

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2016

Composition : M. NEU, président
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Tafelmacher,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante turque née en 1955, est entrée en Suisse en août 2004 pour y rejoindre son époux, père de ses six enfants adultes.

Sans formation professionnelle, elle a exercé l'activité d'ouvrière ébarbeuse auprès de la société DD._____SA à compter du 1^{er} décembre 2004. Son contrat de travail a été résilié par l'employeur avec effet au 28 février 2006.

B. Atteinte dans sa santé au motif de maladie, l'assurée a été en incapacité totale de travail depuis le 19 juillet 2007. Des indemnités journalières lui ont été servies dès le 18 août 2007 par la B._____SA (ci-après : la B._____SA) en sa qualité d'assureur individuel pour perte de salaire en cas de maladie.

La Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant, a indiqué au Dr G._____, médecin-conseil de la B._____SA, en date du 20 septembre 2007, que sa patiente souffrait d'un « trouble anxieux-dépressif », ainsi que de « difficultés en lien avec des déchirures familiales [...] et des essais de reconstituer la famille en Suisse ».

La B._____SA a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport corrélatif a été rédigé le 22 mai 2008, suite à un examen clinique du 7 avril 2008. Le Dr E._____ a évoqué les diagnostics de « trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive » accompagné de « difficultés conjugales, non-intégration socio-culturelle » sans trouble majeur de la personnalité. Il a par ailleurs communiqué son appréciation du cas en ces termes :

« [...L'assurée] est une femme d'origine turque née dans une famille traditionnelle de 8 enfants. Orpheline de père dès l'âge de 11 ans,

elle a grandi avec sa famille chez son grand-père paternel. A priori, elle n'aurait pas subi de maltraitance ou de carence affective majeure.

On sait une histoire conjugale passablement difficile, dont les tenants et aboutissants nous échappent en grande partie. Elle a divorcé 2 fois du même homme, après son mariage arrangé à l'âge de 15 ans. Son mari travaille en Suisse depuis 1980, d'abord longtemps au noir, semble-t-il, au bénéfice d'un permis touristique ; il aurait vu sa situation administrative se réguler, après qu'il se soit remarié pendant environ 10 ans avec une femme d'origine italienne. Après son divorce d'avec cette femme en 2000, [l'assurée] se serait remariée avec lui en 2004 sous pression de leurs enfants. Toute la famille est venue alors s'établir en Suisse. Cependant, la relation conjugale ne semble pas s'être améliorée pour autant.

[L'assurée] n'a jamais exercé d'activités professionnelles jusqu'à son arrivée en Suisse en 2004. Elle s'est consacrée à sa famille et ses tâches domestiques. Elle aurait eu quelques petits « coups de blues » dans son pays, mais dans les faits, cela ne l'aurait pas empêchée d'assumer ses tâches quotidiennes. [...]

Le long entretien que nous avons eu avec [l'assurée], le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, rien n'indique que [l'assurée] ait souffert de graves troubles psychiques avant les faits qui nous occupent. On sait des « petits coups de blues », probablement sur fond d'une union conjugale particulièrement compliquée. L'assurée s'est toujours consacrée à sa famille. Elle s'est retrouvée parachutée en Suisse en 2004, alors qu'elle n'avait jamais exercé d'activités lucratives.

Quatre ans plus tard, [l'assurée] ne parle pas un mot de français. Frappe surtout une importante inadaptation socio-culturelle qui s'inscrit toujours dans le contexte d'un conflit conjugal maintenant chronique. L'attitude est régressive. Elle cherche à mobiliser son entourage, ce qui est tout à fait compréhensible dans sa situation.

Les symptômes somatiques viennent compléter une problématique psychique fluctuante. Il est fort à craindre, vu l'importance des bénéfices secondaires, que cette situation n'évolue guère.

Dans le cas qui nous occupe, on peut conclure essentiellement à un problème d'adaptation, raison pour laquelle on parlera de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive chronique puisque les mêmes facteurs de stress existent toujours à l'heure actuelle.

Ici, des facteurs liés aux problèmes d'adaptation socio-culturelle sont au premier plan : [l'assurée] n'a jamais exercé d'activité professionnelle, est illettrée ; elle a 52 ans et se trouve dans un isolement social manifeste. L'assurée adopte une attitude régressive avec des éléments dépressifs associés à des plaintes somatiques atypiques qui lui permettent de mobiliser sa famille puis d'exprimer aussi sa colère face à un époux avec lequel l'entente n'a jamais été bonne.

L'incapacité de travail est donc difficile à établir, car le trouble de l'adaptation est au premier plan. Il offre des solutions concrètes à des problèmes de réalité. L'assurée apparaît maintenant s'être ancrée dans sa position de malade. Vu ce qui précède, il est a priori relativement clair que [l'assurée] ne pourra pas, d'une manière ou d'une autre, réaliser une activité professionnelle en Suisse. La

symptomatologie dépressive n'est pas majeure et une certaine tendance à l'amplification ou à la dramatisation nous paraît probable.

D'un point de vue médico-théorique, [l'assurée] pourrait travailler à plein temps. Mais ici, l'absence de volonté de travailler, son âge, ses problèmes linguistiques et l'absence de qualifications professionnelles sont des obstacles majeurs.

L'assurée néanmoins, malgré les troubles dépressifs allégués par ses médecins traitants, n'a pas bénéficié d'un traitement antidépresseur légal. Le Deanxit ne possède pas d'effet antidépresseur majeur à cette posologie, ni d'ailleurs à une posologie plus élevée. Nous suggérons éventuellement le Seropram sous forme de gouttes à introduire progressivement le soir en fonction de la tolérance et de l'efficacité clinique. [...] »

Le Dr E. _____ a ainsi conclu à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, l'importance des plaintes et du handicap allégué résultant à son avis de « l'inadaptation socio-culturelle et des éléments de la réalité (âge, absence de formation,...) ».

En date du 18 juin 2008, à la demande du médecin-conseil de la B. _____ SA, l'expert susmentionné a précisé que l'assurée « présent[ait] essentiellement un trouble de l'adaptation pour des motifs en majeure partie socio-culturels après son arrivée en Suisse », de gravité légère, « les bénéfices secondaires et des éléments extra-médicaux jouant un rôle prépondérant ». La capacité de travail était d'au moins 80% dans « toute activité adaptée ».

La B. _____ SA a adressé une communication à l'assurée le 19 juin 2008, l'informant du terme des indemnités journalières fixé au 30 avril 2008, compte tenu de la capacité de travail estimée par le Dr E. _____.

Par différents courriers de son avocat, mandaté dès le 11 septembre 2008, l'assurée a contesté la position de la B. _____ SA et argué de l'appréciation divergente de sa capacité de travail émise par la Dresse F. _____. Son incapacité totale de travail était maintenue par des certificats médicaux régulièrement délivrés par cette praticienne. En outre, elle a mis en exergue les diagnostics de « diabète, hypertension artérielle et troubles cardiaques » relatés par son médecin généraliste

traitant, le Dr D._____, en juin 2008. Elle a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le Dr D._____ a confirmé à la B._____SA, à l'issue d'une correspondance du 23 janvier 2009, que sa patiente souffrait de « dépression nerveuse », et signalé avoir prononcé un arrêt de travail en décembre 2008 et janvier 2009 du fait d'une « affection pulmonaire avec foyer parenchymateux, en décours ».

Le 3 juillet 2009, la Dresse F._____ a indiqué que l'assurée souffrait désormais d'une « inhibition psychomotrice », en sus d'un diabète et de problèmes neurologiques, alors que « la nervosité, l'agressivité, les angoisses [avaient] diminué » sous traitement. Elle a considéré que les problèmes psychiques et physiques constatés entravaient totalement l'exercice d'une activité lucrative.

En date du 29 septembre 2009, le Dr D._____ a transmis à la B._____SA les rapports médicaux des spécialistes consultés à sa demande par l'assurée, à savoir :

- un rapport du 30 avril 2008 du Dr Y._____, spécialiste en gastro-entérologie, faisant état d'un « foie stéatosique » et de l'absence de « lithiase vésiculaire » ;
- un rapport du 30 juillet 2009 de la Dresse Z._____, médecin diabétologue au sein du Centre hospitalier C._____, relatant les diagnostics de « diabète de type II », « hypertension artérielle » et « dyslipidémie mixte », ainsi que l'instauration d'un traitement d'insuline ;
- un rapport de la Dresse X._____, spécialiste en rhumatologie, retenant notamment les diagnostics de « polyarthrose des doigts » et de « probable fibromyalgie ».

Compte tenu de l'ensemble des problèmes de santé de l'assurée, le

Dr D._____ a considéré qu'elle ne pouvait plus exercer d'activité lucrative.

C. Dans l'intervalle, soit en date du 20 août 2009, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Sur question de ce dernier, elle a précisé le 14 septembre 2009 que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps.

Le Dr D._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 5 octobre 2009, reprenant l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas de l'assurée et joignant les rapports des différents spécialistes susmentionnés, tandis que l'OAI a demandé le dossier constitué par la B._____SA.

Sollicité pour avis, le Service médical de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr GG._____, médecin, a préconisé d'organiser un examen pluridisciplinaire de l'assurée. Le mandat correspondant a été adressé au Centre médical H._____ par communication du 25 novembre 2009, où le Dr J._____, spécialiste en diabétologie, s'est adjoint les services de la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie. Le rapport d'expertise a été délivré le 24 mars 2010 et contient ceux rédigés par le Dr K._____ le 10 février 2010 et la Dresse I._____ le 21 février 2010. Il n'est fait état d'aucun diagnostic physique ou psychique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics suivants étant considérés comme sans influence sur dite capacité :

- profil psychiatrique compatible avec les notions somatiques de fibromyalgie,
- difficulté liée à l'acculturation,
- tunnel carpien droit,

- diabète de type 2 insulino-requérant complété d'une polyneuropathie,
- dyslipidémie,
- obésité morbide.

Au titre d'appréciation globale du cas, le Dr J._____ a souligné les éléments suivants, tout en renvoyant pour l'essentiel aux rapports des Drs K._____ et I._____ :

« [...] L'histoire médicale est marquée d'un point de vue somatique, d'une part par l'apparition d'un diabète depuis environ 6 ans traité par insuline depuis environ un an. Le suivi est effectué au Centre hospitalier C._____ avec un équilibre métabolique relativement mauvais avec une hémoglobine glyquée à 9,8%.

Ce diabète est compliqué d'une probable polyneuropathie des membres inférieurs qui est impossible à documenter de manière précise, l'assurée étant peu compliant lors de l'examen clinique. Néanmoins, il est possible de la piquer au niveau des plantes des pieds de manière profonde avec des aiguilles à intramusculaire.

D'un point de vue rhumatologique, les plaintes sont multiples mais l'examen clinique ne met en évidence rien d'autre de relevant qu'un syndrome du tunnel carpien droit avec une intervention chirurgicale prévue (cf. rapport du Dr K._____).

D'un point de vue psychiatrique, l'assurée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique ; elle n'a pas d'antécédent de troubles alimentaires, d'automutilation et n'a commis aucun tentamen. Dans le contexte de ces douleurs chroniques, son médecin traitant lui aurait proposé une prise en charge psychiatrique il y a 2 à 3 ans. L'assurée voit d'abord un psychiatre à [...] qui l'a rapidement transférée chez la Drsse F._____ en raison de la méconnaissance de la langue française. L'assurée voit cette thérapeute deux fois par mois.

[...]

1. Face à la notion de fibromyalgie évoquée dans certain rapport médicaux, la jurisprudence en vigueur impose l'évaluation des critères de gravité :

L'assurée n'a pas de comorbidité psychiatrique et les affections corporelles chroniques dûment investiguées dans cette expertise ne mettent pas en évidence d'atteinte à caractère incapacitant.

Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, mais un ciblage des liens sociaux en raison de la non-maîtrise de la langue française. Le processus de résolution de conflit peut être mis en corrélation avec l'âge des enfants qui, vraisemblablement, se distancieraient dans des vellétés d'autonomisation si l'assurée n'exprimait pas ses symptômes.

Les traitements sont considérés par l'assurée comme inefficaces, ce qui pourrait être pertinent face à la pauvreté des signes cliniques d'atteintes à la santé observés. Il n'y a pas de signe de non-coopération. [...] »

Quant au Dr K._____, il a conclu son rapport d'examen rhumatologique du 10 février 2010 ainsi :

« [...] Le bilan biologique exhaustif n'a mis en évidence aucune anomalie des facteurs rhumatoïdes, des facteurs antinucléaires, des anticorps citrullinés et des ANCA [réd. : anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires neutrophiles].

La négativité de ce bilan et l'absence d'anomalie articulaire permettent d'écarter formellement une maladie rhumatismale inflammatoire.

Par contre, l'examen clinique confirme le diagnostic de syndrome fibromyalgique primaire pour lequel un traitement médicamenteux devrait être entrepris.

La seule anomalie constatée est une VS [réd. : vitesse de sédimentation] à la limite supérieure de la norme et une augmentation de la protéine C-réactive, anomalie dont l'origine n'est pas articulaire.

Au vu de l'examen clinique, du bilan radiologique et biologique, il n'y a pas d'argument ostéo-articulaire pour justifier l'incapacité de travail de [l'assurée...]. »

Dans son rapport du 21 février 2010, la Dresse I._____ a pour sa part observé ce qui suit :

« [...] A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée dont les capacités intellectuelles sont bien présentes. Aucun signe d'anxiété n'a été décelé et la recherche systématique des signes de dépression est restée négative. Etant donné le traitement médicamenteux ciblé, il n'est pas exclu que des signes anxieux et dépressifs eussent été présents, mais l'absence de séquelles notamment cognitives permet d'écarter une intensité de ceux-ci qui aurait pu prendre un caractère invalidant.

Par contre, il s'agit d'une femme qui se positionne fortement dans un rôle d'invalidé dans une attitude rigide ne souffrant aucune discussion. Le désistement de toutes les tâches ménagères et la sollicitation excessive des enfants n'est aucunement motivée par des arguments médicaux. [...]

En conséquence, sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a aucune atteinte à la santé ; les critères jurisprudentiels de gravité ne limitent aucunement l'exigibilité d'une activité professionnelle à plein temps. Si l'assurée ne travaille pas actuellement, ce n'est pas pour des raisons d'atteinte médicale à la santé.

Face aux documents médicaux adressés

Le rapport médical du 20.9.2007 de la Dresse F._____, mentionne un diagnostic de trouble anxieux-dépressif. Bien que les critères d'anxiété et de dépression soient actuellement négatifs, il ne peut pas être exclu que les traitements ciblés aient été efficaces. Quoiqu'il en soit, ce diagnostic n'est aucunement incapacitant. Quant au diagnostic de difficultés liées à des déchirures familiales, étant donné que l'assurée est actuellement remariée pour la 3^{ème} fois avec son même mari et que ses enfants l'entourent généreusement au quotidien, cette notion n'est pas d'actualité.

Quant à l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr E._____ le 22 mai 2008, les diagnostics de troubles de l'adaptation avec

humeur anxio-dépressive, difficultés conjugales et non-intégration socioculturelle sont compatibles avec l'observation de ce jour. En effet, ce rapport d'expertise n'a pas observé d'atteinte anxieuse ni dépressive, mais une humeur anxio-dépressive qui est tout à fait plausible et aucunement incapacitante du point de vue médical. [...] »

Fondé sur les conclusions de l'expertise réalisée au Centre médical H._____, le Dr M._____, médecin au SMR, a considéré le 26 avril 2010 que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante et disposait par conséquent depuis toujours d'une capacité de travail entière.

Par projet de décision du 14 juin 2010, l'OAI a envisagé de nier à l'assurée le droit à des prestations de l'AI, faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

L'assurée a manifesté son désaccord avec le projet précité le 28 juin 2010, tandis qu'un rapport médical intermédiaire de la Dresse F._____ du même jour est parvenu à l'OAI. Cette spécialiste a signalé que le pronostic était très réservé dans le cas de sa patiente, dont l'incapacité totale de travail perdurait, « au vu de la chronicité de ses troubles psychiques et des traumatismes vécus dans l'enfance ».

Le SMR, dans un avis du 11 octobre 2010 a estimé que sa prise de position du 26 avril 2010 demeurerait valable au vu des résultats des expertises psychiatriques conduites auprès de l'assurée.

L'OAI a rendu sa décision en date du 10 janvier 2011 et repris les termes de son projet de décision du 28 juin 2010 en refusant à l'assurée toutes prestations de l'AI.

D. L'assurée, avec le concours de son mandataire, a dans l'intervalle introduit une demande en paiement à l'encontre de la B._____SA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 23 décembre 2010. Cette procédure a été enregistrée sous numéro de cause AMC 25/10.

Dans ce contexte, le juge instructeur a appointé une audience de comparution des parties le 22 juin 2011, au cours de laquelle l'assurée a pris connaissance de la décision rendue le 10 janvier 2011 par l'OAI. Elle a précisé envisager d'organiser une expertise privée de sorte que la procédure dans la cause AMC 25/10 a été suspendue.

Par courrier de son avocat du 23 juin 2011, l'assurée a indiqué à l'OAI ne pas avoir réceptionné la décision du 10 janvier 2011 et sollicité un tirage de son dossier.

Donnant suite à cette requête, l'OAI a précisé le 27 juin 2011 ne pas expédier ses décisions par voie recommandée.

E. L'assurée a déféré la décision de l'OAI du 10 janvier 2011 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 29 juin 2011, concluant à son annulation. A la forme, elle a argué de la réception de la décision de querellée au plus tôt le 28 juin 2011, son recours étant en conséquence formé en temps utile. Sur le fond, elle a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire requise par l'OAI, estimant que celle-ci ne prenait pas en considération ses multiples problèmes de santé, tant physiques que psychiques. En particulier, elle a mis en exergue l'appréciation de ses médecins traitants, les Drs D._____ et F._____, ainsi que souligné avoir fait l'objet d'une opération chirurgicale et bénéficier d'un suivi rhumatologique auprès du Dr L._____, spécialiste en rhumatologie. Compte tenu de la divergence des avis médicaux, elle a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle a au surplus conclu à l'allocation d'une rente entière d'invalidité « dès le 19 août 2009 ».

L'intimé a produit sa réponse au recours le 8 septembre 2011, en proposant le rejet. Il a rappelé la concordance des conclusions communiquées par deux experts psychiatres, les Drs E._____ et I._____, et considéré que l'expertise pluridisciplinaire diligentée par ses

soins répondait aux réquisits jurisprudentiels justifiant de lui accorder pleine force probante.

Par réplique du 17 janvier 2012, la recourante a maintenu ses conclusions et confirmé à la Cour de céans avoir organisé des expertises psychiatrique et rhumatologique privées dans le cadre du litige l'opposante à la B._____SA.

L'OAI, pour sa part, a indiqué le 23 janvier 2012 ne pas avoir de commentaire à formuler en l'état du dossier.

F. Par correspondance du 31 janvier 2013, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans un tirage des trois rapports d'expertise privée suivants :

- un rapport du 3 juillet 2012, établi par les Drs W._____ et U._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ;
- un rapport du 5 décembre 2012, établi par le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie,
- un rapport du 18 janvier 2013, établi par le Dr T._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie.

Sur le plan psychiatrique, les Drs W._____ et U._____ ont fait état des diagnostics suivants de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assurée à l'issue de leur rapport du 3 juillet 2012 susmentionné :

- trouble dépressif moyen, avec syndrome somatique ;
- trouble de la personnalité avec des traits mixtes histrionique, anxieuse, dépendante, passive-agressive ;
- difficultés liées à une enfance malheureuse : privation de relation affective pendant l'enfance ;
- difficultés liées à une enfance malheureuse : expérience personnelle terrifiante dans une situation de guerre entre clans rivaux ;
- difficultés en lien avec des déchirures familiales.

Ils ont par ailleurs communiqué leur appréciation du cas en ces termes :

« La carence affective et l'absence d'imagos parentaux présents, affectueux et solides, ont sans doute contribué à un manque de développement psychoaffectif de la personnalité de l'expertisée avec une capacité insuffisante à gérer les frustrations.

L'expertisée n'a pas assez développé l'expression verbale de ses émotions et a surtout utilisé le langage non-verbal et notamment corporel de ses souffrances et frustrations, avec des traits immatures histrioniques, à savoir une manière théâtrale de l'expression des plaintes somatiques et psychiques.

En effet, l'enfance de l'expertisée est marquée par le décès tragique de son père dans un accident de voiture lorsque [l'assurée] était âgée de 11 ans (1966).

[L'assurée] a grandi dans un milieu sans carence affective parmi huit enfants. Orpheline de père à 11 ans. Sa mère a dû affronter une famille nombreuse avec l'aide de son beau-père (père de son mari décédé) et sans belle-mère (décédée). La situation financière était extrêmement difficile pour une famille nombreuse, à la campagne et sans père de famille.

A noter que [l'assurée] a grandi dans un climat de violence entre gangs locaux qui ont terrifié la population locale, y compris l'expertisée dans son enfance.

[L'assurée] a bénéficié à peine d'une scolarité obligatoire avec un bagage de connaissances très limité. L'expertisée sait à peine lire, écrire et effectuer quelques calculs de base. Dans ce contexte, [l'assurée] ne disposait pas de bases suffisantes pour envisager une quelconque formation même dans son pays d'origine.

La situation financière difficile et les traditions culturelles l'ont mise, dès l'âge de 15 ans, face à un mariage arrangé et elle a donné la vie à un premier enfant à 17 ans. Le mari de [l'assurée] avait le rôle de chef de famille et de celui qui devait travailler pour subvenir aux besoins de son épouse et de son enfant. [L'assurée] a dès lors assumé le rôle de mère au foyer et n'a jamais assumé d'activité salariée, ceci d'autant plus que l'expertisée est tombée enceinte à plusieurs reprises et à des intervalles très courts.

[L'assurée] s'est retrouvée seule à élever ses enfants à plusieurs reprises entre l'âge de 17 et 31 ans.

Le changement de milieu socio-culturel :

L'inadaptation socio-culturelle de l'expertisée en Suisse a joué un rôle dans le développement d'un trouble anxieux-dépressif.

Tout d'abord, l'expertisée présente des traits de personnalité anxieuse, qui ont conduit entre autres à ce qu'elle quitte rapidement la Suisse vers 1983. Peut-être qu'elle était enceinte de son cinquième enfant, un fils, né en 1983, et qu'elle recherchait en même temps un environnement connu et rassurant, sur le plan familial et culturel.

En effet, nous remarquons que l'expertisée est restée à peine un an et demi en Suisse avant de repartir en Turquie.

Ensuite, [l'assurée] revient en Suisse, le 11.08.2004, alors qu'elle est âgée de 49 ans. Et cette fois, elle s'établit en Suisse avec ses quatre enfants. [...]

L'expertisée est à nouveau confrontée à un milieu culturel différent du sien, même si [l'assurée] avait déjà séjourné en Suisse une année et demie entre 1982-1983.

En réalité, [l'assurée] ne s'est jamais adaptée à une activité lucrative car elle a été plongée dans le rôle de mère au foyer. De

surcroît, son bagage en connaissances est très pauvre et elle est sans doute une personne anxieuse.

En 2004, l'expertisée a travaillé dans une entreprise qui s'est montrée assez compréhensive concernant les exigences, avec un poste de travail peu exigeant et répétitif, manuel.

L'expertisée a travaillé dans cet emploi dans un milieu turcophone et dans une entreprise d'un patron turc qui faisait partie des connaissances de la famille. Toutes ces conditions-là ont été nécessaires pour une provisoire capacité de travail et ceci probablement avec beaucoup d'indulgence de la part des responsables de l'entreprise.

Le seuil bas d'intolérance à la frustration et de gestion du stress de la part de l'expertisée peut être en relation avec un développement partiel et immature de la personnalité de [l'assurée].

Au fil des mois, [l'assurée] a atteint les limites de son fonctionnement psychique déjà bancal. L'expertisée a développé un trouble anxieux et dépressif avec un syndrome somatique investigué à moult reprises.

L'état dépressif dépasse actuellement en durée un trouble de l'adaptation et il dépasse en intensité un trouble anxio-dépressif. Nous constatons abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie, fatigabilité et diminution de l'activité, couplés à une baisse de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, des idées de mort, une perturbation du sommeil, un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables, une perturbation de la psychomotricité (cf. critères CIM-10).

Nous sommes d'avis qu'il existe un trouble de la personnalité à traits mixtes, anxieuse (évitante), histrionique, dépendante et passive-agressive.

L'expertise psychiatrique du Dr E. _____ pour l'assurance perte de gain en 2008, ne mentionne pas les événements traumatiques lourds dont [l'assurée] a été témoin dans son enfance.

Par ailleurs, l'anamnèse familiale n'a pas été suffisamment approfondie, ce qui aurait permis, entre autres, de percevoir l'univers chaotique familial dans lequel [l'assurée] a grandi et le fait que [l'assurée] n'a pas connu vraiment d'adolescence, devenant très vite mère, pour avoir donné naissance à six enfants, entre l'âge de 17 et 31 ans. Elle a connu, entre l'âge de 15 et 49 ans, 3 mariages et 2 divorces avec le même homme dans deux pays différents. Elle a assumé seule la garde de ses enfants à plusieurs reprises.

L'expertise du Dr E. _____ est relativement sommaire et semble s'appuyer sur des hypothèses erronées. [...]

Par rapport au trouble de l'adaptation du chapitre F4 retenu par l'expert E. _____, il existe actuellement une nette aggravation de l'état psychique avec existence d'un trouble dépressif majeur du chapitre F3.

L'expertise psychiatrique de la Dresse I. _____ pour l'Assurance Invalidité en 2010 ne tient pas compte des informations d'une anamnèse traumatique sur le plan psychiatrique depuis l'enfance, adolescence et âge adulte de [l'assurée]. Cette expertise n'approfondit pas non plus la symptomatologie psychiatrique depuis 2006. [...]

A notre avis, [l'assurée] présente de multiples facteurs expliquant une fragilité psychique depuis l'enfance, péjorée à l'âge adulte,

surtout dès 2004 en Suisse, avec un trouble dépressif qui est devenu chronique et totalement incapacitant sur le plan du travail.

Le fonctionnement observé par nous et rapporté par la fille, fonctionnement qui a d'ailleurs aussi été observé et décrit par les experts psychiatres précédents dans leur observation clinique, correspond à un trouble de la personnalité.

Les différents troubles psychiatriques de [l'assurée] nous indiquent qu'elle ne présente aucun facteur de bon pronostic, mais plutôt de mauvais pronostic. »

Compte tenu de ces observations, les Drs W._____ et U._____ ont conclu à une capacité de travail nulle dans toutes activités « en tout cas depuis novembre 2006 ».

Quant au volet rhumatologique, le Dr V._____ a fait part de ses constatations comme suit, dans son rapport du 5 décembre 2012 :

« [...] Selon moi, et contrairement à ce qui a été retenu jusqu'à présent, il existe suffisamment d'éléments probants pour retenir un diagnostic de rhumatisme inflammatoire chez [l'assurée], rhumatisme de type polyarthrite rhumatoïde séronégative ou une spondylarthropathie axiale et périphérique, mais dans tous les cas un rhumatisme inflammatoire.

[...L]a patiente présente des rachialgies, avant tout lombaires, associées à des pygalgies (douleurs fessières), douleurs mixtes diurnes et nocturnes. Il existe une composante clairement inflammatoire chez une patiente qui décrit des plaintes comme plus sévères et pire la nuit, douleurs qui obligent la patiente à se lever au milieu de la nuit et qu'elle ne peut pas trouver de positions qui la soulagent [sic]. Il existe également, mais chez une patiente obèse, des douleurs mécaniques, en particulier en flexion antérieure du tronc, et la marche est limitée à environ 15 minutes. L'anamnèse étant difficile et je n'ai pas vraiment pu apprécier s'il existait une claire raideur matinale, mais on note des tuméfactions matinales des mains avec une difficulté à faire le poing à ce moment, parlant pour un phénomène inflammatoire matinal. Par ailleurs, la patiente a été opérée des tunnels carpiens des deux côtés.

Le reste de l'anamnèse systématique est peu contributif, mais extrêmement difficile et probablement limité par des problèmes de langue et culturels. Je ne mets en tout cas pas en évidence d'éléments qui me permettraient d'étayer d'un point de vue formel la présence d'une maladie systémique ou inflammatoire.

À l'examen clinique, il s'agit d'une patiente obèse à 98 kg pour 157 cm. Le status grossier de médecine interne est dans les limites de la norme, et je n'ai pas de lésions cutanées ou unguéales, à nouveau avec un examen partiel chez une femme musulmane. Les status cardiovasculaire, pulmonaire et digestif sont dans les limites de la norme, de même qu'un status neurologique sommaire. D'un point de vue ostéoarticulaire, j'ai par contre été frappé par des synovites modérées, des coudes, de l'épaule droite, des MCP [réd :

articulations métacarpo-phalangiennes] II et III droites, et II, III et IV gauches. Les articulations acromio-claviculaires, les épaules et le coude droit sont également décrits comme douloureux à la palpation, et l'étreinte (manœuvre de Gaenslen) était positive au niveau des deux mains. Finalement, s'il existe des points douloureux à la palpation, il est impossible de faire la différence entre des points de fibromyalgie et des points d'enthésopathie, en particulier au niveau thoracique antérieur.

Dans ce contexte, je me suis permis de réaliser des radiographies des mains et des pieds, ainsi qu'un bassin de face et une colonne lombaire. Les radiographies des mains mettent en évidence des épanchements intra-articulaires bilatéraux au niveau des interphalangiennes proximales, mais aucune lésion de type érosive ou condensante. La radiographie des pieds est quant à elle sans particularité, alors que les radiographies du bassin et lombaire ne présentent pas de signe de sacroiliite. On retrouve par contre une arthrose facettaire, principalement au niveau L4-L5 et L5-S1. Un bilan sanguin minimaliste a démontré un discret syndrome inflammatoire avec une CRP [réf. : protéine C-réactive] à 9.

Dans ces conditions, et après votre accord, j'ai également organisé une IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] des mains dont je vous joins une copie du résultat en annexe. Cet examen démontre de façon non équivoque la présence de synovites diffuses, bilatérales et symétriques, prédominantes au niveau radio-ulnaire inférieur, mais également présentes au niveau des MCP et des IPP [réf. : articulations interphalangiennes proximales] IV des deux rayons. Il existe également des ténosynovites des fléchisseurs et des extenseurs. Pour le radiologue, ce tableau est en faveur d'une atteinte polyarticulaire dans le cadre d'une maladie rhumatologique inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde.

En conclusion, bien qu'il s'agisse d'un examen difficile et limité par les problèmes de langue et culturels, je peux néanmoins attester de façon péremptoire que [l'assurée] souffre bien d'un rhumatisme inflammatoire. Contrairement au Dr K._____, je trouve des éléments objectifs non réfutables d'une maladie rhumatismale inflammatoire, aussi bien à mon examen clinique objectif que, surtout, avec des examens radiologiques, dont en particulier une IRM, qui confirment cette impression clinique. [...] La présence de lombalgies basses à caractère mixte et un peu inflammatoire peut suggérer une spondylarthropathie avec une atteinte axiale et périphérique, mais la radiographie du bassin ne permet en tous cas nullement d'étayer une atteinte sacro-iliaque. Je conserverai donc les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative et lombalgies mécaniques non spécifiques, bien qu'il soit assez typique d'avoir des patients souffrant de spondylarthropathie de longue date taxées de fibromyalgie, l'atteinte enthésitique étant indifférenciable des points de fibromyalgie.

Actuellement, cette polyarthrite est active et touche clairement les membres supérieurs. Je n'ai pas fait d'examen lege artis au niveau des membres inférieurs (collant et bas chez une patiente musulmane), mais il s'agit dans tous les cas d'une maladie polyarticulaire et il n'y a donc aucune raison d'imaginer que les plaintes de [l'assurée] touchant ses pieds et ses genoux ne soient

également de l'ordre inflammatoire. Cette maladie est active et touche les épaules, les coudes, les poignets et les doigts, et est certainement incompatible avec son ancienne activité professionnelle d'ouvrière. L'obésité et l'atteinte rachidienne, qu'elles soient inflammatoires ou mécaniques, empêchent en outre la station debout prolongée, les déplacements et le port de charges. [...] »

Le Dr V. _____ a conclu à une incapacité totale de travail dans toutes activités.

Le Dr T. _____ a rédigé son rapport d'examen endocrinologique le 18 janvier 2013, au terme duquel il a apprécié la situation de l'assurée comme suit :

« Cette patiente présente un diabète de type 2 insulino-traité, mal équilibré malgré un suivi spécialisé comme en témoigne l'hémoglobine glyquée à 9.9%. Il n'y a pas d'évidence de complications au niveau de la rétine, au niveau rénal et il existe des signes compatibles avec une polyneuropathie sensitive distale symétrique des membres inférieurs dont la sévérité est difficile à quantifier et qui pourrait être à l'origine de douleurs neuropathiques justifiables d'une consultation neurologique et d'un éventuel traitement médicamenteux spécifique. Cependant, la polyarthrite rhumatoïde récemment mise en évidence, peut expliquer les douleurs des membres inférieurs chez une patiente dont l'anamnèse est difficile et, à mon avis, il faudra réévaluer la composante neuropathique des douleurs après mise en route d'un traitement spécifique de la polyarthrite. Par ailleurs, l'hyperglycémie chronique d'un diabète mal équilibré peut participer à la fatigue alors qu'il n'y a pas d'évidence d'une instabilité glycémique et d'épisodes d'hypoglycémie, qui pourraient diminuer la capacité de travail. Une diminution de rendement en relation avec l'autogestion du diabète n'est en outre pas applicable puisque la patiente est contrôlée uniquement par une glycémie par jour mesurée par sa fille. Ainsi, il n'y a pas d'argument péremptoire pour une diminution de capacité de travail ou de rendement en relation avec le diabète, ses complications ou son traitement. On peut évoquer la possibilité d'une participation du mauvais équilibre glycémique à la fatigue et aux douleurs, et la participation d'une polyneuropathie diabétique douloureuse aux douleurs des membres inférieurs mais ceci est à mon avis à réévaluer après la mise en route d'un traitement efficace de la polyarthrite rhumatoïde, qui semble largement expliquer l'état général de la patiente et le syndrome douloureux chronique invalidant qu'elle présente. [...] »

L'OAI s'est déterminé sur ces nouvelles pièces médicales le 28 février 2013 et a derechef conclu au rejet du recours, s'appuyant sur

un avis du SMR du 19 février 2013, rédigé par le Dr BB._____, spécialiste en médecine du travail. Ce dernier a fait part de sa position ainsi :

« [...] 1/ Le Dr W._____, psychiatre, rapporte un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un trouble de la personnalité avec des traits mixtes histrionique, anxieuse, dépendante, passive-agressive (F60.8) en relation avec les changements socioculturels et la vie de l'assurée. Il argumente pourquoi il s'écarte de la position du Dr E._____ en 2008, et du Dr I._____ en 2010 au motif que ces expertises ne tenaient pas compte de l'anamnèse traumatique psychique. Il affirme que le trouble de l'adaptation initial en 08 s'est aggravé sévèrement depuis l'expertise du Dr I._____ en 2010, et que le pronostic est plutôt mauvais. En conséquence, il estime que l'IT [réd. : incapacité de travail] est de 100% dans toute activité depuis 06 et qu'il est nécessaire que l'assurée poursuive son suivi psychiatrique en langue turque auprès du Dr F._____ (empathie). Curieusement, il n'existe pas de LF [réd. : limitations fonctionnelles] en rapport avec le trouble de la personnalité, mais seulement en rapport avec la dépression. Enfin nous rappelons qu'un trouble dépressif moyen n'est en général pas considéré comme incapacitant si bien que le doute s'installe quant à la symptomatologie décrite, que le caractère convaincant de cette expertise nous interpelle, et qu'il paraît difficile de se rallier à ce point de vue alors que 2 autres psychiatres n'auraient rien vu ou rien compris. Enfin nulle part n'apparaît une argumentation pour ou contre un Trouble Somatoforme Dououreux, ce qui pose question sur le plan qualitatif de cette expertise, d'après ce qui suit.

2/ Le Dr V._____, le 05.12.12 annonce qu'il existe suffisamment d'éléments probants pour retenir un diagnostic de PR [réd. : polyarthrite rhumatoïde] séronégative ou une SPA [réd. : spondylarthropathie], mais dans tous les cas un rhumatisme inflammatoire. Mais, les radios ne montrent pas d'atteinte pathognomonique de telles maladies [...], il n'existe pas de syndrome inflammatoire patent, aucun élément clef que sont la présence d'anticorps anti-CCP (cyclic citrullinated peptide, 95% de spécificité) et un bilan radiologique montrant une atteinte évocatrice : hypertransparence osseuse, pincement de l'interligne, microgéodes ou érosions. Ce rapport du rhumatologue n'apparaît donc pas convaincant.

3/ Le Dr T._____, endocrinologue, le 18.01.13, ne montre pas de complications au niveau de la rétine et au niveau rénal. [...] Il admet qu'il n'existe pas de baisse de la CT [réd. : capacité de travail] en relation avec le diabète et ses complications. Nous sommes d'accord sur ce point au vu de l'argumentation clinique. [...] »

La recourante a soumis l'appréciation du Dr BB._____ du SMR _____ aux Drs W._____ et V._____, lesquels ont communiqué leurs avis respectivement en date des 26 avril 2013 et 15 mai 2013. La recourante s'est référée à ces derniers par correspondance à la Cour de céans du 21 mai 2013 pour persister dans ses conclusions initiales.

Le Dr W. _____ a formulé les commentaires ci-après :

« [...] 1) Les médecins relèvent que je n'ai pas formulé de limitation fonctionnelle (LF) en rapport avec le trouble de la personnalité. Il s'agit d'une observation pertinente dans la mesure où un trouble de la personnalité représente effectivement un facteur de risque ou une vulnérabilité dans le cadre d'un emploi.

Cependant, de manière générale, les médecins de l'AI contestent cette réalité-là et estiment qu'un trouble de la personnalité, qu'ils estiment compensé, n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans le cas de [l'assurée], j'ai effectivement l'impression que le trouble de la personnalité a toujours existé mais qu'il n'a pas empêché [l'assurée] de travailler sur un mode lucratif, le peu qu'elle a travaillé.

Par contre, l'épisode dépressif a complètement déstabilisé un équilibre psychique très bancal, préexistant en rapport avec ce trouble de la personnalité.

2) Il est très surprenant de lire qu'un trouble dépressif moyen n'est en général pas considéré comme incapacitant [...]. En effet, il figure dans les directives pour le diagnostic de la CIM-10 pour l'épisode dépressif moyen ceci : « un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. »

Enfin nous avons déjà expliqué dans notre expertise pour quelles raisons nous nous écartons totalement de l'avis de la Dresse l. _____ et du Dr E. _____. [...] »

Quant au Dr V. _____, il a relevé les éléments suivants :

« [...] J'ai bien précisé qu'il s'agissait d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative qui, par définition, n'a pas d'anticorps anti-CCP ou de facteurs rhumatoïdes positifs, ce qui n'exclut nullement le diagnostic. Le fait que la maladie soit non érosive n'est pas non plus rédhibitoire pour le diagnostic, l'érosion n'étant qu'une facette de la maladie que nous essayons de prévenir.

Clairement, le Dr BB. _____ semble aimer les critères pour poser un diagnostic. Pour la polyarthrite rhumatoïde, nous avons des critères de classification qui ne sont pas des critères de diagnostic, mais qui peuvent néanmoins être employés comme guides pour appréhender ce diagnostic. Dans le cas présent, aussi bien les anciens critères de l'ACR (American College of Rheumatology) de 1987 que les nouveaux critères de 2010 permettent de retenir ce diagnostic de polyarthrite rhumatoïde chez [l'assurée]. Elle présente des synovites périphériques, symétriques et confirmées touchant les poignets, les MCP et les IPP en nombre suffisant depuis suffisamment longtemps pour poser ce diagnostic. L'absence de syndrome inflammatoire n'est pas non plus un facteur d'exclusion, et une étude a d'ailleurs démontré que même dans des gros centres tertiaires aux Etats-Unis et en Finlande, environ 30% des patients n'avaient aucun syndrome inflammatoire [...] alors que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde était avéré.

En conclusion, et contrairement à ce que pense le Dr BB._____, [l'assurée] présente une polyarthrite rhumatoïde séronégative répondant aux critères de classification. Non seulement cette maladie est avérée, mais cette atteinte est confirmée par un examen objectif sous forme d'une IRM qui démontre de façon non équivoque des synovites diffuses bilatérales et symétriques atteignant les poignets, les MCP et les IPP, ce qui correspond parfaitement à un tableau de polyarthrite rhumatoïde. [...] »

Sur nouvel avis du Dr BB._____ du SMR du 4 juillet 2013, l'OAI a suggéré à la Cour de céans par écriture du 11 juillet 2013 la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) de l'assurée, ce à quoi cette dernière a acquiescé par pli du 20 août 2013.

G. A réception des questionnaires spécifiques de chacune des parties, le juge instructeur a confié un mandat d'expertise judiciaire, daté du 7 janvier 2014, au Centre d'expertises du Centre hospitalier C._____, singulièrement _____ au Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel devait recourir aux services d'un confrère rhumatologue pour l'investigation clinique somatique. L'expertise de ce registre a été réalisée au sein des Hôpitaux _____ S._____ par _____ le Dr R._____, médecin adjoint agrégé du Service de rhumatologie.

Les rapports corrélatifs ont été rédigés le 8 février 2016 par le Dr R._____, respectivement le 17 février 2016 par les Drs O._____ et P._____, médecin hospitalière, à l'issue de plusieurs examens cliniques, de l'étude des pièces médicales à disposition et d'un colloque interdisciplinaire.

Le Dr R._____ a pour sa part mentionné les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée :

- polyarthrite séronégative mal contrôlée sous méthotrexate (M06.40) ; 2005 ;
- syndrome cervical (M54.2) et lombo-vertébral récidivant (M54.5) avec irradiation non radiculaire dans les membres inférieurs ; 2006 pour le lombo-vertébral, 2014 pour le cervico-vertébral ;
- probable gonarthrose bilatérale débutante (M17) ; difficile à évaluer ;

- phénomène de sensibilisation centrale ; 2005 ;
- diabète insulino-requérant mal compensé avec probable polyneuropathie des membres inférieurs (E10.4) ; diabète depuis 1998, polyneuropathie au moins depuis 2010.

Il a retenu d'autres diagnostics, toutefois sans incidence sur les capacités fonctionnelles :

- syndrome d'apnée centrale et obstructive du sommeil (diagnostiqué en 2014) ; BPCO [réd : bronchopneumopathie chronique obstructive] stade 2 ;
- syndrome d'obésité/hypoventilation ;
- syndrome métabolique avec : obésité, diabète insulino-requérant, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, stéatose hépatique et pancréatique ;
- status post neuropathie optique ischémique de l'œil gauche ; tuberculose latente traitée en 2014 ;
- leiomyome réséqué sans complication en avril 2014 ;
- cholécystectomie en 2015 ;
- hémangiomes du corps vertébral de L2 selon rapport.

Le Dr R._____ a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] **Discussion autour des diagnostics retenus**

1. Polyarthrite séronégative mal contrôlée

Cette entité se caractérise par une atteinte polyarticulaire en général relativement symétrique, prédominant au niveau des articulations MCP et IPP des mains et des articulations MTP [réd. : articulations métatarso-phalangiennes] des pieds mais pouvant toucher toutes les articulations périphériques. En général, le squelette axial est relativement épargné. Les douleurs ont une caractéristique dite inflammatoire, c'est-à-dire qu'elles prédominent en fin de nuit et s'accompagnent d'une mise en route matinale (on parle aussi de « dérouillage ») très caractéristique de plus de 15-30 minutes. Lorsque la maladie est mal contrôlée, les douleurs sont également exacerbées lors de l'utilisation des articulations touchées. Il s'agit d'une entité nosologique, qui se rapproche plus du syndrome que de la maladie bien caractérisée. En effet, il n'y a pas de tests sanguins spécifiques et les marqueurs de l'inflammation ne sont pas toujours augmentés. Au fil des années, certains patients peuvent évoluer vers une autre maladie comme une polyarthrite rhumatoïde séropositive, un lupus érythémateux systémique, une polymyosite, etc. alors que d'autres conserveront l'état d'une polyarthrite séronégative. Comme la présentation, l'évolution clinique et la réponse au traitement sont proches de la polyarthrite rhumatoïde séropositive, de nombreux auteurs (et plus largement les praticiens) utilisent le terme de polyarthrite rhumatoïde séronégative. [...]

Dans le cas de [l'assurée], ce diagnostic peut être retenu sur la base de la description clinique des Docteurs V._____ et HH._____ [réd. : spécialiste en rhumatologie] qui tous deux rapportent une

notion de douleur à caractère inflammatoire, prédominant au niveau des pieds et des mains avec à l'examen clinique, la présence de synovite caractéristique des MCP et des IPP et une diminution de la distance pulpe-paumes. Cela est confirmé par l'IRM des mains réalisée en octobre 2012 (de manière générale la clinique suffit à poser le diagnostic et l'on a pas recours en routine à des techniques d'imagerie mais dans le cas présent, cela apporte une confirmation irréfutable). Actuellement, cette maladie est toujours active malgré le traitement de méthotrexate, puisque l'on retrouve à l'anamnèse une raideur matinale de 30 à 60 minutes des mains et des pieds avec, lors de l'examen clinique, une prédominance des douleurs à la palpation des mains, des articulations MCP et des IPP. L'absence d'augmentation de douleurs lors de la palpation des articulations IPD [réf. : articulations interphalangiennes distales], tout à fait caractéristiques de cette entité (mais bien évidemment pas connue des patients), vient conforter cette appréciation. L'absence de synovite détectée cliniquement lors de l'examen clinique réalisé à 14 heures, n'infirme en aucune manière le caractère actuellement actif de la maladie. On relèvera encore que la fatigue est une plainte fréquente et souvent invalidante chez les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde et qu'elle peut persister même avec un bon contrôle de l'activité inflammatoire au niveau des articulations.

Comparaison avec les expertises précédentes

Comme l'a fait justement indiqué le Dr V. _____ et contrairement aux affirmations du Dr BB. _____ (SMR) dans son avis de février 2013, l'absence d'anticorps et des lésions radiologiques typiques des polyarthrites rhumatoïdes, est ce qui caractérise cette entité et la différencie de la polyarthrite rhumatoïde séropositive. De même le Dr BB. _____ se trompe lorsqu'il laisse entendre dans son avis de juin 2013, que le Dr V. _____ aurait changé d'avis entre son 1^{er} rapport et son complément. En effet, si dans son 1^{er} rapport, le Dr V. _____ évoque effectivement 2 diagnostics (PR séronégative et spondylarthrite), il écrit également que les éléments cliniques et le bilan réalisé, rendent le 2^{ème} diagnostic nettement moins probable, sous-entendu en langage médical, qu'il retient le 1^{er} diagnostic. Il est donc logique que dans son 2^{ème} courrier, seul le diagnostic de PR séronégative soit mentionné. Cela ne témoigne en aucune façon d'une évolution de son avis.

Le descriptif clinique réalisé par la Docteure X. _____ en août 2009, manque de précision concernant le caractère mécanique ou inflammatoire des douleurs des mains et des pieds, alors qu'elle retient le diagnostic de « *probable fibromyalgie* ». Son examen clinique relève cependant un « *poignet droit qui est un peu empâté, mais cela est difficile à apprécier au vu de l'obésité de la patiente* » qui est compatible avec la présence d'une synovite. Parmi les examens complémentaires mentionnés, on retrouve « *un pincement des IPP II à V* » ainsi qu'une « *VS élevée* ». Ces 2 éléments sont caractéristiques d'une maladie rhumatismale inflammatoire mais pas d'une fibromyalgie. Bien que le diagnostic n'ait pas été retenu à cette époque, il est donc probable qu'il était déjà présent. On peut penser, de la manière dont le rapport a été rédigé, que le comportement « démonstratif » de l'expertisée explique peut-être pourquoi l'élément objectif n'a pas suffi à ce que l'expert pousse plus en avant ses investigations.

Dans le rapport du Docteur K. _____ on peut lire : « *l'assurée se plaint depuis plusieurs années de douleurs polyarticulaires* » et un

peu plus loin « *ses douleurs articulaires, la patiente les décrit comme insomniantes, situées au niveau des petites articulations des mains et des pieds avec une notion de raideur matinale* ». On constate donc que les éléments cliniques rapportés ci-dessus, typiques d'une polyarthrite séronégative, étaient bel et bien déjà présents. De plus, l'examen de sang pratiqué à l'époque, révèle un syndrome inflammatoire (CRP à 11.8, soit plus de 2x la norme, confirmé en 2012 sur la prise de sang réalisée par le Dr V. _____), qui s'inscrit parfaitement dans un rhumatisme inflammatoire, alors qu'il ne se retrouve jamais dans une fibromyalgie. Pourtant l'expert a préféré dissocier les deux choses en mentionnant que son bilan permettait « *d'exclure formellement une maladie rhumatismale inflammatoire* » et d'autre part que « *la seule anomalie constatée est une VS supérieure de la norme et une augmentation de la protéine C-réactive, anomalie dont l'origine n'est pas articulaire* ». Suite aux investigations réalisées par le Dr V. _____, on sait maintenant que ce n'était pas le cas et que le tableau décrit à l'époque est en fait celui d'une polyarthrite séronégative. On peut se demander ce qui a amené le Dr K. _____ à être aussi péremptoire tout en dérogeant à une règle communément admise en médecine clinique qui est d'essayer a priori « de tout mettre sous le même chapeau » plutôt que d'attribuer chaque perturbation observée à une cause différente. Là encore, il est probable que la présence d'autres symptômes concomitants (somatique et psychique) et le comportement « démonstratif » de l'expertisée aient compliqué le tableau clinique et éloigné l'expert du diagnostic correct.

On retrouve dans d'autres rapports médicaux, le diagnostic de polyarthrose des doigts. Celui-ci n'est jamais étayé d'une description clinique correspondante ni d'élément radiologique confirmant le diagnostic. Pour ma part, je n'ai d'une part pas retrouvé de déformation typique (nodosité de Bouchard et d'Heberden) de l'arthrose digitale à l'examen clinique, et d'autre part, la description clinique faite par l'expertisée ne correspond pas à celle que l'on voit dans l'arthrose digitale (caractérisée par des douleurs d'allure mécanique, sans raideur matinale avec une épargne des articulations MCP pour se focaliser sur les IPP et les IPD). On peut donc penser que les douleurs des mains ont été attribuées à tort à de l'arthrose digitale, diagnostic au demeurant fort répandu.

Cette maladie n'a donc pas été reconnue et est donc restée non traitée pendant de longues années. La littérature scientifique nous apprend qu'il s'agit là d'un élément important de mauvaises réponses aux traitements, même bien conduit. C'est également un facteur extrêmement important pour l'apparition du phénomène de sensibilisation centrale qui sera évoqué ci-dessous (point 4) et qui prétérite également l'efficacité des traitements de la polyarthrite.

[...] La littérature scientifique nous apprend que plus d'un tiers des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde doit quitter prématurément son emploi (T. Uhlig, The burden of disease of RA, PharmacoEconomics 2014). Les symptômes des mains influencent de manière importante la capacité fonctionnelle. Il ne saurait être question d'exercer un travail manuel sans un bon contrôle de cette maladie. Quant à une activité adaptée, il est bien difficile d'en trouver une lorsqu'une polyarthrite n'est pas contrôlée. Dans le cas présent on observe que même les activités domestiques, l'habillement et les soins personnels sont directement affectés de manière importante par ce diagnostic. Mon

appréciation concernant la capacité professionnelle rejoint donc sur ce point celle du Dr V._____.

2. Syndrome cervico-vertébral et lombo-vertébral récurrent

Il s'agit d'un diagnostic avant tout clinique, l'état anatomique (tel qu'il peut être visualisé par les examens radiologiques), n'influence la plupart du temps que peu l'expression clinique. [L'assurée] rapporte clairement des symptômes fluctuants avec des séries de jours où cette affection est très présente (parfois dans la région lombaire, parfois à l'étage cervical, parfois les 2 en même temps) avec dans ces moments-là, des répercussions très importantes sur la capacité fonctionnelle (soins personnels, participation aux tâches ménagères, déplacements) alors que, lors d'autres périodes elle n'est que peu ou pas gênée par ces symptômes. Cette évolution « en dents de scie », caractérise la forme dite « récurrente » de ce syndrome.

Comparaison aux expertises précédentes

Le Dr V._____ décrit très bien cette symptomatologie rachidienne et son caractère mécanique (augmentant avec la mobilisation). En présence de la polyarthrite cela lui fait évoquer, dans son diagnostic différentiel, une spondylarthropathie (qui est un rhumatisme inflammatoire qui peut concerner à la fois la colonne vertébrale et les articulations périphériques). Mais au final, en raison du caractère mécanique des symptômes rachidiens, il ne retient pas le diagnostic de spondylarthropathie. On peut regretter toutefois, qu'il ne pose pas ensuite explicitement le diagnostic de syndrome lombo-vertébral et n'intègre pas nommément cette problématique dans l'appréciation de la capacité fonctionnelle.

[...] On peut ainsi considérer que le syndrome cervico-vertébral est d'apparition plus récente et est le signe d'une aggravation progressive.

Le jour de l'expertise, l'assurée présentait un examen clinique concordant puisqu'en parallèle à des plaintes douloureuses, on pouvait mettre en évidence un syndrome vertébral qui prédominait au niveau lombaire. Il est difficile d'avoir des arguments anamnestiques solides pour juger de l'évolution de cette pathologie mais les éléments à disposition tendent à démontrer une aggravation progressive (en fréquence et en intensité), au niveau lombaire ainsi qu'une extension de plus en plus fréquente à la zone cervicale. La littérature scientifique nous révèle que le déconditionnement musculaire est un des éléments centraux de l'aggravation de ces syndromes. Lorsque l'on reprend les éléments descriptifs qualifiant la vie de [l'assurée] depuis près de 10 ans, tout concorde pour expliquer une dégradation progressive. Parmi les autres facteurs aggravant progressivement ces affections, on retrouve dans la littérature scientifique, une prépondérance des éléments de la lignée anxieuse et dépressive. Ces éléments sont même impliqués en première ligne dans le phénomène de chronification des douleurs rachidiennes avec aggravation du retentissement fonctionnel. Il existe ainsi en effet un lien physiologique direct entre la présence de douleur lombaire et l'apparition ou l'augmentation des symptômes anxieux (par exemple de type kinésiophobie, peur non contrôlée du mouvement) ou dépressifs (par exemple de type catastrophisme). Comme en plus ces éléments sont reconnus agissant comme des amplificateurs des

douleurs, les patients qui présentent ces caractéristiques sont engagés dans un cercle vicieux, entraînant une aggravation progressive. Pour évaluer la globalité de la situation et l'interaction entre physique et psychique, il est donc primordial de se reporter à l'expertise psychiatrique pour voir si des facteurs de ce type sont présents chez [l'assurée].

Actuellement, l'anamnèse ne permet que difficilement de préciser l'impact de chaque pathologie sur le retentissement fonctionnel global. On peut cependant affirmer que cette pathologie ne semble pas affecter significativement sa capacité à rester assise, par contre elle participe de manière importante aux difficultés de déplacement, la marche, le piétinement avec des répercussions sur sa capacité à garder des contacts sociaux en dehors de son domicile, en tout cas les jours où elle est aussi marquée que le jour de l'expertise.

3. Très probable gonarthrose débutante

Le diagnostic de gonarthrose réfère à une pathologie visible sur les examens radiologiques (radiographie voire IRM lorsque les 1^{ères} sont négatives), néanmoins il est admis que lorsque la douleur est typique (de caractère mécanique apparaissant essentiellement à la marche et soulagée, voire absente au repos), qu'elle apparaît après 50 ans, que l'examen clinique permet d'éliminer une autre pathologie, il n'est pas nécessaire de recourir à ces examens complémentaires radiologiques sauf si l'on se dirige vers une solution chirurgicale. Dans le cas présent, nous nous trouvons typiquement dans cette situation où, bien que participant au handicap fonctionnel global en particulier aux difficultés de déplacement, il n'est pas utile d'effectuer d'autres investigations, d'autant plus que l'examen clinique n'indique pas de restriction de mobilité passive.

Dans cette pathologie, nous savons que l'obésité est un facteur de risque très important et que la perte musculaire des cuisses (muscles quadriceps) est un élément majeur, qui conditionne en bonne partie l'expression clinique (l'importance des symptômes et du handicap fonctionnel). La pratique d'exercices de renforcement, ciblée sur les muscles quadriceps, devrait être au centre de la prise en charge car elle permet de soulager les douleurs et d'en diminuer les répercussions.

Ces douleurs n'ont pas été décrites dans les précédentes évaluations. On peut donc inférer que l'état de santé global présenté par [l'assurée] ces dernières années, contribue à l'aggravation progressive avec apparition de nouvelles atteintes et dégradation des capacités fonctionnelles. On peut donc parler dans le cas présent, d'un cercle vicieux absolument catastrophique.

4. Sensibilisation centrale (central sensitization)

Ce terme recouvre une réalité clinique un peu hétérogène, décrivant une modification pathologique des circuits de la douleur pouvant se situer à plusieurs niveaux (moelle épinière et/ou cerveau). Elle résulte de l'activation chronique (constante ou répétée) des nocicepteurs (récepteurs à la douleur) situés dans les tissus du corps humain, entraînant une modification des neurotransmetteurs au niveau de la moelle épinière et conduisant à un abaissement du seuil de la douleur, non seulement dans la zone d'excitation primaire des nocicepteurs mais également largement au-delà, dans des

territoires principalement non-douloureux, avec parfois une extension au corps entier (C. Paul van Wilgen, Pain Management Nursing, 2012). Il en résulte principalement une allodynie (sensation de douleur alors que la stimulation était d'une intensité habituellement non douloureuse). Les connaissances actuelles indiquent qu'il s'agirait en fait, d'abord d'une modification neuronale physiologique à la douleur. Ce qui est pathologique c'est qu'elle se perpétue, s'intensifie et s'étend chez un petit nombre d'individus, en partie en raison de déterminant génétique (C. Paul van Wilgen, Pain Management Nursing, 2012). Des éléments d'imagerie du système nerveux central ont permis de reconnaître chez ces patients, une activation inhabituelle et particulièrement intense des zones du cerveau essentiellement impliquées dans les aspects affectifs de l'expérience douloureuse.

[...] On se trouve donc en présence de 2 formes de sensibilisation centrale : 1) secondaire à une affection bien caractérisée de l'appareil locomoteur (c'est le cas de [l'assurée] qui souffre principalement d'un rhumatisme inflammatoire) ou 2) une forme primaire qui a, par bien des aspects, une forte ressemblance avec la fibromyalgie. On comprend donc aisément que si le médecin ne diagnostique pas de trouble ostéo-articulaire primaire (comme cela a été le cas dans les 2 premières expertises, voir les commentaires réalisés par rapport au diagnostic de polyarthrite), il puisse conclure à une fibromyalgie.

Dans le cas présent, l'expertisée répond aux critères primaires de sensibilisation centrale développés par un comité d'expert (Nils, Pain physician, 2011) et le diagnostic ne fait donc aucun doute. Néanmoins, il est intéressant de souligner que les experts ont également élaboré un questionnaire, qu'ils précisent devoir être utilisé lors de situations cliniques douteuses où, bien que fortement suggestive, la clinique observée ne remplit pas les critères primaires permettant de retenir ce diagnostic. [...L'assurée] obtient un score de 84, soit très nettement supérieur à la valeur seuil, confortant par là le diagnostic.

La littérature scientifique nous apprend que la présence d'une sensibilisation centrale comme complication d'une polyarthrite rhumatoïde a un impact important sur la réponse clinique aux traitements classiques (diminution de l'efficacité) et aggrave significativement l'impact sur la qualité de vie (Goldenberg, Sem Rhum, 2011).

5. Diabète insulino-requérant mal compensé avec probable polyneuropathie

Les éléments à disposition mettent en évidence une grande difficulté à contrôler cette affection et donc un risque évolutif particulièrement important. De plus, les éléments cliniques retrouvés ce jour semblent montrer une aggravation des signes (pallesthésie) et des symptômes, suggérant une polyneuropathie (atteinte neurologique des nerfs périphériques) qui se traduit en particulier par une sensation d'instabilité à la marche. Ce sentiment, qui vient s'ajouter aux autres symptômes douloureux (de polyarthrite et de gonarthrose en particulier), accentue les difficultés à la marche et participe directement à la prise de cannes anglaises pour le déplacement. L'observation obtenue pendant cette expertise (qui doit être confirmée par l'évaluation psychiatrique), suggère la présence d'un cercle vicieux entre ces symptômes physiques et la

présence de symptômes de la lignée anxieuse, entraînant une aggravation progressive du tableau clinique.

À noter que la fatigue, qui est un symptôme à la fois de maladie physique et psychique, est fréquemment rapportée lors de diabète mal contrôlé

(cf. rapport de diabétologie du Dr T. _____, janvier 2013).

6. Autre problème clinique avec impact fonctionnel : le Tremblement de repos du membre supérieur droit

Ce tremblement, qui semble être présent depuis environ 1 an, ne s'intègre dans aucun des tableaux cliniques précédemment décrits. Il s'est accompagné d'une adaptation spontanée (l'utilisation du bras gauche chez une personne droitier) et ne fait pas l'objet d'une plainte spontanée. Cliniquement, un avis neurologique est requis pour en déterminer la cause et envisager un traitement. En l'état actuel, il participe au handicap fonctionnel, puisqu'il ne permet pas l'utilisation du membre supérieur droit dans des tâches qui exigent précision ou dextérité (n'a pas réussi à boire correctement un verre d'eau).

Au total, [l'assurée] souffre de nombreuses atteintes somatiques qui, s'additionnant, entraînent des répercussions fonctionnelles extrêmement importantes dans tous les domaines de son existence. La durée des symptômes, leur intensité, l'absence de réponse clinique de la polyarthrite au méthotrexate, et l'intrication de problèmes psychiatriques (se référer à l'expertise psychiatrique), sont de très mauvais pronostics. »

Le Dr R. _____ a conclu à une incapacité totale de travail pour toutes activités, au vu des importantes limitations fonctionnelles entraînées par les atteintes physiques observées. Il a signalé la difficulté à dater cette incapacité de travail, relevant que « d'après le rapport de 2009 du médecin traitant, « depuis plusieurs années » correspond[ait] à l'estimation la plus précise ».

Sur le plan psychiatrique, les Drs O. _____ et P. _____ ont posé les diagnostics ci-dessous :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) ;
- trouble mixte de la personnalité (F61.0).

Leur appréciation du cas est notamment libellée comme suit :

« [...] La trajectoire de vie de [l'assurée] est marquée par des événements traumatiques durant son jeune âge, avec notamment le décès de son père alors qu'elle était âgée de 11 ans. Selon les informations portées à notre connaissance, sa jeunesse se serait déroulée dans un climat de peur lié à la vendetta, décrite comme courante dans sa région d'origine. Par la suite, elle se marie, dans le cadre d'un mariage arrangé, alors qu'elle est âgée de 15 ans. Après quelques années, la relation de couple se dégrade, ce qui mène à des ruptures suivies de réconciliations. Le mari de [l'assurée] émigre en Suisse où elle le rejoint au début des années 80, avant de retourner en Turquie. [L'assurée] et son mari se marient et divorcent à trois reprises. Le dernier mariage (sous la pression des enfants) remonte à 2004, suivi d'une séparation il y a deux - trois ans. [L'assurée] rapporte avoir dû élever ses enfants toute seule. Nous relevons par ailleurs la notion de violence conjugale physique au sein du couple.

Contrairement aux conclusions figurant dans les expertises des Drs E. _____ et I. _____, notre investigation met en évidence chez [l'assurée] en premier lieu un développement incomplet de la personnalité dans le contexte des vécus traumatiques décrits précédemment auxquels elle a été soumise durant son jeune âge, sous forme d'un trouble de la personnalité constitué au sens de la CIM-10. En effet, l'état de régression psychique et de dépendance développé par [l'assurée], se péjorant par ailleurs progressivement, est d'une telle importance, qu'il ne peut, selon nous, s'expliquer autrement que par la présence chez elle de mécanismes de fonctionnement psychique rigidement ancrés, s'exprimant principalement dans la sphère relationnelle. Elle rencontre des difficultés dans tous les domaines de son existence.

A l'instar du diagnostic retenu par les Docteurs W. _____ et U. _____ dans leur rapport d'expertise de 2012, [l'assurée] présente un trouble mixte de la personnalité avec des traits histrioniques (théâtralité, démonstrativité), anxieux, dépendants et passifs-agressifs. Ces derniers éléments s'expriment également dans le cadre de l'investigation expertale, comme en témoigne son attitude face à son interlocuteur au cours de tous les entretiens, notamment durant l'entretien de synthèse [...]. Un important sentiment de colère est perceptible chez elle, qu'elle ne peut exprimer en tant que tel. Les capacités de mentalisation, d'élaboration de [l'assurée] restent très faibles. Elle a par ailleurs été faiblement scolarisée, ses moyens intellectuels semblent peu développés.

A partir du milieu des années 2000, elle se retrouve confrontée à de nombreux facteurs de stress, notamment les difficultés liées à l'acculturation, la réactivation du conflit conjugal, la maladie de sa fille aînée, ainsi que l'apparition et l'aggravation de plusieurs problèmes somatiques chez elle. Dans ce contexte, les faibles capacités adaptatives de [l'assurée] se retrouvent dépassées, avec une décompensation du trouble de la personnalité qu'elle présente.

Cette décompensation s'exprime chez [l'assurée] par un cortège de symptômes. Plus précisément, nous relevons une symptomatologie dépressive avec un ralentissement psychomoteur, une angoisse par moment importante, pouvant parfois ressembler à des attaques de panique, un état de rage impuissante, un désespoir, des troubles de la mémoire, de la concentration, une anhédonie, des troubles du sommeil, un trouble de l'éprouvé vital, une fatigue (d'origine multifactorielle), ainsi qu'une idéation suicidaire persistante. Au vu

de la durée de ces symptômes dépressifs et anxieux, également décrits dans l'expertise psychiatrique de 2012, nous retenons un diagnostic séparé de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

Par ailleurs, la dimension délirante de certains propos tenus par [l'assurée], relevée précédemment, reste peu claire. Cependant, ils ne paraissent pas représenter des symptômes psychotiques stricto sensu, mais probablement davantage quelque chose de l'ordre de la production imaginaire infantile.

Le tableau clinique présenté par [l'assurée] est ainsi marqué par un état de régression massive dans une posture passive-agressive. Comme signalé précédemment, une importante colère est perceptible chez elle, qu'elle ne peut exprimer en tant que telle, manifestement peu ou pas conscientisée.

Sur le plan thérapeutique, un tel tableau clinique n'est habituellement que très peu voire pas susceptible de répondre à un traitement médicamenteux psychotrope. Par ailleurs, [l'assurée] ne nous paraît pas en mesure de pouvoir bénéficier d'une approche psychothérapeutique compte tenu des faibles ressources de mentalisation qu'elle présente. Il semble important qu'un traitement de soutien, d'accompagnement, puisse se poursuivre, mais sans perspective de modification sensible de la situation, comme en témoigne par ailleurs l'évolution de ces dernières années.

Sur le plan somatique, [l'assurée] souffre de nombreuses pathologies. Les atteintes rhumatologiques sont détaillées dans le rapport annexe du Docteur R._____. Les diagnostics rhumatologiques retenus permettent d'expliquer la symptomatologie douloureuse présentée par [l'assurée], ce qui exclut, au sens de la CIM-10, un diagnostic psychiatrique de Trouble somatoforme douloureux. Les symptômes dépressifs et anxieux participent au cercle vicieux décrit par le Docteur R._____, entraînant une aggravation progressive du tableau clinique global (psychiatrique et somatique).

En ce qui concerne la capacité de travail de [l'assurée], sur un plan psychiatrique, le tableau clinique qu'elle présente (symptomatologie dépressive et anxieuse, état de régression massive etc.) l'empêche d'exercer une quelconque activité professionnelle, et ce, quel que soit le domaine. Son état de régression psychique et de dépendance est tel qu'elle nécessite un soutien permanent de la part de ses proches pour les activités de la vie quotidienne. A cela s'ajoutent les nombreuses pathologies somatiques dont elle souffre, avec notamment les atteintes rhumatologiques.

L'intrication des facteurs psychiatriques et des facteurs somatiques résultent en un tableau d'atteinte fonctionnelle sévère, comme le décrit également le Docteur R._____ dans son rapport. »

Les experts ont dès lors estimé que l'assurée présentait une incapacité totale de travail pour des motifs psychiques et somatiques depuis le mois de juin 2007, en se référant à cet égard aux indications temporelles _____ de _____ la
Dresse F._____.

Par pli du 14 mars 2016, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler sur les conclusions de l'expertise judiciaire.

Quant à l'intimé, il a adressé à la Cour de céans deux avis du SMR par correspondance du 12 mai 2016, à savoir un avis du 1^{er} avril 2016 émanant du Dr EE. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et un avis du 4 mai 2016 du Dr FF. _____, spécialiste en psychiatrie.

Le Dr FF. _____ a indiqué ce qui suit :

« [...] Nous reconnaissons à chacune de ces expertises un caractère probant et les contradictions qu'elles semblent présenter résultent d'une aggravation manifeste de l'état de santé de l'assurée à partir de 2012. Nous précisons d'emblée que le trouble de l'humeur présenté par l'assurée ne nous paraît pas occuper le premier plan quant à l'influence sur la capacité de travail. Le Dr E. _____ avait évoqué un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, la Dresse I. _____ ne retenait aucun trouble thymique,

le Dr W. _____ avait mis en évidence un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, tandis que le Dr O. _____ retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Le Dr BB. _____, médecin de dossier, avait, dans son avis médical du 09.03.2016, à juste titre évoqué le caractère non-incapacitant d'un épisode dépressif moyen, en l'absence du syndrome somatique de la dépression.

A contrario, c'est bien le trouble de la personnalité présenté par l'assurée, qui nous paraît déterminant quant à l'évaluation de la capacité de travail. Le Dr E. _____ ne l'avait pas mentionné, car ce trouble n'était alors pas décompensé. La Dresse I. _____, bien qu'elle n'ait pas explicitement retenu un diagnostic de trouble de la personnalité, évoquait déjà néanmoins le manque d'autonomie de l'assurée dans ses activités quotidiennes ; mais la description clinique précise qu'elle en faisait ne permettait pas encore clairement d'affirmer l'existence d'un trouble de la personnalité caractérisé, a fortiori décompensé.

Dans son expertise du 03.07.2012, le Dr W. _____ évoque l'existence de traits de personnalité anxieuse, « qui ont conduit l'assurée à quitter la Suisse rapidement autour de 1983 ». Il évoquait plus loin une nette aggravation de l'état psychique de l'assurée, avec un trouble thymique (épisode dépressif majeur) et un trouble de la personnalité constitué clairement décompensé sur un mode mixte histrionique, anxieux, dépendant et passif/agressif. Il pointait du doigt « l'inadaptation socio-culturelle de l'expertisée en Suisse » comme facteur ayant favorisé cette décompensation. Il précisait un peu plus loin : « au fil des mois, [l'assurée] a atteint les

limites de son fonctionnement psychique déjà bancal ». On ne peut mieux exprimer la notion de décompensation psychique survenant sur une personnalité fragile. Par contre, nous ne partageons pas l'avis du Dr W. _____ quant à l'existence d'un « trouble dépressif qui est devenu chronique et totalement incapacitant sur le plan du travail ». Néanmoins, en raison de la présence d'un trouble de la personnalité décompensé, nous rejoignons le Dr W. _____ quant à l'évaluation de la capacité de travail qui avait été estimée nulle ; avec une réserve cependant : la date de début de l'incapacité de travail retenue par le Dr W. _____ (2006) ne nous paraît pas probante, dans la mesure où deux expertises psychiatriques avaient été réalisées précédemment (celles des Drs E. _____ et I. _____), qui n'auraient certainement pas omis de mentionner l'existence d'un trouble de la personnalité, si celui-ci était déjà décompensé. Quant à l'expertise du Dr O. _____ du 17.02.2016, nous l'estimons probante, en particulier quand il écrit : « à partir du milieu des années 2000, l'assurée se trouve confrontée à de nombreux facteurs de stress, notamment les difficultés liées à l'acculturation, la réactivation du conflit conjugal, la maladie de sa fille aînée, ainsi que l'apparition et l'aggravation de plusieurs problèmes somatiques. Dans ce contexte, les faibles capacités adaptatives de [l'assurée] se retrouvent dépassées, avec une décompensation du trouble de la personnalité qu'elle présente ». Nous ne pouvons que souscrire à l'appréciation du Dr O. _____ quand il écrit un peu loin : « le tableau clinique présenté par [l'assurée] est ainsi marqué par un état de régression massive dans une posture passive-agressive ». Nous sommes aussi d'accord sur son appréciation du plan thérapeutique : « un tel tableau clinique n'est habituellement que très peu, voire pas, susceptible de répondre à un traitement médicamenteux psychotrope. Par ailleurs, [l'assurée] ne nous paraît pas en mesure de pouvoir bénéficier d'une approche psychothérapeutique compte tenu des faibles ressources de mentalisation qu'elle présente ». Nous sommes enfin d'accord quant au taux d'incapacité de travail (100%) retenu par le Dr O. _____.

Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons admettre la réalité d'une fragilité psychologique préexistante, non clairement identifiable jusqu'en 2012 et qui, à la faveur d'une décompensation du trouble de la personnalité, est apparue comme une évidence clinique à partir de juillet 2012 (date de l'expertise du Dr W. _____). Le Dr O. _____ (expertise du 17.02.2016) ne fait que confirmer les constats du Dr W. _____, hormis le trouble thymique qui s'est entre-temps partiellement amélioré (disparition du syndrome somatique de la dépression). [...] »

Quant au Dr EE. _____, il a communiqué les observations suivantes :

« [...] Du point de vue somatique, comme l'a retenu le Dr R. _____ dans son expertise et le Professeur V. _____, l'assurée présente effectivement une polyarthrite séronégative, notamment en raison de l'IRM des mains qui a effectivement mis en évidence des synovites qui ont par ailleurs été mises en évidence cliniquement par le Professeur V. _____.

Dans cette situation et au vu des autres pathologies ostéoarticulaires et somatiques, il existe effectivement une incapacité de travail complète comme ouvrière.

Cependant, il faut relever que cette polyarthrite séronégative, comme c'est souvent le cas, n'a amené aucune lésion structurelle visible sur les radiographies, l'assurée n'ayant notamment pas d'érosion à l'IRM des mains. D'ailleurs, comme le relève le Dr R. _____, il est fréquent que la polyarthrite séronégative n'entraîne pas de lésion structurelle des mains. Par ailleurs, actuellement cliniquement, l'assurée ne présente plus de synovite clinique selon l'expertise du Dr R. _____. Ainsi, même si l'on peut retenir une polyarthrite séronégative, elle ne semble pas être très active, voire même quiescente en tout cas cliniquement, au vu de l'absence de synovite clinique et d'atteinte radiologique structurelle des articulations.

Par ailleurs, le Dr R. _____ affirme que la littérature scientifique apprend que plus d'un tiers des patients souffrant de polyarthrite doivent quitter prématurément leur emploi. Bien que ce soit probablement le cas, on peut donc remarquer qu'environ deux tiers des patients souffrant de polyarthrite ne doivent pas quitter prématurément leur emploi. On peut également supposer que ce sont surtout les gens souffrant de polyarthrite rhumatoïde séropositive qui quittent plus facilement leur emploi, au vu des lésions structurelles radiologiques plus graves au niveau des articulations en cas de polyarthrite séropositive ou bien les gens souffrant de polyarthrites séronégatives ayant des synovites cliniques ou des lésions radiologiques structurelles. On peut donc ainsi regretter que le Dr R. _____ n'ait pas refait des examens radiologiques pour voir s'il existe maintenant des lésions radiologiques structurelles. Par ailleurs, s'il est peut-être vrai qu'un tiers des patients avec polyarthrite quittent prématurément leur emploi, ce sont aussi en général ceux qui ont les travaux les plus lourds et que cela ne les empêche pas de reprendre une activité ou un emploi plus léger, notamment grâce à une reconversion.[...]

Par ailleurs, bien que l'assurée se plaigne d'importantes douleurs des genoux et qu'une gonarthrose débutante soit possible, on peut regretter que le Dr R. _____ n'ait pas effectué des radiographies des genoux pour déterminer la réalité de ce diagnostic chez une personne démonstrative et histrionique ainsi que l'importance des troubles dégénératifs et de la gonarthrose, l'importance de la gonarthrose pouvant avoir une influence sur les traitements proposés, comme la prescription de Chondrosul®, voire la pose d'une prothèse selon l'importance des troubles dégénératifs des genoux.

Bien que la cause des rachialgies soit multifactorielle, comme le relève le Dr R. _____, on peut également regretter qu'il n'ait pas demandé de nouvelles radiographies du rachis cervical et lombaire.

Effectivement, en présence d'une personnalité probablement histrionique, il serait important de chiffrer l'importance des troubles dégénératifs du rachis, ce qui peut avoir une influence également sur les traitements, bien qu'il est vrai que l'on peut présenter des douleurs rachidiennes sans troubles dégénératifs ou ne pas présenter de douleurs malgré d'importants troubles dégénératifs.

A notre sens, cette expertise judiciaire présente donc un certain nombre de lacunes.

Par ailleurs, si comme le signale le Dr R. _____, la polyarthrite a une telle influence sur la capacité de travail et sur la vie quotidienne de l'assurée, on peut regretter qu'il n'ait pas proposé d'autres thérapies que le Méthotrexate® qui peut s'avérer inefficace en monothérapie. [...]

Ainsi, si, au vu des divers éléments susmentionnés, on peut effectivement justifier pour le moment une incapacité de travail de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, on peut se demander si l'assurée présente vraiment une incapacité de travail totale dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, au vu des éléments susmentionnés, du comportement démonstratif décrit par les autres experts et de la personnalité histrionique décrite par le Dr W. _____.

Par ailleurs, même si l'on devait octroyer une rente de 50% à cette assurée, il est fort possible que l'assurée s'améliore sous un autre traitement, notamment biologique de la polyarthrite. Ainsi, une réévaluation d'une éventuelle rente octroyée devrait être effectuée rapidement après introduction d'un tel traitement. Par ailleurs, au cas où elle aurait une arthrose avancée des genoux, la pose de prothèses des genoux pourrait bien améliorer la symptomatologie douloureuse, d'autant plus que l'obésité de l'assurée s'est améliorée, l'assurée présentant maintenant un BMI à 38.

Evidemment, les facteurs extra-médicaux tels que l'âge de l'assurée, la durée d'absence du monde du travail, le faible temps passé en emploi, l'absence de formation, la connaissance plus que parcellaire de la langue française écrite et orale, aggravent la situation. [...] »

Fondé sur les avis partiellement cités ci-dessus, l'intimé a relevé que le SMR n'avait pas été « convaincu par l'expertise effectuée sur le plan rhumatologique » à l'inverse de celle réalisée sur le plan psychiatrique. Il a en définitive proposé de retenir une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante dès l'été 2012, laquelle entraverait totalement sa capacité de travail.

La recourante ne s'est pas exprimée plus avant sur le fond, mais a communiqué avoir changé d'avocat, au profit de Me Christophe Tafelmacher, en date du 19 mai 2016.

La cause a dès lors été gardée à juger.

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 prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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

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

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 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).

c) In casu, le recours contre la décision de l'OAI du 10 janvier 2011 a été interjeté le 29 juin 2011, motif pris de la notification de ladite décision au mandataire de l'assurée en date du 28 juin 2011. La

recourante a allégué avoir eu connaissance de cette décision à l'occasion de l'audience appointée par le juge instructeur le 22 juin 2011 dans la cause l'opposant à la B. _____ SA, ensuite de quoi elle a immédiatement requis un tirage de son dossier auprès de l'OAI qui le lui a adressé par courrier recommandé du 27 juin 2011.

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique

(ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a ; 122 I 97 consid. 3b ; 114 III 51 consid. 3c et 4 ; 103 V 63 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 124 V 400 consid. 2b ; 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 103 V 63 consid. 2a ;

TF 9C_413/2011 du 15 mai 2012).

Etant donné la jurisprudence précitée et l'absence de preuve de la notification de la décision du 10 janvier 2011 à une date antérieure à celle _____ du 28 juin 2011, correspondant à la réception du dossier de l'OAI par le mandataire de l'assurée, il y a lieu de considérer que le recours du 29 juin 2011 a été introduit en temps utile.

Ce recours respecte en outre les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

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

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

b) Est litigieuse en l'espèce l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, compte tenu des atteintes à la santé diagnostiquées tant sur le plan physique que psychique, jusqu'à la date de la décision litigieuse.

La recourante estime, sur la base des avis de ses médecins traitants et des rapports d'expertise privée produits par ses soins, que sa capacité de travail est nulle dans toutes activités depuis l'été 2007 et que le droit à une rente entière d'invalidité devrait lui être reconnu « dès le 19

août 2009 ». Elle s'est par ailleurs ralliée aux appréciations communiquées par les experts judiciaires en ce qu'elles rejoignent celles exprimées par les experts privés.

L'intimé, pour sa part, considère que l'expertise diligentée par ses soins au sein du Centre médical H. _____ devrait se voir accorder pleine valeur probante, le volet psychiatrique du rapport corrélatif se trouvant au demeurant converger avec les conclusions communiquées en son temps par l'expert mandaté par l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr E. _____. Suite à la production des rapports d'expertise privée sollicitée par la recourante, l'OAI, respectivement le SMR, a fait part de ses doutes sur les diagnostics retenus et préconisé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A réception des rapports du Centre hospitalier C. _____ et des Hôpitaux S. _____, mandatés par le juge instructeur, il est d'avis que seul le volet psychiatrique investigué au sein du Centre hospitalier C. _____ s'avère convaincant et retient qu'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, objectivée par le Dr W. _____ en été 2012, justifie la reconnaissance d'une incapacité totale de travail à la date du rapport d'expertise privée correspondant. L'intimé conclut en définitive au maintien de sa décision du 10 janvier 2011. On peut en déduire que selon l'OAI, l'aggravation survenue en été 2012 devrait faire l'objet d'une nouvelle décision, conformément à la jurisprudence citée supra.

Vu les arguments des parties, il convient en premier lieu d'analyser la valeur probante des nombreuses pièces médicales versées au dossier de l'assurée et de déterminer lesquelles permettent de trancher le droit litigieux.

Dans un second temps, il s'agira de statuer sur le droit de la recourante à la prestation d'assurance revendiquée, ce à la date de la décision _____ querellée _____ du 10 janvier 2011.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

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

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

b) On ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ;

TF [Tribunal fédéral] 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

4. A ce stade, il convient de rappeler les principes régissant l'appréciation des pièces médicales et les réquisits développés par la jurisprudence quant à leur contenu.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet

d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs 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 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 et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

c) Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet de multiples investigations de son état de santé physique et psychique, ayant été expertisée à trois reprises d'un point de vue pluridisciplinaire.

a) L'aspect somatique de sa situation a été évalué par les Drs J._____ et K._____ au Centre médical H._____, par les Drs V._____ et T._____, puis par le Dr R._____ des Hôpitaux S._____.

On observe à cet égard d'importantes divergences diagnostiques. Les Drs J._____ et K._____ ont en effet essentiellement attribué la symptomatologie rhumatologique alléguée par la recourante à une « fibromyalgie » en l'absence d'anomalie inflammatoire, tout en retenant également un « diabète de type II », une « dyslipidémie » et une « obésité morbide ».

Le Dr V._____ a pour sa part observé une « arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 », ainsi qu'une « polyarthrite rhumatoïde séronégative », sur la base des tests sanguins et des documents d'imagerie requis par ses soins, tandis que le Dr T._____ a confirmé la problématique liée au « diabète de type II ».

Quant au Dr R._____, il a retenu une « polyarthrite rhumatoïde séronégative » en sus d'un « syndrome cervical et lombovertébral récidivant » et d'un « diabète insulino-requérant », rejoignant pour l'essentiel les constats du Dr V._____ sur le plan rhumatologique.

Compte tenu de la teneur du rapport d'expertise judiciaire rédigé par le Dr R._____, on ne voit pas de raison de s'écarter des constats de ce praticien, au demeurant confortés par les explications communiquées antérieurement par le Dr V._____.

Le rapport d'expertise du Dr R._____ satisfait à l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assurée, en dépit des difficultés de communication avec cette dernière, comporte une anamnèse circonstanciée et décrit le contexte

médical déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation de l'assurée, une discussion très étayée relativement aux diagnostics retenus, comparés à ceux évoqués par les différents médecins consultés. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. On ajoutera au demeurant qu'il s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire, les conclusions de l'expert ayant été débattues au sein d'un consilium. Il n'y a ainsi aucune raison de douter de la pertinence des observations consignées en définitive par le Dr R._____.

Il en va de même de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée communiquée par ce praticien, considérée comme nulle dans toutes activités, étant donné les importantes limitations fonctionnelles rhumatologiques prises en considération, majorées par un syndrome métabolique allant s'aggravant, quand bien même ce dernier ne s'avère pas en soi incapacitant.

Les arguments du Dr EE._____ eu égard à une éventuelle capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors qu'il n'a pas procédé à l'examen de la recourante, apparaissent en revanche insuffisamment motivés pour ébranler l'opinion du Dr R._____, corroborée par les constats du Dr V._____.

On ne voit par ailleurs pas que l'expertise somatique complémentaire, préconisée par le Dr EE._____, soit sérieusement de nature à apporter un nouvel éclairage du cas de l'assurée au vu de l'exhaustivité des investigations précédemment effectuées. Qui plus est, une telle mesure d'instruction s'avère de toute façon superflue eu égard à ce qui suit.

b) S'agissant du volet psychique de l'état de santé de la recourante, il a été examiné par les Drs E._____ et I._____, par les Drs W._____ et U._____, ainsi que par les Drs O._____ et P._____.

Les constats des Drs E._____ et I._____ ont permis à ces derniers de déduire que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé psychique (cf. Dresse I._____) ou que sa problématique était essentiellement consécutive à des problèmes d'adaptation (cf. Dr E._____), tandis que sa capacité de travail demeurait entière.

A l'inverse, les Drs W._____ et U._____, ainsi que les Drs O._____ et P._____ ont retenu un « trouble de la personnalité mixte » et un « trouble dépressif », qui entravent durablement et totalement la capacité de travail de l'assurée.

En l'occurrence, aucun motif ne permet d'écarter les conclusions des experts judiciaires, qui rejoignent d'ailleurs celles des experts mandatés par la recourante. En particulier, les Drs O._____ et P._____ se sont largement exprimés sur l'état de « régression psychique et de dépendance » dans lequel se trouvait l'assurée, au demeurant peu accessible à un traitement psychothérapeutique au vu de ses capacités intellectuelles limitées. Ils ont en outre exposé les éléments à l'origine d'une décompensation de son trouble de la personnalité dès le milieu des années 2000. Ce faisant, ils ont largement cautionné les observations cliniques relatées par les Drs W._____ et U._____. En outre, à l'instar de ces derniers, ils ont relevé l'insuffisance de l'anamnèse rapportée par les Drs E._____ et I._____, alors que des événements de vie particuliers sont précisément à l'origine de la symptomatologie présentée par l'assurée. Les experts judiciaires ont par ailleurs dûment justifié les diagnostics retenus, détaillés à l'aune des symptômes présentés par la recourante, tels qu'observés à l'issue de leurs investigations. Ils ont enfin exposé les raisons d'un pronostic extrêmement réservé compte tenu d'une situation figée depuis plusieurs années. Leurs conclusions, prises en consilium pluridisciplinaire, s'avèrent ainsi congruentes avec les résultats des observations relatées dans le rapport d'expertise corrélatif.

On ne peut dès lors que constater que le rapport d'expertise judiciaire répond - également en ce qu'il a trait à l'analyse psychiatrique -

aux critères posés par le Tribunal fédéral pour être qualifié de pleinement probant et fonder l'examen des droits de l'assurée.

Il s'agit ainsi de considérer que la capacité de travail de l'assurée est nulle pour toutes activités, ainsi que l'ont exposé les Drs O. _____ et P. _____, à l'instar des Drs W. _____ et U. _____.

c) S'agissant du début de l'incapacité totale de travail, les experts ont retenu juin 2007 comme date déterminante, telle que communiquée _____ par _____ la Dresse F. _____ (cf. rapport médical de cette praticienne à l'OAI du 28 juin 2010).

Or, on observe que les premières informations émanant de la psychiatre traitante à l'adresse de la B. _____ SA attestent d'une incapacité de travail dès le 19 juillet 2007, laquelle a fondé le versement d'indemnités journalières de la part de cet assureur dès le 18 août 2007 (cf. rapport de la Dresse F. _____ à la B. _____ SA du 20 septembre 2007).

En l'absence de contestation de la recourante sur cette question et au vu du dossier constitué par la B. _____ SA, il s'agit de prendre en considération la date du 19 juillet 2007 comme date déterminant le début de l'incapacité de travail durable.

On écartera en revanche l'opinion isolée du Dr FF. _____ du SMR, en ce qu'il estime que la date déterminante devrait être fixée à l'été 2012, soit à la date où les Drs W. _____ et U. _____ ont pu observer cliniquement une décompensation du trouble de la personnalité. Ces spécialistes ont en effet expressément fait remonter cette décompensation à novembre 2006, soit à une date encore antérieure à celle prise en compte par les experts judiciaires. On ne voit en effet aucun élément attestant d'une aggravation à l'été 2012, susceptible d'étayer la position du Dr FF. _____, alors que la situation décrite par la Dresse

F._____, ainsi que par les experts judiciaires et privés, apparaît figée de longue date.

d) Vu ce qui précède, il convient de déduire que l'assurée présente une incapacité de travail pour toutes activités et, partant une incapacité de gain, de 100% depuis le 19 juillet 2007.

7. Reste à statuer sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité.

a) 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, resp. art. 29 al. 1 LAI jusqu'au 31 décembre 2007).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (resp. al. 1 jusqu'au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

En l'occurrence, le taux d'incapacité de travail, laquelle se confond avec l'incapacité de gain, permet de mettre à jour un degré d'invalidité de 100%. Un tel taux ouvre le droit à une rente entière d'invalidité.

b) Le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Le jour auquel la demande de prestations est présentée constitue le fait

juridiquement déterminant pour fixer le début du droit à la rente, respectivement le versement de celle-ci (ATF 117 V 23 consid. 3b).

Depuis le 1^{er} janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI), la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI ; RO 2007 5129 ss). Avant le 1^{er} janvier 2008, ce délai d'attente n'existait pas et une rente pouvait être accordée pour une période en principe de douze mois antérieure à la demande (RO 1987 447 ss et ancien art. 48 al. 2 LAI ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, ad art. 29 LAI, p. 360/361).

A la différence de l'art. 29 al. 1 LAI, l'art. 48 al. 2 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoyait que si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'étaient octroyées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance.

Le Tribunal fédéral a précisé que l'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1^{er} janvier 2008 suppose non seulement que le délai d'attente d'une année ait commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 mais également que la demande de prestations ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2, première phrase, aLAI ; TF 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4 ; 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

In casu, la demande formelle de prestations AI a été déposée par l'assurée le 20 août 2009, tandis que le délai de carence ouvrant le droit à la rente est échu depuis le 19 juillet 2008. L'ancienne règle contenue à l'art. 48 al. 2 aLAI ne peut dès lors s'appliquer au cas particulier étant donné la jurisprudence précitée.

A défaut, contrairement à ce que conclut la recourante, le versement de la rente entière d'invalidité ne peut entrer en ligne de compte avant le mois de février 2010, soit à l'issue du délai de six mois à compter de la date de dépôt de la demande de prestations corrélative.

8. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être partiellement admis. La décision du 10 janvier 2011 doit être réformée, en ce sens que la recourante peut prétendre le versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} février 2010.

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 de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé débouté, sont arrêtés à 400 francs.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause dans une large mesure, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 10 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} février 2010.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 à la recourante une indemnité de dépens, fixée à 4'000 fr. (quatre mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Tafelmacher, à Lausanne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :