

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

E._____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI.

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, mère de trois enfants, accueillante en milieu familial, a déposé le 20 décembre 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y a mentionné une grande dépression.

Saisie de la demande précitée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis des informations médicales auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 17 février 2014, ce médecin a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive ainsi qu'un trouble panique et de personnalité immature. Il relevait une thymie diminuée, une angoisse, un sentiment d'injustice, l'inhibition de son agressivité, une passivité ainsi qu'une faible capacité d'introspection et d'élaboration. Pour le Dr D._____, le pronostic à court terme quant à la reprise d'une activité professionnelle était mauvais, la capacité de travail de l'assurée étant nulle depuis le 25 juillet 2013. Concernant ses limitations fonctionnelles, ce médecin a retenu des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, une difficulté à maintenir un rythme diurne/nocturne, une hypersensibilité au stress, de multiples plaintes somatiques, des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'une capacité d'adaptation au changement limitée.

Le 16 septembre 2014, le Dr D._____ a établi un nouveau rapport médical dans lequel il a retenu les éléments suivants :

L'état clinique de Mme E._____ est stationnaire. Depuis mon rapport du 14.07.2014, je l'ai vu à deux reprises (le 22.08 et le 04.09.2014). Elle a appris que sa fille, née le 08.05.2014 souffre d'un foramen ovale nécessitant une intervention chirurgicale. En attendant cette opération, Mme E._____, très inquiète, s'occupe de sa fille l'amenant chez les médecins et chez la physiothérapeute (quatre fois par semaine).

Actuellement, la thymie est diminuée, elle se sent fatiguée, angoissée, elle présente des céphalées, des maux de ventre, des

tremblements, de troubles du sommeil malgré la prise de médicaments. Hypertension artérielle.

Mme E. _____ ne sent pas apte au travail. Elle ne sait pas comment elle pourra reprendre une activité lucrative à court ou moyen terme. Elle s'occupe de son enfant malade qui est devenu sa priorité. Une reprise, même progressive, dans l'activité d'accueillante en milieu familial ou dans une activité adaptée, n'est pas envisageable en raison de sa symptomatologie. Elle est en incapacité de travail depuis le 25.07.2013.

La patiente est au bénéfice d'un traitement médicamenteux (Cipralex Forte 20 mg/j et Tranxilium 10 mg 1-1-2 cprs/j) et d'entretiens de soutien, sans amélioration notable de son état clinique. Elle a tendance à la surconsommation médicamenteuse.

Par avis médical du 12 décembre 2014 du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gériatrie, a conclu à la nécessité d'établir une expertise psychiatrique.

Mandaté par l'assurance perte de gain de l'assurée, dit expertise a été réalisée le 18 février 2016 par le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a retenu comme diagnostics dénués de répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif majeur léger à moyen, avec éléments d'amplification ainsi qu'une personnalité du registre état limite, avec manque de maturité. Une pleine capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était envisageable dès le 1 janvier 2016. Le Dr X. _____ reconnaissait également une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux compétences de l'assurée et à sa motivation. A l'appui de ses conclusions, ce médecin a évoqué ce qui suit :

3.2. SYNTHÈSE DES TESTS PSYCHOMETRIQUES

3.2.1 Tests généraux

Mme E. _____ a réalisé les tests psychométriques en français. Il existe une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, globalement tous massivement surcotés. Des problèmes linguistiques doivent quand même être évoqués. Ces tests ont tout au plus une valeur indicative.

Le Hamilton 17 items plaide pour une symptomatologie dépressive tout au plus légère, alors que le Beck 21 donne un score pour une symptomatologie dépressive presque maximale, qui pourrait même suggérer une hospitalisation.

Le Hamilton anxiété donne un score pour une symptomatologie anxieuse tout au plus légère. Le questionnaire de Spielberger donne des résultats élevés.

Le SCL-90R donne des scores pathologiques pour tous les facteurs, y compris *traits paranoïaques* et *traits psychotiques*, symptômes qui ne sont jamais décrits dans le dossier et que l'assurée ne présente manifestement pas.

Mme E. _____ a coté presque au maximum toutes les questions qui lui ont été proposées, attitude qui va de pair avec son comportement très revendicateur, avec amplification des plaintes.

Cela pourrait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient.

[...]

Dans le cas présent on retrouve un à deux symptômes cardinaux d'un épisode dépressif, à savoir : une fatigue anormale, sachant qu'il y a peu d'arguments pour admettre que d'autres symptômes sont présents la plupart du temps et tous les jours, depuis maintenant plusieurs mois. En effet, la perte d'intérêt et de plaisir ne peut être retenue, sachant qu'elle n'a pas la constance requise pour l'être et que l'assurée investit particulièrement la relation avec ses filles, son époux.

Les troubles du sommeil sont peu clairs. Les multiples plaintes somatiques sont mal systématisables et en contradiction avec de nombreux éléments de l'examen clinique et anamnestique.

En effet, les plaintes sont fréquemment en discordance avec la présentation clinique et l'anamnèse. Mme E. _____ est certes émotionnelle et réactive à certains moments, mais elle n'est pas ralentie, ne présente pas de troubles manifestes de l'attention et de la concentration, nous y reviendrons plus loin.

La recherche de phases maniaques ou hypomaniaques ne s'est pas avérée contributive et un trouble bipolaire peut être récusé.

Il n'y a pas d'éléments en faveur d'une récurrence, puisqu'aucun épisode antérieur ne peut être identifié, et ceci en concordance avec le dossier médical.

Enfin, des symptômes psychotiques ne sont pas non plus présents.

Dans le cas qui nous occupe, on peut parler d'un **épisode dépressif majeur léger à moyen**, avec probablement des **éléments d'amplification**.

Concernant le diagnostic de personnalité du registre état limite, avec manque de maturité, les éléments suivants ont été rapportés, suivis d'une analyse de la cohérence et de l'amplification des symptômes :

Dans le cas *qui* nous occupe, on retient une assurée très centrée sur elle-même, chez qui l'agressivité se manifeste sur un mode passif-agressif, autrement dit de mise en échec de tous les possibles. Mme E._____ fonctionne par le clivage, autrement dit le tout ou rien, avec une vision dichotomique du monde et qui ne paraît guère se formaliser des nombreuses contradictions auxquelles nous la confrontons. L'assurée a toujours une explication pour tout, ou sinon elle est dans le déni.

Le tout suggère une **structure état limite** (cf point 3.4. "Personnalité" pour le détail).

5.3. ANALYSE DE LA COHÉRENCE

Dans le cas *qui* nous occupe, l'analyse de la cohérence indique d'une part une collaboration assez moyenne dans la situation d'expertise, avec des réponses floues, souvent contradictoires, *chez une* assurée qui est surtout plaintive, victimaire, centrée sur elle-même. La souffrance n'est pas manifestement perceptible, car l'emphase domine souvent le tableau clinique.

Les plaintes somatiques et les doléances psychiques sont relativement atypiques et sont en contradiction d'une part au fait que Mme E._____ recherche un appartement pour sa famille, réalise ses tâches domestiques, s'occupe de trois enfants et se déplace plusieurs fois par semaine à pied à Lausanne, soit des fois 45 minutes aller-retour pour se rendre au Centre [...], ce qui va à l'encontre de ses déclarations de douleurs intolérables. D'ailleurs, l'assurée n'a guère d'explications à fournir, se réfugiant derrière une forme de rigidité, de mise au défi de démontrer qu'elle "aille mieux".

Certaines écoles font systématiquement le postulat de sincérité de leurs patients. Si ce postulat tient bien évidemment une place fondamentale dans la relation médecin — malade lorsque l'on est dans un champ d'un "mandat de traitement", dans le "mandat d'expertise", la mission du praticien est tout autre. L'expert doit alors évaluer les plaintes de façon critique et la possibilité d'un trouble factice, au sens médical du terme, d'une majoration des symptômes, voire d'une simulation fait aussi partie de la démarche scientifique du diagnostic différentiel. Dans la réalité, il faut bien constater la fréquente confusion entre le rôle d'expert et celui de thérapeute, ce qui donne parfois lieu à certains malentendus ou à des positions radicalement conflictuelles.

Il est difficile de saisir pourquoi un simple conflit de travail survenu en 2013 ait pu entraîner autant de conséquences sur une si longue durée, alors que Mme E._____ dispose manifestement d'un environnement familial tout à fait adéquat et soutenant, qu'elle sait nouer des contacts avec le voisinage, notamment une dame de 70 ans qui l'aide pour garder ses enfants, et que toute sa belle-famille se trouve à proximité. Enfin, Mme E._____ a des liens très investis avec sa propre famille qu'elle contacte régulièrement.

[...]

Dans le cas qui nous occupe, on retient déjà au niveau physique une explication somatique des symptômes largement insuffisante, une description qui se fait sur un mode dramatique, démonstratif, plaintif et revendicateur. Les plaintes sont exprimées sur un mode accusateur face aux médecins, aux assurances sociales et à son employeur. La souffrance manifeste paraît souvent floue, exprimée parfois avec ambiguïté.

Sa coopération est insuffisante, les incohérences sont frappantes, de même que l'attitude est revendicatrice. Confrontée à de très nombreuses contradictions, Mme E. _____ est bien en peine de pouvoir. Des motifs peut-être économiques sont au premier plan, chez une assurée qui dispose de peu de qualifications et dont la perspective d'un emploi peu qualifié, mal rémunéré, est peut-être peu encourageante.

On peut donc parler de **sur-stimulation**, terme qui qualifie l'existence d'un fond pathologique réel exagéré pour les besoins de la cause.

Finalement, l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée est formulée comme suit :

Dans le cas de E. _____ la symptomatologie dépressive est de gravité tout au plus légère. L'argumentation diagnostique a été développée plus haut et les éléments d'amplification relevés.

On retient que E. _____ peut assumer ses tâches domestiques, l'éducation de trois enfants, se déplacer à pied à Lausanne 45 minutes aller et 45 minutes retour, et fait actuellement des recherches pour un nouvel appartement.

Si dans la règle il est fréquent d'attester d'un arrêt de travail au début de la prise en charge d'une dépression ou d'un état d'angoisse — la distance professionnelle pouvant soulager un état d'épuisement et donner du temps pour que le traitement devienne efficace — il faut néanmoins se méfier à long terme des conséquences néfastes de l'inactivité puisque l'assurée est maintenant éloignée du monde du travail depuis le 25.07.2013, autrement dit depuis plus de deux ans. Lorsqu'une maladie devient chronique, comme c'est le cas dans la situation qui nous occupe, il ne faut souvent pas hésiter à reprogrammer une reprise de l'activité, même si le trouble psychique n'est pas totalement guéri. Bien entendu, dans les dépressions sévères, l'incapacité de travail peut perdurer, ce qui n'est plus que le cas de Mme E. _____.

Autrement dit, nous considérons qu'au plus tard le 01.01.2016, probablement déjà avant, sa capacité de travail médico-théorique est entière, et ceci dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation, que ce soit dans la restauration, comme lingère, ou autre.

L'intervention de l'assurance invalidité n'est pas justifiée dans cette situation, Mme E._____ disposant de toutes les compétences pour retrouver un emploi à sa convenance, même si l'assurée n'exprime que peu de motivation en ce sens.

Par avis médical SMR du 15 mars 2016, le Dr K._____ a confirmé les conclusions prises par le Dr X._____. Il concluait à une incapacité de travail totale dès le 25 juillet 2013, suivie dès le 31 décembre 2015 d'une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 13 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2014 au 31 mars 2016. L'Office constatait que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2016.

Par acte du 4 octobre 2016, l'assurée s'est déterminée quant au projet de décision précité. Elle contestait les conclusions du rapport établi par le Dr X._____, alléguant notamment qu'elle ressentait d'importantes douleurs aux bras, aux mains, aux chevilles et aux pieds, n'arrivant plus à marcher ni à effectuer les gestes du quotidien. Elle indiquait également subir une grande fatigue. A l'appui de ses déterminations, l'assurée a produit un rapport médical du 4 octobre 2016 établi par la Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cette dernière concluait à une incapacité de travail totale de l'assurée, mentionnant les éléments suivants :

Depuis maintenant plus de deux ans, Mme E._____, présente une tendance marquée au repli sur soi, s'exacerbant au fur et à mesure des mois. La clinique anxieuse reste de forte intensité, avec la survenue de symptômes, tels que des palpitations, de la transpiration, des tremblements ou encore des secousses musculaires ainsi que des sensations de vertiges ou encore de tête vide. Bien entendu, ces symptômes sont bien souvent réactionnels à des facteurs de stress du quotidien, mais la souffrance de la patiente n'en est que plus intense. Dans ce contexte, l'évitement d'un nombre important de situations sociales, concourent à un isolement de plus en plus prégnant. Ces derniers mois, l'évolution est marquée par l'apparition de symptômes douloureux chroniques, qui font actuellement l'objet d'un bilan rhumatologique et auprès de son médecin de famille. Le diagnostic de trouble panique porté au début

de l'année 2016, nous apparaît ici toujours justifié, puisque la patiente craint de manière persistante la survenue inopinée de ses attaques de panique et des conséquences qui pourraient en découler, notamment si ses troubles devaient survenir en présence de ses enfants.

Bien entendu, la symptomatologie dépressive comorbide fluctue, la thymie reste néanmoins fragile et la médication toujours en cours d'adaptation.

Enfin, il nous paraît très important de souligner la souffrance, la culpabilité et le vécu de honte attaché à ces symptômes, avec une patiente qui reste très souvent isolée à son domicile en raison de ses nombreuses craintes.

La psychothérapie d'inspiration comportementale et cognitive qui lui est dispensée au Centre [...], rencontre des difficultés, notamment dans la mise en pratique des exercices d'exposition, en particulier lorsque la symptomatologie douloureuse mobilise l'espace psychique.

Enfin, comme le soulignait très justement le rapport d'expertise psychiatrique, il existe bien une barrière culturelle et linguistique qui laisse à la patiente une faible estime d'elle-même, une remise en cause permanente de ses compétences personnelles, ce qui bien entendu, ne l'aide pas à progresser dans son cheminement psychothérapeutique. Cependant, Mme E._____ exprime à de nombreuses reprises le souhait d'aller mieux, se projette dans l'avenir et espère une amélioration de ses symptômes. Rappelons que cette dernière a toujours eu l'habitude de travailler et que son emploi était pour elle, une source de satisfaction et d'épanouissement.

Au final, la souffrance psychique exprimée, observée, vécue et ressentie par Mme E._____ nécessite d'être reconsidérée. De notre point de vue, une activité professionnelle n'est pas envisageable et ne ferait actuellement que péjorer les symptômes précités. C'est dans cette optique que nous l'avons accompagnée au mois d'avril 2016 dans sa démarche de recours, puisqu'il nous paraît évident que sans soutien, sans orientation et sans aide, la patiente ne pourrait pas réintégrer par elle-même le monde professionnel au moment opportun.

Par acte du 11 novembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a une nouvelle fois contesté les conclusions prises par le Dr X._____, ce dernier n'ayant notamment pas tenu compte des résultats des tests d'auto-évaluation Beck 21 et de Spielberger. Ces tests concluaient respectivement à la présence d'une dépression sévère ainsi qu'à une anxiété élevée chez l'assurée. L'intéressée a également produit deux rapports médicaux du 4 avril 2016 et du 7 novembre 2016, établis par la Dresse F._____.

Dans son rapport du 4 avril 2016, la Dresse F. _____ a retenu les éléments suivants :

La patiente se dit compliant à la médication et relate une amélioration notable au niveau du sommeil ainsi que de certaines situations anxiogènes. En effet, Mme E. _____ s'expose fréquemment à la conduite automobile et constate elle-même une amélioration très importante de ses compétences dans ce domaine.

A ce jour, sur le plan clinique, il persiste une symptomatologie anxieuse, avec la survenue des symptômes tels que des palpitations, transpiration, des tremblements ou des secousses musculaires, des sensations de vertiges ou de tête vide, des frissons ou des bouffées de chaleur ainsi qu'une peur de perdre le contrôle de soi. Ces symptômes permettent de définir la survenue d'attaques de paniques récurrentes et inattendues. Nous même constaté ses symptômes, lorsque par exemple, la patiente se trouve en salle d'attente dans laquelle il y a beaucoup de monde ou lorsque pour venir à notre consultation, elle a dû emprunter les transports en commun, du fait des conditions météorologiques.

Ces symptômes sont en outre rapportés par certains membres de la famille. A ce jour, la patiente craint de manière persistante la survenue inopinée de ses attaques de panique et des conséquences qu'elles pourraient avoir, notamment si ses troubles devaient survenir en présence de ses enfants. C'est donc *cette* crainte qui a modifié de manière significative son comportement social et en ce sens, le diagnostic de troubles paniques nous apparaît justifié et caractérisé par la clinique objectivée au cours de ces dernières semaines.

Enfin, il nous est paru très important de souligner la souffrance attachée à un tel diagnostic, avec une patiente qui se plaint de rester isolée à son domicile en raison des craintes mentionnées précédemment.

Les exercices d'exposition ne sont que très difficilement réalisables par la patiente qui progresse peu dans ce domaine.

Aussi, la psychothérapie s'attache davantage à travailler sur un plan cognitif et *les* distorsions rapportées afin d'aider Mme E. _____ à reconsidérer ses craintes.

Comme le rapport d'expertise psychiatrique le souligne très justement, il existe une barrière culturelle et linguistique qui laisse à la patiente une faible estime de soi et une remise en cause permanente de ses compétences personnelles, ce qui ne l'aide à pas progresser dans son cheminement psychothérapeutique. Cependant, celle-ci souhaite aller mieux, l'exprime régulièrement et remet en question cette position de femme au foyer qui lui pèse, elle qui a toujours eu l'habitude de travailler, son précédent emploi étant, une source de satisfaction et d'épanouissement personnel.

Elle formule ainsi le souhait de pouvoir prochainement reprendre cette activité personnelle, espérant être accompagnée dans cette démarche et ne se satisfait en aucune manière de sa situation actuelle.

Concernant le diagnostic d'état dépressif majeur, nous convenons bien effectivement que la patiente ne remplit pas tous les critères, mais le vécu de son trouble s'accompagne néanmoins de réactions dépressives, telles que des difficultés cognitives et des troubles mnésiques portant sur les faits récents, des difficultés attentionnelles, de planification et d'organisation que nous avons même constatés lors des entretiens. Une vision de l'avenir pessimiste et des difficultés à s'y projeter sereinement.

Au final, la souffrance psychique exprimée, vécue et ressentie par Mme E. _____, nécessite d'être reconsidérée. Un dossier d'évaluation a effectivement été déposé auprès de l'Office AI, il y a plus de deux ans et la patiente se trouve à ce jour en attente des résultats de cette évaluation. Elle y voit la possibilité d'être accompagnée, soutenue et encadrée pour son retour à l'emploi qu'elle espère prochaine.

Concernant le rapport médical établi le 7 novembre 2016, il a la teneur suivante :

2. Avez-vous également effectué les tests psychométriques dont il est fait mention dans l'expertise ? Si, oui, quelle appréciation et conclusion en avez-vous retirées ? Si non, partagez-vous l'appréciation et les conclusions faites par l'expert sur la base de résultats obtenus ?

Nous n'avons pas fait les tests psychométriques dont il est fait mention dans l'expertise psychiatrique rédigée par le Dr X. _____, mais nous en reconnaissons la validité et la pertinence.

De notre point de vue, la patiente présente un trouble dépressif récurrent (dystonie, CIM-10 : F34.1), qui se traduit par une humeur dépressive quotidienne, accompagnée des symptômes principaux suivants : baisse d'énergie, fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration, peine à prendre des décisions et, de manière plus générale, perte d'espoir.

Paradoxalement, ces symptômes ne constituent pas la plainte objective la plus exprimée par Mme E. _____ puisque, comme nous l'avons souligné dans les rapports adressés aux différents médecins-conseils, la clinique anxieuse reste de forte intensité et provoque une tendance marquée au repli sur soi, s'exacerbant au fur et à mesure du temps qui passe. Nous sommes bien entendu d'accord sur le fait que ces symptômes sont souvent réactionnels à des facteurs de stress du quotidien, mais la souffrance de la patiente n'en est que plus intense et plus réelle. Ainsi, Mme E. _____ évite de nombreuses situations sociales, ce qui majore d'autant l'isolement précité. Ces derniers mois, l'évolution a été marquée par l'apparition de symptômes douloureux chroniques, qui font actuellement l'objet d'un bilan rhumatologique auprès de son médecin de famille.

Au début de l'année 2016, nous avons posé le diagnostic prémorbide de trouble panique, qui nous paraît toujours justifié à l'heure actuelle. Aussi retenons-nous pour cette patiente le diagnostic suivant : dépression récurrente d'intensité sévère, trouble

panique et symptômes somatoformes nécessitant encore des investigations sur le plan somatique.

Enfin, pour compléter cette appréciation clinique, nous ajouterons que le traitement antidépresseur est encore en phase d'adaptation.

3. Partagez-vous l'appréciation et les conclusions faites par l'expert au chiffre 5.2 de son rapport ? Si tel ne devait pas être le cas, nous vous prions de nous en indiquer les raisons.

Nous avons déjà abordé la question des troubles de l'humeur ci-dessus. Concernant la personnalité de Mme E._____, nous ne rejoignons pas le diagnostic porté de structure état limite. En effet, il existe clairement une fragilité avérée chez cette patiente ; elle a une faible estime d'elle-même, du mal à faire confiance à l'autre, à se projeter de manière positive dans l'avenir, à entreprendre et à initier l'action. Ceci dit, il nous paraît surtout très important de souligner la souffrance, la culpabilité (en lien avec son rôle de mère de famille et d'épouse, mais également de par son statut de personne sans emploi, qui reste difficile à porter) et le vécu de honte que Mme E._____ peut ressentir vis-à-vis de ces symptômes. Bien ancrée dans la réalité, elle ne méconnaît pas les normes sociales et reste désireuse de s'insérer activement dans la société. Les traits de fragilité retrouvés chez la patiente (que nous ne détaillerons pas puisqu'ils s'étaient essentiellement sur son anamnèse) ne nous paraissent pas significatifs dans le sens où ils ne permettent pas de porter un diagnostic précis de trouble réel de la personnalité.

4. Quelle est votre appréciation, d'un point de vue psychiatrique, de la capacité de travail de Mme E._____ dans une activité lucrative en tant que serveuse ou maman de jour ?

5. Si vous deviez nier l'existence d'une activité en tant que serveuse ou maman de jour, nous vous prions de nous en indiquer les raisons.

A ce jour, la santé psychique de la patiente (cf troubles susmentionnés) ne lui permet pas d'occuper une activité professionnelle, pourvoyeuse de stress et nécessitant une réactivité quotidienne. Pour autant, elle parle toujours avec beaucoup de nostalgie de son emploi de maman de jour, dans lequel elle s'est épanouie et qu'elle aimerait retrouver à l'avenir.

6. Avez-vous d'autres remarques ou objections à formuler quant au contenu de l'expertise et aux conclusions prises par l'expert ?

Nihil.

Par rapport médical du 18 avril 2017, le Dr X._____ s'est prononcé sur les différents éléments médicaux établis par la Dresse F._____, se déterminant comme suit :

Lors de notre examen du 04.02.2016, nous avons mis en évidence, sous personnalité page 19, les tendances à la projection, les clivages

allant de pair avec le fait que Madame E. _____ tend à dénigrer les médecins, les assurances où son employeur dès que ceux-ci ne vont pas dans le sens qui lui paraît juste ou lui convenir.

Nous avons également mentionné de nombreux éléments qui étaient souvent contradictoires et des difficultés d'obtenir ainsi une anamnèse fiable. Il a été clairement mentionné, la discordance entre l'examen clinique et l'anamnèse et tous les éléments qui allaient dans le sens d'une amplification des symptômes qui ont parfaitement été détaillés en page 27.

Enfin la discordance entre les hétéro et auto-évaluation respectivement les tests BECK21 et Spielberger fortement pathologiques ne reflétaient que la tendance de Madame E. _____ à donner une image plus défavorable de son état clinique.

L'ensemble de ces éléments soulignent la discordance in fine attendue entre le médecin traitant et le médecin expert. Nous avons à ce titre expliqué la différence de mandat entre le médecin traitant et le médecin expert à la page 26. Ces différents éléments nous indiquent qu'il n'y a pas lieu de revenir sur l'appréciation de notre expertise datée du 18.02.2016.

En restant à disposition, nous vous prions d'agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de notre parfaite considération.

Par avis médical SMR du 15 mai 2017, le Dr K. _____ a retenu qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr X. _____.

Par décision du 4 septembre 2017, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2014 au 31 mars 2016. L'office retenait que l'assurée présentait depuis le 1^{er} janvier 2016 une pleine capacité de travail.

B. Par acte du 4 octobre 2017, E. _____, par l'intermédiaire de CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014 et à la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2016. Elle estimait que les résultats des tests effectués à l'occasion de l'expertise du 18 février 2016 concluant à la présence d'une dépression sévère et d'une anxiété élevée n'avaient pas été pris en compte par le Dr X. _____. Il se justifiait dès lors de s'écarter de ses conclusions. L'assurée faisait valoir que la Dresse

F._____, dans ses rapports des 4 avril, 4 octobre et 7 novembre 2016 retenait au contraire une dépression récurrente d'intensité sévère. Ces problématiques dépressives et anxieuses allaient d'ailleurs dans le sens d'une aggravation, empêchant l'assurée de reprendre une quelconque activité lucrative.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical du 22 septembre 2017 établi par la Dresse F._____, par lequel ce médecin confirmait l'incapacité de travail totale de l'assurée et renvoyait aux conclusions de ses précédents rapports.

Par réponse du 28 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il retenait n'avoir aucun motif valable de s'écarter des conclusions de l'expert X._____, relevant notamment que, lors de l'expertise du 18 février 2016, la différence entre l'examen clinique et l'anamnèse ainsi que les éléments présents au dossier allaient dans le sens d'une amplification des symptômes de la part de l'assurée.

Répliquant en date du 6 décembre 2017, l'assurée a confirmé les conclusions prises lors de son recours.

Dupliquant en date du 8 janvier 2018, l'OAI a également confirmé la teneur de son écriture du 28 novembre 2017.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2016, l'octroi d'une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juillet 2014 et le 31 mars 2016 n'étant pas contesté.

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 ; 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 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 (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid.

2.2). 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 psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. a) Se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 18 février 2016 du Dr X._____, l'OAI retient que l'assurée présente depuis le 1^{er} janvier 2016 une pleine capacité de travail. La recourante conteste ces conclusions, invoquant notamment le fait que le Dr X._____ n'a pas pris en compte le résultat des tests psychométriques effectués. Elle allègue souffrir d'une dépression récurrente d'intensité sévère, la rendant incapable de travailler, conformément aux rapports établis par la Dresse F._____.

b) Dans son rapport du 18 février 2016, au demeurant complet et cohérent, le Dr X._____ retient les diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur léger à moyen, avec éléments d'amplification ainsi qu'une personnalité du registre état limite, avec manque de maturité. Ce médecin a motivé à satisfaction les raisons pour lesquelles il a retenu un épisode dépressif majeur léger à moyen, indiquant notamment que la perte d'intérêt et de plaisir ne pouvaient être retenus dans le cas de la recourante, cette dernière ayant conservé les ressources nécessaires afin de s'investir dans la relation la liant à ses filles ainsi qu'à son époux. Le Dr X._____ a également relevé que la recourante ne présentait pas de troubles manifestes de l'attention, de la concentration, ni de phases de maniaques, respectivement hypomaniaques, ou encore des symptômes psychotiques pouvant justifier une intensité plus élevée. Les motifs pour lesquels ce médecin a retenu une personnalité du registre état limite sont également développés de manière convaincante et détaillée.

Concernant la position de l'assurée alléguant que le Dr X._____ n'avait pas pris en compte le résultat des tests psychométriques effectués, il sied de relever que ce médecin explique, tant dans son rapport du 18 février 2016 qu'à l'occasion du rapport complémentaire du 18 avril 2017, les raisons pour lesquelles le résultat de dits tests ne pouvaient être repris sans autre dans l'appréciation diagnostique. En effet, le test Hamilton 17 résulte d'une hétéro-évaluation, soit l'évaluation d'un patient par une tierce personne, et conclut à une dépression légère, contrairement au test Beck 21 qui consiste en une auto-évaluation, relevant une symptomatologie dépressive presque maximale. Pour le Dr X._____, ces différences s'expliquent par une amplification des symptômes par l'intéressée, mentionnant une coopération insuffisante de sa part, des incohérences frappantes de même qu'une attitude revendicatrice. Au vu des différentes pièces présentes au dossier et compte tenu de la nature de l'évaluation des différents tests, les explications apportées par le Dr X._____ peuvent être suivies.

c) Le rapport du 18 février 2016 contient également une analyse détaillée de la capacité de travail de la recourante. Le Dr X._____ mentionne des ressources globalement préservées, notamment afin d'assumer ses tâches domestiques, l'éducation de ses enfants, la faculté de se rendre régulièrement en ville à pied ou encore afin d'effectuer des recherches pour un nouvel appartement, soulignant l'absence de limitations fonctionnelles pouvant sensiblement entraver l'exercice d'une activité lucrative. Ce médecin a également relevé la contradiction entre d'une part, les plaintes somatiques et les doléances physiques verbalisées par la recourante et d'autre part, les ressources non-négligeables dont elle continue de disposer, mentionnant un environnement psycho-social préservé.

d) Les différents rapports établis respectivement le 4 avril 2016, le 4 octobre 2016, le 7 novembre 2016 et le 22 septembre 2017 par la Dresse F._____, psychiatre traitante de la recourante, ne contiennent pas d'éléments suffisamment probants afin de remettre en doute les

conclusions prises par le Dr X._____. Concernant la symptomatologie dépressive retenue, qualifiée de grave par la Dresse F._____, ce médecin relève pourtant que la recourante ne remplit pas tous les critères de dite pathologie, mentionnant uniquement des réactions dépressives, sous la forme de difficultés cognitives, des troubles mnésiques portant sur les faits récents, des difficultés attentionnelles, de planification et d'organisation, une vision de l'avenir pessimiste et des difficultés afin de s'y projeter sereinement (rapport du 4 avril 2016). Sur le plan de la discordance rapportée par le Dr X._____, on constate qu'elle ressort également des rapports de la Dresse F._____. En effet, la baisse d'énergie, la fatigue, la faible estime de soi, les difficultés de concentration, la peine à prendre des décisions et, de manière plus générale, la perte d'espoir rapportés, soit les symptômes constitutifs d'un état dépressif sévère, ne constituent pas les plaintes objectives les plus exprimées par cette dernière (rapport du 7 novembre 2016), mettant ainsi en lumière l'absence de cohérence entre les plaintes exprimées par la recourante et celles objectivées par sa psychiatre traitante.

Concernant l'analyse de la capacité de travail, outre l'absence de certains indicateurs développés par la jurisprudence fédérale afin de déterminer le caractère invalidant d'une atteinte, notamment la structure de personnalité, les ressources de l'intéressée, le contexte social ou le critère de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées), la Dresse F._____ évoque une incapacité totale de travail, relevant la nécessité pour la recourante de bénéficier d'une orientation, d'une aide et de soutien afin de réintégrer le monde professionnel. La spécialiste relève également à plusieurs reprises l'envie de la recourante de réintégrer le milieu professionnel. On observe qu'une telle envie n'est que difficilement compatible avec un état dépressif sévère. Au surplus, on constate qu'il ressort également des rapports de la Dresse F._____ des ressources globalement préservées chez la recourante, la psychiatre traitante mentionnant la faculté préservée de la recourante à conduire un véhicule, remarquant une amélioration sensible dans ce domaine.

e) Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que l'intimé s'est fondé à juste titre sur le rapport médical du 18 février 2016 établi par le Dr X._____, remplissant les différents réquisits de la jurisprudence afin de se voir conférer une pleine valeur probante. Dans ce contexte, l'OAI a conclu à bon droit à une pleine capacité de travail de la recourante dès le 1^{er} janvier 2016.

7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Au vu de l'issue de la procédure, la tenue d'une audience comme requise à titre de moyen de preuve dans l'acte de recours du 4 octobre 2017 n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus. La requête de la recourante peut dès lors être écartée.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur

litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de E._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :