre dans ce chapitre les hallucinations d'une assurée qui dit avoir vu la vierge.

Certains éléments de l'observation valident des *symptômes dissociatifs* sachant une amnésie ciblée sur certains événements marquants comme les circonstances de la naissance de ses filles et probablement les viols.

Les plaintes somatoformes vont dans ce cas bien au delà de la simple douleur sans bases organiques. Le soussigné doit dès lors écarter le diagnostic de *syndrome douloureux somatoforme* notamment retenu par l'expertise du 08.05.2015 car cette entité ne prend pas en compte l'ensemble des plaintes somatoformes de Mme Z._____.

Le tableau somatoforme présenté par Mme Z._____ rejoint en fait très exactement ce que désigne le *trouble somatisation* qui s'avère ici typique et grave.

Autres pathologies psychiatriques

L'expert a recherché un autre trouble anxieux spécifique que le trouble panique avec agoraphobie (anxiété généralisée, obsessions et compulsions). Il n'en a pas trouvé.

Actuellement, il n'y a pas la preuve d'un abus ou d'une *dépendance à des substances psychoactives*, benzodiazépines y compris. Il n'y a pas de plainte en rapport avec les conduites alimentaires. Il n'y a pas de motif, en l'état actuel des informations à disposition, de retenir un trouble psychotique. Il n'y a aucun indice d'atteinte cérébro-organique.

Il faut enfin discuter deux autres entités diagnostiques qui ont été retenues au dossier de Mme Z._____.

L'assurée a vraisemblablement présenté un tableau clinique complet *d'état de stress post traumatique* à certains temps de son évolution, au vu de ce qu'on peut lire au dossier.

En ce moment, la recherche des symptômes de ce trouble retrouve des cauchemars qui ne sont toutefois plus directement en rapport avec les événements traumatiques en cause. Ceux-ci peuvent néanmoins être admis comme des intrusions. On retrouve aussi des conduites d'évitement par rapport aux indices des événements en cause.

Il n'y a par contre plus l'activation neurovégétative qui est requise pour le diagnostic de trouble état de stress post traumatique. L'assurée ne rapporte pas davantage le détachement affectif typique des états de stress post traumatiques graves.

En l'état, il n'y a par conséquent plus tous les critères diagnostiques requis pour un diagnostic d'état de stress post traumatique. Certains auteurs anglo-saxons parlent alors de *sub-syndromal post traumatic stress disorder* pour désigner cette situation dont on sait que le risque de réactivation est constamment présent.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 08.06.2015 retient une *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*.

Sous le code F68.0, la CIM-10 décrit effectivement une entité diagnostique appelée *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* qu'elle classe dans le chapitre général des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte et dans le même sous-chapitre que les troubles factices. Le trouble est assimilé à l'ancienne terminologie de *névrose de compensation*.

Les critères diagnostiques du trouble impliquent un point de départ corporel. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique. Les symptômes physiques sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble somatique initial.

Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychosociaux identifiables. La CIM-10 en désigne trois, à savoir la crainte manifeste de handicap ou de la mort, la possibilité d'une compensation financière, la déception par rapport à la qualité des soins médicaux.

L'intéressée se présente depuis des années avec un tableau clinique de trouble panique avec agoraphobie, de trouble dépressif récurrent et de somatisation. Il n'y a pas eu d'accident ni de maladie physique au départ des troubles de l'intéressée. Il n'y a pas de point de départ corporel.

Il n'y a pas davantage de comportement de revendication ni de demande de compensation financière qui seraient au premier plan. Il n'y a pas notion d'une crainte de handicap ou de mort ni de déception marquée par rapport à la qualité des soins médicaux.

Pour le soussigné, Mme Z. _____ n'entre par conséquent pas dans les critères diagnostiques de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation). Le soussigné s'écarte du rapport d'expertise N. _____ sur ce point.

Personnalité

Dans la mesure où l'on retient les diagnostics précités, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de retenir un trouble de personnalité.

Mme Z. _____ s'est montrée plutôt résiliente compte tenu des antécédents qu'elle rapporte. Elle a réussi à faire plus ou moins face jusqu'à ces dernières années.

On doit néanmoins admettre des traits de personnalité pathologique. Pour le soussigné, ceux-ci relèvent de la *dépendance* d'une personne qui tend à s'appuyer exagérément sur les autres. Mme Z. _____ a eu beaucoup de difficultés à mettre fin à des relations dans lesquelles elle était maltraitée.

Il y a aussi le manque d'assurance et les difficultés à s'affirmer des personnalités dites anxieuses (évitantes).

Si ces singularités personnelles ne sont pas suffisamment marquées pour valider un trouble, elles jouent et ont joué un rôle dans l'installation d'une pathologie psychiatrique chronique, grave et vraisemblablement fixée pour une longue durée.

Cohérence

Dans la mesure où l'on retient les diagnostics précités, l'expert considère que l'on peut affirmer que Mme Z. _____ offre un tableau clinique cohérent. Il n'y a pas d'atypie.

En dehors de ce que signifient les plaintes somatoformes en termes de discordance avec les bases organiques, l'intéressée ne majore pas sa symptomatologie psychiatrique. Elle se montre plutôt authentique. Il n'y a pas d'indice de simulation.

L'histoire de l'assurée et les limitations qu'elle rapporte correspondent enfin à ce à quoi un clinicien expérimenté peut s'attendre dans une telle constellation diagnostique.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble panique avec agoraphobie (F40.01)*, un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)* et un *trouble somatisation (F45.0)*.

· *Trouble panique avec agoraphobie*

Les sujets souffrant de *trouble panique* peuvent présenter des limitations sévères de leur fonctionnement personnel et socio-professionnel. Les crises et la peur des crises peuvent susciter des comportements difficilement supportables sur les lieux de travail, les personnes en cause demandant une aide urgente et immédiate et s'attendant parfois à un soutien et à des égards difficilement compatibles avec une activité professionnelle efficace.

Les comportements d'évitement peuvent diminuer l'autonomie de ces sujets de façon conséquente. Ces personnes peuvent entrer en crise dans des réunions professionnelles ou devoir les éviter. Elles peuvent être incapables de prendre un ascenseur, les transports publics et de s'éloigner du lieu de travail ou de leur domicile, même avec la mise en place de stratégies ad hoc. La circulation en automobile peut être problématique (embouteillages, ponts, tunnels).

L'anxiété de fond a ses symptômes collatéraux de fatigue, d'irritabilité, de troubles attentionnels et d'une sensibilité élevée au stress, ce qui a pour conséquence de diminuer sensiblement l'efficacité socioprofessionnelle de ces sujets.

Dans le cas présent, Mme Z. _____ affirme que ses attaques de panique sont très gênantes. Dans les périodes où elle va moins bien, elles surviennent jusqu'à plusieurs fois par jour. Le trouble s'aggrave constamment lors de stress existentiels.

Si les conduites d'évitement sont présentes, elles ne sont par contre pas très marquées. L'intéressée arrive à se déplacer. L'assurée a par contre toujours voulu être accompagnée lors des consultations d'expertise tant en 2015 que pour la présente évaluation.

Pour l'expert, le trouble panique avec agoraphobie de Mme Z. _____ valide essentiellement une importante fragilité face aux facteurs de stress. Il contribue à l'altération de l'estime de soi qu'implique la pathologie dépressive. Il est justifié d'en tenir compte dans l'évaluation globale des limitations et de l'incapacité de travail de Mme Z. _____.

· *Trouble dépressif récurrent*

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, d'exclure cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

Dans le cas présent, l'assurée relève d'un trouble dépressif qui s'est installé dans la chronicité. L'état actuel est à la limite supérieure du

degré de gravité moyen. Dans la règle, il est vraisemblablement de gravité moyenne à sévère.

Mme Z. _____ est par ailleurs fragile et aggrave constamment sa dépression lors de problèmes existentiels. Cette fragilité doit aussi être prise en compte.

Le trouble dépressif de l'intéressée a un impact défavorable en termes de fatigue, de fatigabilité et diminue le rendement et l'endurance de Mme Z. _____ en conséquence.

L'assurée a des difficultés de concentration. Elle pourrait commettre des erreurs et ne pas être fiable au travail.

Les cognitions négatives liées à tout état dépressif altèrent enfin la capacité d'élaborer des projets et de les conduire à terme aussi petits soient-ils.

· *Trouble somatisation*

Pour le soussigné, le trouble somatisation peut être le plus problématique des troubles somatoformes. Il est ici typique et marqué. Il dure depuis des années. L'intéressée rapporte bien davantage de symptômes que ce qui est requis par les ouvrages diagnostiques de référence. Les éléments psycho-neurologiques sont multiples et vont jusqu'à des symptômes dissociatifs.

Selon le DSM-IV-TR, le trouble somatisation évolue de façon chronique mais fluctuante avec de rares rémissions. Il se passe rarement une année sans que des symptômes somatiques inexplicables conduisent à consulter, comme c'est le cas ici. Le parcours de vie des sujets en cause est souvent chaotique, comme c'est encore le cas ici.

Pour le soussigné, des limitations pourraient être prises en compte et en particuliers celles relevant des symptômes dissociatifs. L'intéressée souffre par ailleurs de troubles anxieux et dépressifs qui sont ici incapacitants en soi.

· *Sub-syndromal post traumatic stress disorder*

Dans cette situation, on doit tenir compte de ce que les auteurs anglo-saxons nomment le *sub-syndromal post traumatic stress disorder*, sachant que Mme Z. _____ peut se décompenser lorsqu'elle est confrontée aux indices des traumatismes qu'elle a vécus tant en Suisse que dans son pays d'origine. Elle atteint alors le seuil d'un trouble état de stress post-traumatique et relève de limitations en conséquence.

Ressources et limitations

En appliquant la Mini CIF-APP et en ne retenant que ce qui est strictement médical, l'expert arrive aux conclusions ci-après.

L'intéressée a des difficultés à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle sur la durée. Elle a pourtant été à même de gérer correctement le processus d'expertise.

Mme Z. _____ suit plus ou moins bien son traitement. La médication est toutefois minimale, sachant les effets secondaires dont elle se plaint. Certaines consultations chez la psychologue se font parfois par téléphone, puisque l'intéressée peut avoir de la peine à se déplacer, à ses dires "quand il fait froid". Le trouble panique pourrait aussi être un obstacle à sortir de son domicile.

Lorsqu'elle ne se sent pas sur-sollicitée, l'assurée est plus ou moins capable de planifier et de structurer ses tâches ainsi qu'à faire usage de ses compétences spécifiques. Elle peut avoir besoin d'aide s'il y a des changements et que les tâches sortent de l'ordinaire. Elle a également besoin d'aide pour analyser correctement des situations complexes et pour prendre des décisions appropriées en conséquence.

L'intéressée peinait à s'affirmer lors de la consultation d'expertise. Elle était mieux affirmée lors des consultations téléphoniques du 20.02.2017 et du 27.02.2017. Elle semble apte à conserver de bonnes relations sociales. Mme Z._____ a probablement davantage de difficultés avec les proches en raison de ses traits de personnalité dépendante. Elle aurait probablement des problèmes relationnels dans une équipe au travail, au vu de sa fragilité actuelle.

Avec la fatigue et la fatigabilité, Mme Z._____ est moins endurante que tout un chacun. Son rendement serait diminué quelle que soit la profession qui lui serait proposée.

L'intéressée dit qu'elle n'a plus d'activités de loisirs. Elle est par contre très impliquée dans un groupe biblique où elle affirme fonctionner correctement.

L'expert est d'avis que Mme Z._____ est ordinairement autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels même si son fonctionnement sur ce plan n'est pas optimal. Elle peut se déplacer sous certaines conditions.

Le problème majeur de Mme Z._____ est celui de ses carences adaptatives. L'intéressée est très fragile. Elle relève de pathologies qui alimentent cette fragilité et qui agissent en synergie en termes de limitations.

L'assurée peut à tout moment aggraver son trouble panique ou l'épisode dépressif en cours. Elle peut à tout moment relever d'un tableau complet d'état de stress post-traumatique dans la mesure où elle est exposée aux indices des traumatismes en cause.

Le soussigné est persuadé que le rapport d'expertise du 08.05.2015 n'a pas suffisamment tenu compte de cette fragilité face aux facteurs de stress et même face aux facteurs de stress ordinaires de la vie de tous les jours. C'est essentiellement pour ce motif que ce rapport ne retient d'incapacité de travail psychiatrique depuis le mois de mai 2015.

Au vu des carences adaptatives, le cas Z._____ doit être évalué sur la durée. L'assurée a eu des périodes où elle allait mieux. Ce fut le cas lorsqu'elle a été examinée par l'expert N._____, sachant ce que confirme Mme L._____, psychologue et psychothérapeute de l'intéressée. A cette époque, il avait même été possible d'espacer les consultations.

Dès que l'intéressée est confrontée à des difficultés existentielles, elle tend à devenir rapidement et sévèrement symptomatique.

Dans cette perspective longitudinale, tant Mme L._____ que le Dr C._____ qui traite l'intéressée depuis de nombreuses années, confirment qu'il n'y a pas de changement global de l'état de santé de Mme Z._____ depuis le départ. Le confrère C._____ affirme que les choses vont plutôt de mal en pis depuis le début des années 2010.

Synthèse et conclusion

En conclusion, Mme Z._____ est une ressortissante mauricienne de 50 ans qui est mère de trois enfants dont deux aînées qu'elle a perdu de vue et une cadette dont elle partage le domicile et avec laquelle la relation semble très proche voire fusionnelle.

Les antécédents sont traumatiques et carencés avec l'abandon par la mère et la notion de maltraitance psychologique, physique et sexuelle pendant des années.

L'intéressée est arrivée en Suisse par un mariage qui est allé à vau-l'eau. Elle s'est remariée avec un homme qui l'aurait mal traitée. Elle vit maintenant seule avec sa fille. Son réseau social repose sur ses

soignants, les intervenants sociaux et sur un groupe biblique où elle est très impliquée.

Mme Z. _____ a exercé différents métiers avant d'avoir son propre atelier de couture. Elle a probablement arrêté de travailler en 2012.

Au terme de son évaluation, le soussigné retient une pathologie dépressive et anxieuse relativement sévère dont les conséquences sont essentiellement celles d'une extrême fragilité face aux facteurs de stress. L'expert admet dès lors à une incapacité de travail durable et importante même s'il y a eu des embellies en 2015. Il ne pense pas que l'intéressée aurait pu reprendre une activité professionnelle significative même à cette époque sans aller rapidement vers une aggravation de ses troubles psychiques.

En l'état, le soussigné considère qu'on doit retenir une incapacité de travail psychiatrique qu'il chiffre à 80% d'un 100%, diminution du rendement y compris, au vu des limitations constatées. Ce 80% pourrait remonter au 01.06.2012, en prenant comme référence le rapport médical de la consultation K. _____ du 12.04.2013.

Pour le soussigné, ce 80% doit être considéré comme une *moyenne*, puisqu'il y a eu des hauts et des bas. Ce 80% est vraisemblablement fixé pour une longue durée.

L'intéressée conserve néanmoins des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut dans ce rapport médical. D'un point de vue médico-théorique, on peut admettre qu'une activité de couturière indépendante à 20% d'un 100% était raisonnablement exigible depuis le 01.06.2012. L'expert n'a pas d'activité adaptée à proposer dans ce cas.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité, compte tenu de ce qu'il est possible de proposer dans un tel cas. L'intéressée a noué un bon lien avec sa psychothérapeute. Elle bénéficie par ailleurs de la prise en soins conséquente de son médecin de famille. Dans un tel contexte, le soussigné considère qu'il n'y a rien à exiger ou à proposer de plus.

Des mesures professionnelles n'ont pas sens ici, sachant qu'il est improbable qu'elles aboutissent à une augmentation de la capacité de travail de l'intéressée.

Le pronostic à long terme est réservé au vu de la nature, de la sévérité et de la durée des troubles présentés par Mme Z. _____. Une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressée paraît improbable."

En annexe à son rapport, l'expert a répondu aux questions de l'OAI et de la recourante, en reprenant ou se référant aux diagnostics, explications et conclusions ci-dessus mentionnés.

Dans ses déterminations du 23 mars 2017, l'OAI déclare ne pas avoir de raison de s'écarter de l'avis du Dr J. _____. Il se rallie en cela à l'avis du Dr R. _____ du SMR du 21 mars précédent, produit en annexe et qui a la teneur suivante :

"Notre appréciation du 27.08.2015 basée sur le rapport d'expertise en psychiatrie rendu le 08.06.2015 et complété le 13.08.2015 par le

Dr N. _____ retenait une incapacité de travail limitée dans le temps et jugée à postériori nulle dès le 01.01.2015 dans l'activité habituelle de couturière indépendante.

Par courrier daté du 26.09.2016, le TCA nous informe, dans le cadre du recours déposé par l'assurée en date du 23.05.2016, de sa décision de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique confiée au Dr J. _____. Celui-ci retient comme diagnostics incapacitants le trouble panique avec agoraphobie (F40.1), le trouble dépressif épisode actuel moyen (F33.1) et le trouble somatisation (F45.0). Dans ce contexte, la composante d'anxiété est estimée plus grave qu'elle ne l'a été en 2015, de même que l'importance de la symptomatologie dépressive se différenciant de la définition de labilité affective. La fatigue et la fatigabilité sont jugées à un niveau tel qu'elles entraveraient la poursuite de toute activité. Par ailleurs, l'expert souligne la fragilité liée aux carences adaptatives avec un risque de décompensation à tout moment. Il reconnaît ainsi que l'évaluation effectuée par le Dr N. _____ pouvait correspondre à une période d'amélioration clinique transitoire qu'il qualifie "d'embellies en 2015" et ajoute "dès que l'assurée est confrontée à des difficultés existentielles elle tend à devenir rapidement et sévèrement symptomatique". "Une amélioration de l'état de santé psychique paraît improbable". Le pronostic est donc réservé à long terme avec des fluctuations. Au total, l'expert examinateur retient une incapacité de travail de 80 % d'un temps plein dans l'activité habituelle dès le 01.06.2012, sans proposition d'activité adaptée (rapport d'expertise Dr J. _____ 03.03.2017).

Conclusion : au vu de la discussion bien argumentée du Dr J. _____, expert judiciaire, qui a examiné l'assurée 2 ans après le Dr N. _____ et dont il a tenu compte, nous n'avons pas de raison de nous écarter de cette appréciation la plus récente.

L'incapacité de travail de 80% pour toute activité dès le 01.06.2012 est donc admise."

Par écriture du 24 avril 2017, le conseil de la recourante s'est déterminée ainsi :

"a) Dans son rapport du 3 mars 2017, le Dr. J. _____ retient tout d'abord le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Les explications qu'il donne à cet égard pour justifier le fait qu'il s'écarte du rapport du Dr. N. _____ du 8 mai 2015 apparaissent pertinentes, ce d'autant que ce trouble avait déjà été retenu par la Consultation K. _____ en 2013. Le Dr. J. _____ retient également un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1), trouble qui selon l'expert va bien au-delà de la simple labilité affective retenue par le Dr. N. _____. Il précise même que l'on se situe à la limite supérieure de ce degré de sévérité. Il retient enfin un trouble somatisation (F45.0) qu'il qualifie de typique et grave et s'écarte là encore des conclusions du Dr. N. _____.

Le Dr. J. _____ se dit même "persuadé que le rapport d'expertise du 08.05.2015 n'a pas suffisamment tenu compte de la fragilité [de Mme Z. _____] face aux facteurs de stress et même face aux facteurs de stress ordinaires de la vie de tous les jours" et que "c'est essentiellement pour ce motif que ce rapport ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique depuis le mois de mai 2015".

Au terme de son rapport, l'expert retient une pathologie dépressive et anxieuse relativement sévère et admet dès lors une incapacité de travail durable et importante. Selon lui, c'est une incapacité de travail psychiatrique de 80% à compter du 1^{er} juin 2012 qu'il convient de retenir, aucune activité adaptée ne pouvant être proposée. Cette incapacité est fixée pour une longue durée.

Ma mandante considère que les conclusions du Dr. J. _____ rejoignent dans une large mesure les constats figurant dans les autres rapports médicaux présents dans son dossier médical, lesquels ont été établis par des praticiens l'ayant suivie sur le long terme.

Il convient dès lors de suivre les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr. J. _____ du 3 mars 2017, celles du Dr. N. _____ contenues dans son rapport du 8 mai 2015 devant être écartées.

Dans la mesure où l'Office de l'Assurance-invalidité, suivant l'avis du SMR, considère également que l'avis du Dr. J. _____ mérite d'être suivi, ma mandante ne juge pas nécessaire de se déterminer davantage.

Fondée sur les éléments qui précèdent, Mme Z. _____ confirme ainsi les conclusions prises au pied de son recours du 23 mai 2016. [...]."

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. Est litigieuse la question du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 pour une durée illimitée, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail compte tenu des troubles psychiatriques qu'elle présente. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui

qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres 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 exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références).

d) 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; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

4. En l'espèce, tant l'intimé que la recourante ont déclaré se rallier aux conclusions de l'expert judiciaire Dr J._____, estimant que son appréciation de la situation médicale de la recourante était complète et détaillée et que ses conclusions quant à la capacité de travail étaient pertinentes, motivées et convaincantes et méritaient par conséquent d'être suivies.

La Cour de céans partage l'avis des parties. Force est en effet de constater que l'expert Dr J._____ a procédé à un examen particulièrement fouillé et soigné de la situation médicale de la recourante. Il a par ailleurs exposé de manière détaillée les réquisits des ouvrages diagnostiques de référence en psychiatrie (CIM-10 et DSM-4-TR) quant aux différents diagnostics psychiatriques envisagés au vu des symptômes présentés par l'assurée. L'expert a aussi fourni des explications convaincantes sur les motifs qui l'amenaient à retenir tel ou tel diagnostic et en particulier sur les raisons qui le portaient à se distancier de l'appréciation de l'expert N._____. Enfin, au chapitre de l'appréciation sur le plan de la médecine des assurances, il a décrit avec précision les conséquences que les diagnostics retenus, leur synergie et l'importance de certains symptômes avaient sur la capacité de travail de la recourante.

Une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence devant ainsi être accordée à l'expertise judiciaire effectuée par le Dr J._____, le tribunal fait siennes ses conclusions, à savoir que la recourante présente une pathologie dépressive et anxieuse relativement sévère sur le long terme (trouble panique avec agoraphobie [F40.01], trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [F33.1], et trouble somatisation [F45.0]), dont les conséquences sont essentiellement celles d'une extrême fragilité face aux facteurs de stress. Dès lors, son incapacité de travail dans l'activité de couturière est, en moyenne, de 80 % depuis le 1^{er} juin 2012 pour une durée déterminée. Il convient de relever encore que les motifs pour lesquels l'expert a déclaré ne pas être en mesure de proposer une activité adaptée sont également clairs et convaincants.

5. Au vu des conclusions de l'expert, il y a lieu de retenir que l'assurée présente depuis le 1^{er} juin 2012 une incapacité de travail de 80 % sur le plan psychique ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps dès le 1^{er} septembre 2013 (la demande de prestations d'invalidité ayant été déposée tardivement, le 8 mars 2013). Partant, la décision litigieuse doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure. Ce montant est mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

La liste des opérations produite par Me Laure-Anne Suter, vérifiée d'office, s'élève à 1'954 fr. 80, TVA et débours compris. Vu le montant des dépens alloués, l'indemnité d'office est couverte par ceux-ci.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 18 avril 2016 est réformée en ce sens que la recourante Z._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à la recourante une indemnité de dépens, arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laure-Anne Suter, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :