

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, thérapeute indépendante également au bénéfice d'un diplôme d'esthéticienne, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 31 juillet 2011, à la suite d'une tumeur au sein gauche diagnostiquée le 3 février 2011.

Sur demande du 21 janvier 2014 du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a voulu confier au Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, la conduite d'une expertise de médecine interne sur la personne de l'assurée.

Par lettre du 5 février 2014, l'assurée a fait objection à son expertise par le Dr N._____, expliquant ce qui suit :

« En février 2006, j'ai été victime d'une agression. A la suite de cela, j'ai dû être suivie par une psychiatre afin de surmonter le traumatisme que cela avait provoqué. [...].

Si dans ma vie quotidienne, j'ai pu reprendre la plupart de mes activités habituelles, il reste des situations face auxquelles je reste fragile.

Depuis cet évènement, je ne parviens plus à consulter ni à être auscultée par un homme. Tout au long de ma longue et conséquente prise en charge oncologique [...], les professionnels ont toujours dû m'adresser à des femmes dès lors qu'un examen médical physique ou psychique approfondi devait être envisagé.

Je relève de plus qu'au début de cette année 2014, j'ai été agressée physiquement par un membre de ma famille ce qui a eu pour conséquence de raviver le traumatisme passé. »

Compte tenu de cette objection, l'OAI a annulé la demande d'expertise de médecine interne adressée au Dr N._____ et confié celle-ci à la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne générale.

Par attestation du 24 février 2014, la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne générale également au bénéfice d'une formation en médecine psychosomatique et psychosociale, a certifié que l'intéressée avait été suivie de novembre 2007 à mai 2008 pour un syndrome post-traumatique.

Dans son rapport d'expertise du 25 juillet 2014, la Dresse P._____ a notamment exposé que la prise d'anamnèse de la patiente avait mené cette dernière à des pleurs, des cris à caractère hystérique et une agitation physique nécessitant un arrêt immédiat de l'entrevue après seulement dix minutes. L'anamnèse familiale était par conséquent « très floue et difficile à comprendre notamment par rapport à une altercation avec son frère en janvier 2014 dont l'origine reste indéterminée. » L'experte a précisé que l'intéressée n'était pas suivie du point de vue psychiatrique mais que celle-ci souhaitait recommencer un suivi auprès de la Dresse F._____. L'experte a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail :

- Trouble somatoforme douloureux chronique.
- Contusion sans complication du pied gauche (05.02.2014).
- S/p suspicion de zona optique droit (14.01.2013).
- Surcharge pondérale.

Diagnostics avec une influence essentielle sur la capacité de travail :

- Carcinome canalaire invasif mixte du sein gauche (carcinome mucineux de variante hypercellulaire à 80% et carcinome invasif à 20%), pT1c (1,9cm) pN1mi (1 mi/7) cM0, de garde I, ER 100%, PR100%, HER-2 négatif (score 1+), MIB-1 : 10-20% :
 - S/p Tumorectomie et recherche de ganglion sentinelle le 30.03.2011
 - S/p curage axillaire le 19.04.2011 : 0/2 ganglions
 - S/p mise en place d'un port-à-cath 27.06.2011
 - S/p chimiothérapie de 3FEC et 3 Taxotère, terminée le 25.10.2011
 - s/p radiothérapie externe de 50,4 Gy sur le volume mammaire gauche, suivi de 16 Gy sur le lit de tumorectomie, pour une dose totale de 66,4 Gy, terminée le 06.03.1012 »

S'agissant de l'appréciation du cas, l'experte a notamment estimé que l'intéressée était une patiente présentant une situation psycho-sociale difficile, ayant vécu deux divorces dans un contexte de violences psychologiques, une agression sur son lieu de travail, laquelle avait nécessité une prise en charge psychiatrique durant six mois et, semblait-il, une attaque verbale de l'un de ses frères lors d'une réunion de

famille. Du point de vue psychiatrique, elle a mentionné que l'assurée présentait une humeur normale avec persistance de l'intérêt et du plaisir dans certaines activités, qu'il existait des troubles de l'endormissement avec quelques insomnies inconstantes et une fatigue avec ralentissement psychomoteur mais pas de trouble du comportement alimentaire, ni de sentiment de culpabilité, ni de diminution de la concentration ou d'idée suicidaire et que, partant, il n'y avait pas de critère pour retenir un état dépressif. L'experte a toutefois précisé que le comportement de l'intéressée semblait être influencé par des peurs séquellaires en lien avec les actes de violences psychologiques et physiques subis, sans pouvoir mettre en évidence un trouble de la personnalité clair. L'experte a encore ajouté que l'intéressée présentait des traits de personnalité de type évitement et en a conclu que l'on pouvait espérer une amélioration de la symptomatologie par une prise en charge psychiatrique à long terme. Sur le plan somatique, la Dresse P._____ a retenu que l'intéressée exprimait des plaintes mal systématisées axées essentiellement sur l'hémicorps gauche ayant débuté à la suite de la prise en charge oncologique et plus particulièrement à la suite de la deuxième cure de chimiothérapie. Elle a précisé que ces plaintes étaient des dysesthésies prédominant aux parties proximales des membres supérieurs et inférieurs avec irradiation vers les parties distales, ayant une répercussion sur le sommeil avec difficulté à l'endormissement. Elle a encore mentionné que le status mettait en évidence des troubles de la sensibilité superficielle de type hyperalgie de l'hémicorps gauche, sans parésie associée, avec signe de Waddell positif. En définitive, l'experte a retenu comme diagnostic un trouble somatoforme douloureux chronique. Elle a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 80% au moment de l'expertise et de 100% environ six mois après la reprise d'activité à 80%.

Dans son avis médical du 18 août 2014, le Dr C._____ du SMR s'est rallié au diagnostic retenu par la Dresse P._____, en retenant un trouble somatoforme douloureux et a mentionné que la situation restait encore instable en ce qui concernait la capacité de travail dans une activité adaptée estimée à 100% six mois après l'expertise.

Un entretien d'orientation professionnelle a eu lieu avec l'assurée, lors duquel celle-ci a fait part de son souhait de débiter une formation dans le domaine du journalisme ou de la communication. Par courriel du 17 novembre 2014, l'OAI l'a informée qu'il n'était pas en mesure de prendre en charge une telle formation.

Dans un rapport de fin de mesure établi le 29 décembre 2014 par l'entreprise [...], la formatrice a notamment fait état de l'inquiétude qu'elle avait eue en début de collaboration avec l'intéressée, dans la mesure où celle-ci était méfiante lors du bilan initial (anamnèse lors du premier entretien).

Dans un rapport du 30 janvier 2015, la Dresse X._____, spécialiste en oncologie médicale, a mentionné qu'il était difficile de répondre à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail, dès lors que la patiente ne décrivait aucune amélioration de ses symptômes (syndrome chronique douloureux et vertiges récurrents).

Dès lors, sur demande du SMR du 12 mai 2015, un complément d'expertise de médecine interne a été demandé à la Dresse P._____. Celle-ci a confirmé, dans son rapport du 21 décembre 2015, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique (depuis octobre 2013), ainsi qu'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée depuis novembre 2014, précisant que du point de vue psychologique, il n'existait à l'heure actuelle aucun diagnostic psychiatrique entraînant une limitation de la capacité de travail.

Par communication du 1^{er} mars 2016, l'OAI a informé l'intéressée que les conditions d'un droit au placement étaient remplies et que, par conséquent, elle était considérée comme réadaptable du point de vue de l'AI.

Dans un rapport du 12 avril 2016, la Dresse Z._____, médecin traitant de l'assurée, a notamment relevé une anxiété et une tendance à l'isolement ainsi qu'une hypersensibilité émotionnelle, un état

de découragement à la suite de chutes avec des douleurs persistantes et de sa difficulté à ne pas pouvoir se réinsérer dans une dynamique professionnelle. Il ressort de ce rapport que l'assurée prenait un antidépresseur phytothérapeutique (Hypericum) et qu'un bilan était prévu avec la Dresse J._____, spécialiste en rhumatologie, pour exclure une pathologie de type fibromyalgie en lien avec le syndrome douloureux dont elle se plaignait.

Par décision du 11 août 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée un droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} février au 31 décembre 2013 et à un quart de rente du 1^{er} janvier 2014 au 30 septembre 2014.

B. Par acte du 13 septembre 2016, W._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que son incapacité de travail et de gain soit reconnue totale à partir de fin novembre 2014, le dossier étant renvoyé à l'office AI pour détermination du jour à partir duquel la reprise du versement de la rente entière d'invalidité devra avoir lieu, ainsi que pour détermination du montant de cette rente et, subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée, le dossier étant renvoyé à l'office AI pour un éventuel complément d'instruction, ainsi que pour nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante reproche en substance à l'OAI de ne pas l'avoir soumise à une expertise psychiatrique au cours des cinq années durant lesquelles a duré l'instruction de la demande de prestations AI. A l'appui de son recours, elle produit un rapport d'expertise psychiatrique privée, établi le 5 septembre 2016 par les Drs A.R._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, et B.R._____, médecin-assistant, dans le cadre d'une psychothérapie entamée le 20 juin 2016. Il ressort de ce rapport que l'intéressée a consulté le cabinet pour la première fois le 13 juin 2016 et que le suivi psychiatrique a réellement débuté le 20 juin 2016, à raison d'une séance hebdomadaire. Les spécialistes posent les diagnostics psychiatriques suivants :

« *Diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail :*

F31.8 Trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression sévère, sans symptôme psychotique.

Le trouble affectif bipolaire est probablement présent depuis 1976.

L'épisode sévère actuel est présent depuis fin 2014.

F45.0 Somatisation, présent depuis 2011.

Z73.1 Accentuation de certains traits de personnalité (paranoïaque, anxieux-évitant).

Diagnostic psychiatrique sans répercussion sur la capacité de travail :

Aucun. »

Le rapport mentionne par ailleurs ce qui suit concernant l'intéressée :

« **Status psychiatrique :**

[...]

Son attitude lors des premiers entretiens est franchement défensive, avec une méfiance exacerbée, à la limite de la paranoïa. Elle nous répond par des phrases courtes, nous retourne certaines questions, refuse de répondre à d'autres [...].

Après que la confidentialité des entretiens lui est rappelée, elle se détend, accepte de donner plus d'informations, mais en tait tout de même certaines [...].

Le sens du discours reste parfois difficile à capter, Madame W. _____ retenant certaines informations lors des 3 à 4 premiers entretiens.

Sa thymie est triste, avec des affects congruents. Elle pleure à plusieurs reprises durant les entretiens. Elle verbalise des idées de mort, mais pas d'idéation suicidaire. Elle présente des idées de dévalorisation, s'estime cassée dans son image, déplore que ses anciennes compétences n'aient pas été reconnues.

Une anxiété est perceptible, avec une posture tendue.

[...]

Traitement psychiatrique :

Psychothérapie de soutien hebdomadaire

Cipralex 20 mg/ml : 2 mg le matin, en cours d'augmentation

Séances d'ergothérapie

Limitations fonctionnelles mentales et/ou psychiques :

Dans les phases dépressives comme actuellement :

Tristesse, manque d'énergie, fatigabilité augmentée, diminution de l'envie et de l'entrain, perturbation du cycle veille/sommeil, diminution de la capacité de concentration et de la mémoire. Incapacité à gérer les affaires administratives, manque de confiance en soi et doute quant à la validité de ce qu'elle fait, peine à commencer les actions.

Les douleurs et les troubles de l'équilibre qu'elle présente dans tout le corps empêchent une activité physique avec participation des membres supérieurs, comme dans l'activité antérieure de thérapeute (activité en station debout prolongée, avec massage, etc...).

On note une tendance à la méfiance, un sentiment de persécution avec une tendance à un comportement procédurier, vraisemblablement en lien avec une défense dans le contexte d'une diminution de son état habituel et en rapport avec de multiples blessures narcissiques.

Capacité de travail dans une activité professionnelle correspondant à ses limitations fonctionnelles :

Incapacité de travail complète (100%) depuis le refus de réadaptation de l'OAI fin novembre 2014 dans l'activité souhaitée, refus perçu comme « humiliation suprême ». Précisons ici que ce refus nous paraît pertinent objectivement [...], mais que Madame W._____ a accusé le coup sur le plan psychique. Ce refus permet surtout de situer chronologiquement l'aggravation de l'état de santé de Madame W._____.

Pronostic :

Réservé

Il nous semble peu probable que Madame W._____ recouvre une capacité de travail supérieure à 25% en rendement.

Discussion :

Les éléments formels dans le dossier AI rapportent essentiellement des problématiques somatiques chez Madame W._____. Cependant, il apparaît quelques éléments laissant suspecter une participation d'éléments psychiatriques (douleurs en lien avec un trouble somatoforme douloureux, trouble dépressif décrit par la Dresse J._____, rapports interpersonnels et correspondance écrite marqués par une tendance méfiante et procédurière). La taille impressionnante du dossier, qui ne compte pas de documents significatifs antérieurs à 2011, nous semble en soi un indice significatif.

[...]

D'un point de vue anamnestique, on est frappé par le nombre de blessures narcissiques que Madame W._____ a subies. Des éléments suggérant des difficultés d'ordre psychiatrique sont présents depuis la fin des années 1970.

Le parcours personnel et professionnel de Madame W._____, montre qu'elle a fait beaucoup d'efforts au long des années pour s'en sortir seule, malgré les difficultés qu'elle a rencontrées (difficultés conjugales, difficultés financières telles qu'elles ressortent du dossier AI, épisodes dépressifs anamnestiques).

Son histoire personnelle contient des éléments permettant de retenir un diagnostic de trouble bipolaire, comprenant des phases dépressives et des phases hypomanes (trouble bipolaire de type II selon le DSM-IV et la CIM-10). Il semble que les épisodes dépressifs antérieurs n'aient pas entraîné d'incapacité de travail complète et durable, et que les épisodes hypomanes aient au contraire permis à Madame W._____ d'être plus active d'un point de vue professionnel.

Actuellement, l'épisode dépressif sévère survient probablement en raison d'un effondrement des mécanismes de défense psychique, après des pertes et difficultés successives qui se sont ajoutées (conflits familiaux, deuils, cancer, effets secondaires de la chimiothérapie, difficultés à retrouver un projet professionnel satisfaisant, sentiment de manque de soutien de la part des assurances).

Soulignons en particulier que dans le cadre de cet épisode dépressif, certains traits de personnalité ressortent chez Madame W._____ (anxieux-évitants, paranoïaques, voire schizotypiques).

Il s'agit de mécanismes de défense qui oeuvrent pour protéger des blessures narcissiques majeures. Nous sommes convaincus qu'à ce stade, Madame W._____ n'a pas encore abordé en thérapie tous les tourments qu'elle avait à affronter dès son enfance.

Les critères d'une somatisation sont aussi présents, comme il en ressort de l'anamnèse et du dossier médical de la patiente (consultations chez de multiples spécialistes depuis sa chimiothérapie de 2011).

Les différents diagnostics sont vraisemblablement indépendants dans leur apparition, mais s'aggravent les uns les autres.

La prise en charge s'annonce difficile au niveau du traitement psychotrope en raison de la réticence que Madame W._____ a pour les traitements pharmacologiques (après ne pas avoir supporté de multiples traitements). Notons qu'il s'agit d'un élément que l'on retrouve fréquemment chez des personnes avec les traits de personnalité décrits ci-dessus. C'est pour cette raison que nous avons introduit un traitement habituellement bien supporté, en débutant avec des doses minimales.

Concernant le rapport d'expertise de la Dresse P._____ qui ne retient pas de diagnostic psychiatrique en dehors du trouble

somatoforme douloureux, précisons que l'existence d'une affection psychiatrique nous a paru évidente dès les premiers contacts avec Madame W._____. Cette dernière consacre une énergie importante à ne pas dévoiler ses blessures et elle est défensive. Elle cherche à préserver une façade honorable, alors qu'elle n'arrive plus à rester compensée depuis plusieurs années. Si l'experte P._____ n'a pas constaté de dysfonctionnement psychique, c'est qu'elle s'est probablement focalisée sur la problématique somatique et que Madame W._____ a réussi à faire illusion le temps de l'examen. Relevons cependant que plusieurs éléments figurant dans son rapport d'expertise évoquent ce que nous décrivons ici (« l'anamnèse familiale est floue et évasive, sans référence temporelle précise ; la prise de cette anamnèse mène la patiente à des pleurs et des cris à caractère hystérique, nécessitant un arrêt immédiat de la prise d'anamnèse après seulement dix minutes (...) ») ».

Par réponse du 28 novembre 2016, l'OAI conclut à ce qu'une expertise psychiatrique soit mise en place au vu des conclusions auxquelles est parvenu le SMR dans un avis médical du 21 novembre 2016, ainsi que des pièces produites à l'appui du recours, tout en précisant qu'il n'y avait pas de raison de mettre en place cette mesure auparavant, faute d'indices d'une affection psychiatrique pouvant influencer la capacité de travail de la recourante. Dans l'avis précité, les Drs C._____ et B._____ du SMR retiennent en particulier que le rapport d'expertise du Dr A.R._____ relève différents points permettant d'attester d'une aggravation de l'état psychique en particulier dépressif depuis fin 2014, mais décrits comme réactionnels et absents lors de l'évaluation des Dresses P._____ et Z._____. Ils retiennent pour le surplus que ce rapport n'a pas de valeur probante suffisante et ne respecte pas les critères posés par la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux et les syndrômes apparentés.

Par réplique du 30 décembre 2016, la recourante soutient qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, estimant que le rapport du Dr A.R._____ produit constitue une expertise privée ayant pleine valeur probante et que ce rapport doit aboutir à lui allouer une rente d'invalidité entière.

Par duplique du 23 janvier 2017, l'intimé déclare maintenir sa position.

Par courrier du 24 juillet 2017, la recourante allègue à nouveau qu'une expertise supplémentaire n'est, selon elle, pas A.R._____ répond aux critères fixés dans la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

E n d r o i t :

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

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

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

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD), composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante peut encore prétendre ou non à une rente d'invalidité au-delà du mois de novembre 2014. L'intimé a considéré, dans sa décision du 11 août 2016, que tel n'était pas le cas en se fondant sur les conclusions de l'expertise en médecine interne générale du 25 juillet 2014, confiée à la Dresse P._____, ainsi que sur le complément d'expertise du 21 décembre 2015, réalisé par cette dernière. Ces deux expertises retiennent, à compter d'octobre 2013, une capacité de 50% dans une activité adaptée, de 80% dès juillet 2014 et de 100% dès novembre 2014, soit six mois après la reprise d'activité à 80%. Cette appréciation est contestée par la recourante, qui fait valoir qu'elle est en contradiction avec l'évaluation de sa capacité de travail telle qu'elle ressort du rapport d'expertise psychiatrique privée établi le 5 septembre 2016 par le Dr Klinke qui conclut, tout en réservant le pronostic, qu'elle ne pourra vraisemblablement pas prétendre à une capacité de travail supérieure à 25%. La recourante prétend ainsi à une rente complète d'invalidité depuis fin novembre 2014.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des

circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et les références citées). Il a notamment abandonné la

présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

a) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (consid. 2.2.1 de l'arrêt cité et les références citées).

b) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être

admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

6. En l'espèce, l'OAI a tout d'abord nié le droit à une rente AI en faveur de la recourante à compter de novembre 2014, avant de préconiser, dans sa réponse du 28 novembre 2016, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. La recourante s'y oppose, estimant que le rapport du Dr A.R. _____ du 5 septembre 2016 qu'elle a produit à l'appui de son recours constitue une expertise privée qui a pleine valeur probante et qui doit aboutir à lui allouer une rente entière dès fin novembre 2014.

On relèvera tout d'abord que la décision querellée, qui se fonde sur le rapport d'expertise de médecine interne de la Dresse P. _____ du 25 juillet 2014, complété le 21 décembre 2015, n'est pas contestée par la recourante, en tant qu'elle concerne le volet somatique. Partant, il n'est pas nécessaire d'y revenir.

Sur le plan psychiatrique en revanche, il y a lieu de constater que, dans un courrier du 5 février 2014, l'assurée a expliqué qu'elle avait

été victime d'une agression en février 2006 et qu'elle avait dû être suivie par un psychiatre, compte tenu du traumatisme que cet événement avait provoqué chez elle. Par attestation du 24 février 2014, la Dresse F. _____ a certifié que l'assurée avait été suivie de novembre 2007 à mai 2008 pour un syndrome post-traumatique. Dans son rapport du 25 juillet 2014, la Dresse P. _____ ey a mentionné que la prise d'anamnèse avait conduit l'assurée à des pleurs et des cris à caractère hystérique, nécessitant un arrêt immédiat après seulement dix minutes. L'experte a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique. Elle a également mentionné que l'intéressée présentait des traits de personnalité de type évitement et a conclu qu'une amélioration de la symptomatologie pouvait être espérée par une prise en charge psychiatrique à long terme. Dans son avis médical du 18 août 2014, le SMR a constaté que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique avait été retenu dans le rapport d'expertise du 25 juillet 2014. La Dresse P. _____ a confirmé ce diagnostic dans le rapport complémentaire d'expertise qu'elle a rendu le 21 décembre 2015. Ces différents éléments tendent à démontrer que l'état psychique de la recourante pourrait influencer sur sa capacité de travail. Or cette question n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI, ce que cet office ne conteste du reste pas.

A cet égard, la recourante soutient que le rapport d'expertise privée du Dr A.R. _____, produit à l'appui de son recours, a pleine valeur probante et qu'il suffirait à déterminer son taux d'incapacité. Or force est de constater que ce rapport se fonde sur un suivi psychiatrique débuté le 20 juin 2016, soit relativement récent, alors que la période litigieuse débute en novembre 2014. A cela s'ajoute que le Dr A.R. _____ est le médecin traitant de la recourante et que, sans constituer en soi un motif pour écarter son rapport, il y a tout de même lieu d'admettre ses constatations avec une certaine réserve. On relèvera également que le diagnostic de somatisation n'est pas étayé et que, contrairement à ce que soutient la recourante, les critères jurisprudentiels (cf. consid. 4 *supra*) n'ont pas été examinés pour déterminer si le trouble somatoforme présenté par l'intéressée influençait sa capacité de travail. Certes, l'expert

tient compte de l'anamnèse et des plaintes émises par la recourante. Il pose également différents diagnostics psychiatriques avec répercussion sur la capacité de travail ; toutefois, il ne détaille pas ces diagnostics et n'explique pas en quoi les atteintes psychiques constatées auraient une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, l'expertise du Dr A.R. _____ ne permet pas de répondre aux questions de savoir s'il y a eu une aggravation depuis 2015 par rapport à l'état dépressif diagnostiqué, si c'est état est réactionnel au refus de formation de l'OAI ou durable et si la recourante a caché son atteinte psychique. Compte tenu de ce qui précède, l'expertise du Dr A.R. _____ est lacunaire sur certains points.

7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où le volet psychique du cas n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

8. 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 (art. 69 al. 1bis 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, étant précisé que les frais relatifs au rapport d'expertise privée du Dr A.R. _____ seront également assumés par cet office après vérification de la facture de celui-ci (art. 45 LPGA ; 11 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1] ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 *in fine*), à charge pour la recourante de présenter à cette autorité la note de frais de l'expert précité. En effet, la production de cette expertise s'est révélée utile à la solution du litige, puisqu'elle a conduit l'OAI à conclure qu'une instruction complémentaire était nécessaire sur le plan psychique (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité afin qu'elle mette en œuvre une expertise psychiatrique au bénéfice de W. _____l.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 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 versera un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à la recourante W._____ à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais d'expertise.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
 - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
 - Office fédéral des assurances sociales,
- par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :