

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mai 2014

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges    :      Mme Brélaz Braillard et M. Küng, assesseur  
Greffière    :      Mme      Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jérôme Bénédic, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1949, d'origine italienne, sans formation professionnelle, a travaillé dès janvier 1985 comme employée de laboratoire dans le secteur alimentaire. Le 22 mai 2002, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir de douleurs abdominales chroniques depuis septembre 2001.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 5 juin 2002, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie, a diagnostiqué une « très probable colopathie fonctionnelle spastique » et estimé qu'un tel diagnostic ne justifiait pas d'incapacité de travail.

Dans un rapport du 25 juin 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a indiqué que les problèmes urologiques de l'assurée (légère cystocèle, discrète spongiose rénale droite et micro-hématurie) n'avaient aucune répercussion sur l'activité professionnelle et ne diminuaient pas son rendement professionnel.

Le 8 août 2002, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de douleurs abdominales chroniques récidivantes sur status adhérentiel pariéto-épiploïque important concernant la partie inférieure de l'abdomen et le petit-bassin, de rupture complète du tendon du sus-épineux des deux côtés, de probable côlon spastique et de divers status post-opératoires (cholécystectomie, hystérectomie, appendicectomie). D'autres diagnostics (micro-hématurie, maladies ulcéreuses et status post-opératoire pour syndrome du tunnel carpien) étaient sans impact sur la capacité de travail. Il attestait de nombreuses périodes d'incapacité partielle ou totale de

travail depuis janvier 2000, soulignant qu'il lui semblait impossible d'obliger l'assurée à pratiquer une quelconque activité en raison de l'accroissement constant des douleurs abdominales.

En février 2003, une expertise médicale est effectuée à la demande du Q.\_\_\_\_\_, assureur perte de gains, par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. L'expert diagnostiquait une fibromyalgie existant depuis une date inconnue, un status après acromioplastie et réparation de la coiffe de l'épaule droite en avril 2001, sans séquelle, et une colopathie fonctionnelle. L'examen n'avait pas mis en évidence de co-morbidité psychiatrique significative ; le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait en particulier qu'il n'était pas fait état de symptôme anxieux et dépressif, mais tout au plus de difficultés psychosociales, professionnelles, financières et conjugales. Les limitations étaient un discret syndrome cervical, des scapulalgies gauches et des gonalgies gauches. Selon lui, la capacité de travail ne paraissait pas limitée de manière significative par l'ensemble des problèmes médicaux.

Dans un rapport du 30 avril 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis février 2003, a retenu comme diagnostics affectant la capacité de travail une dépression de degré sévère, une anxiété généralisée, une fibromyalgie, un status adhérentiel abdominal important, une gonarthrose gauche et un status après réinsertion d'une rupture complète du sus-épineux et acromioplastie de l'épaule droite (2001). Il mentionnait que sa patiente était une femme battue par son mari alcoolique. Il indiquait une incapacité de travail totale depuis le 12 octobre 2001, estimait que l'état de santé s'aggravait, que l'activité exercée jusqu'à présent ne pouvait plus être exercée, qu'il y avait une diminution de rendement supérieure à 66,6% et que l'on ne pouvait pas exiger de l'intéressée qu'elle exerce une autre activité.

Le 8 mai 2003, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir suivi l'assurée en raison d'une lésion de la coiffe des rotateurs ayant justifié une intervention en avril 2001, soit une réinsertion d'une rupture

complète du sus-épineux et acromioplastie de l'épaule droite, puis en raison de gonalgies gauches sur syndrome rotulien en février 2003, traitées conservativement. S'agissant de l'épaule droite, les suites avaient été favorables avec récupération d'une fonction complète et indolore, permettant une reprise du travail complète dès le 29 octobre 2001. S'agissant des gonalgies, le traitement avait été terminé le 31 mars 2003.

Se fondant sur un avis du 24 août 2004 de son Service médical régional (ci-après : SMR), lequel soulignait les discordances entre l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ et celui du Dr B.\_\_\_\_\_, l'OAI a mandaté l'Hôpital psychiatrique de [...] afin qu'il réalise une expertise. Les Drs X.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et F.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont établi leur rapport d'expertise psychiatrique le 21 janvier 2005. Ils ont posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis une date indéterminée mais se péjorant depuis l'arrêt de travail de l'assurée en 2000. Ils renaient en outre le diagnostic de fibromyalgie, sans effet sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les experts ont relevé notamment ce qui suit :

« Il s'agit d'une patiente de 55 ans, d'origine sicilienne, qui a connu une enfance difficile. Elle a très tôt intégré le milieu professionnel, dès l'âge de 14 ans. Elle a fondé une famille de trois enfants, et a assumé toute la charge de leur éducation, le mari présentant une dépendance sévère à l'alcool dès le mariage. L'expertisée a présenté à partir de 2000 un épuisement exprimé par un état dépressif et des douleurs abdominales investiguées à plusieurs reprises. On note d'une manière synchrone son licenciement d'une place de travail qu'elle occupait depuis de multiples années. L'année 2004 a été marquée par le départ de la maison du dernier enfant, et par la décision de l'expertisée de divorcer et de quitter le domicile familial. L'expertisée est suivie pour un état dépressif depuis la fin 2003 par nos collègues de Hôpital Z.\_\_\_\_\_. Ils décrivaient au début de leur prise en charge une symptomatologie dépressive sévère, qui s'est améliorée partiellement sous traitement médicamenteux au cours de l'année 2004. Nous diagnostiquons en fin 2004 une symptomatologie dépressive moyenne, [...].

Nous nous prononcerons uniquement sur la problématique dépressive, son pronostic et son influence sur la capacité de travail.

L'expertisée pourrait actuellement travailler à 30%, c'est-à-dire une incapacité de travail de 70%, travail qu'elle estime elle-même possible si fragmenté. La dynamique actuelle fait penser qu'une

évolution favorable est possible tant du point de vue social que du point de vue thérapeutique. Le traitement médicamenteux pourrait être renforcé et le suivi psychothérapeutique poursuivi. »

Selon les experts, tout travail que pouvait faire l'assurée était actuellement limité par l'asthénie, l'aboulie modérée et les troubles de la concentration. Ils étaient d'avis que l'expertisée pouvaient encore exercer son activité (ouvrière en boulangerie-pâtisserie) à raison de 30%, soit 12 heures par semaine ou 2 heures et demie par jour, ce qui devait permettre un rendement normal. Ils relevaient également que les arrêts de travail depuis 2001 avaient été motivés par de multiples causes dont les opérations du tunnel carpien des deux côtés et une laparoscopie, rendant impossible l'évaluation de l'incapacité de travail pour cause dépressive depuis cette date.

A la demande du SMR (cf. avis du 14 mars 2005), l'OAI a sollicité les psychiatres traitants, exerçant à la section ambulatoire des troubles anxieux et de l'humeur de l'Hôpital Z.\_\_\_\_\_, où l'assurée était suivie depuis mars 2004. Dans leur rapport du 3 mai 2005, les Drs W.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, chef de clinique respectivement médecin assistante, ont qualifié l'état de santé de stationnaire et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur, épisode actuel sévère, chronique depuis 2000, de trouble panique depuis plus de 20 ans, de trouble somatoforme douloureux depuis 2000 et de traits de personnalité dépendants depuis plus de 20 ans. Selon ces médecins, l'incapacité de travail était de 100% et l'activité exercée n'était plus exigible, la diminution de rendement étant totale. Ils précisait qu'au vu de la chronicité du traitement médicamenteux, il était peu probable qu'on puisse attendre une reprise d'activité professionnelle, à court ou moyen terme.

Le 14 juin 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a émis un avis médical dont la teneur est la suivante :

« Cette assurée de 56 ans a travaillé comme ouvrière dans une fabrique de gâteau depuis 1985 à raison de 5 heures/jour (60%).

Selon son médecin traitant, elle souffre d'une fibromyalgie avec état anxio-dépressif, d'un status adhérentiel abdominal, d'une gonarthrose et d'un status après acromioplastie droite valant une IT totale depuis le 12.10.2001.

Cet avis n'est pas partagé par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans une expertise du 18.2.2003 à la demande du Q. \_\_\_\_\_. Au terme de son examen, l'expert conclut à l'absence de limitation fonctionnelle et de comorbidité psychiatrique significative. Selon lui, il s'agit d'une fibromyalgie, les douleurs abdominales sont imputables à une colopathie fonctionnelle et ne sauraient entraîner d'incapacité de travail de longue durée. Il termine en reconnaissant une pleine capacité de travail dans l'activité précédente.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'étant pas psychiatre, nous avons demandé une expertise aux Drs F. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, qui concluent au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. Les experts se rangent aux incapacités de travail attestées par les médecins traitants, comme ils suivent l'avis de l'assurée lorsqu'elle annonce qu'elle pourrait travailler à 30%.

La Dresse D. \_\_\_\_\_, qui suit l'assurée à Hôpital Z. \_\_\_\_\_, opte pour un trouble dépressif majeur, épisode actuel sévère, avec trouble panique. Elle confirme l'incapacité de travail totale.

En résumé, nous sommes en présence d'une fibromyalgie (Dr P. \_\_\_\_\_, Dr F. \_\_\_\_\_), ou d'un trouble somatoforme douloureux (Dresse D. \_\_\_\_\_). Ces entités similaires ne sont pas considérées comme invalidantes si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique significative, et des critères d'aggravation dits de Mosimann. De plus la récente jurisprudence du TFA établit que le trouble dépressif d'intensité moyenne fait partie intégrante du trouble somatoforme douloureux, et qu'il ne saurait en être séparé.

Dans le cas présent, les experts psychiatres retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Nous sommes donc précisément dans le cas d'espèce mentionné plus haut. J'ajoute que le diagnostic des experts doit prévaloir sur celui de la Dresse D. \_\_\_\_\_.

L'expertise psychiatrique fait état d'un certain retrait-social « en amélioration depuis 3 mois ». Il s'agit de la seule allusion à une perturbation de l'environnement psycho-social de ce dossier.

A mon sens, les critères d'aggravation de Mosimann ne sont pas réunis.

Si l'on s'en tient à ces définitions, cette assurée ne présente pas de maladie invalidante au sens de l'Al. »

Se fondant sur l'appréciation du dossier par le Dr M. \_\_\_\_\_, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 16

juin 2005, au motif qu'il n'y avait pas de contre-indications médicales à l'exercice de l'activité habituelle, exigible à 100%.

Le 5 juillet 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en faisant valoir en substance que depuis son arrêt de travail de juillet 2001 pour des motifs tant somatiques que psychiques, elle n'avait plus été en mesure de reprendre son activité professionnelle, qu'elle présentait un état dépressif sévère et chronique, ainsi qu'un trouble panique. Les symptômes qu'elle ressentait étaient invalidants. Des troubles du sommeil péjoraient sa qualité de vie et ne lui permettaient pas d'envisager une reprise de son activité professionnelle. De plus, depuis une intervention chirurgicale à l'épaule droite, elle était fortement limitée dans ses mouvements et dans sa force. Elle estimait en résumé que son état de santé s'était fortement dégradé depuis 2000. L'assurée a requis que l'incapacité de travail attestée par les Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ soit reconnue.

Par décision sur opposition du 3 octobre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 juin 2005. Il considérait que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux retenu par les Drs P.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ n'était pas invalidant au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral, vu l'absence de comorbidité psychiatrique significative selon les experts ou l'absence des critères d'aggravation (dits de Mosimann).

**B.** Le 6 novembre 2006, T.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition du 3 octobre 2006 devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est reconnue invalide et mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001, subsidiairement à son annulation.

Dans sa réponse du 7 février 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante a répliqué le 27 septembre 2007. Elle a produit un rapport d'expertise privée effectuée par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 10 juillet 2007, ainsi qu'un rapport médical du 22 août 2007 établi par les médecins du Service de gastroentérologie et d'hépatologie de Hôpital Y.\_\_\_\_\_. (ci-après : Hôpital Y.\_\_\_\_\_). Le Dr H.\_\_\_\_\_ ajoutait à la liste des diagnostics psychiatriques (fibromyalgie, épisodes dépressifs) une schizophrénie et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, rendant impossible la réintégration de l'intéressée dans la vie professionnelle. Les Drs A.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ de la Hôpital Y.\_\_\_\_\_ faisaient état d'une hépatite C chronique dont l'origine était probablement liée à une transfusion sanguine faite avant 1990.

Par écriture du 30 décembre 2007, l'OAI s'est déterminé en produisant un avis médical SMR du 30 novembre 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'étonnait qu'après une expertise psychiatrique et un séjour dans un hôpital psychiatrique, le diagnostic de schizophrénie n'ait pas été posé avant l'âge de 58 ans. Il remarquait que ce diagnostic avait été évoqué sans aucune discussion de diagnostic différentiel et ne correspondait pas aux critères définis par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). Il constatait également que les troubles dépressifs régulièrement mis en avant auparavant n'apparaissaient plus.

Par courrier du 15 mai 2008, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de sa requête, elle a produit un avis des Drs I.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, chef de clinique respectivement médecin-assistant au Département de psychiatrique Hôpital K.\_\_\_\_\_ (ci-après : Hôpital X.\_\_\_\_\_), du 29 avril 2008, lesquels relevaient que l'expertise effectuée par le Dr H.\_\_\_\_\_ souffrait de différentes lacunes, en particulier « l'omission des critères diagnostiques CIM-10 pour le schizophrène, le diagnostic différentiel de la schizophrénie par rapport aux diagnostics antérieurs ainsi que les précisions sur les orientations thérapeutiques ». Ils estimaient que ces points devaient être éclaircis et étaient d'avis qu'une expertise était nécessaire, relevant que

les appréciations très contradictoires des différents médecins les amenaient à formuler l'hypothèse d'une patiente influençable et à l'intelligence limite. La recourante produisait enfin le résultat des tests neuropsychologiques effectués le 14 mai 2008, faisant état d'une patiente illettrée et disposant de ressources intellectuelles faibles.

Dans un avis médical SMR du 18 septembre 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a écrit que les résultats des tests neuropsychologiques ne modifiaient pas son précédent avis. Par détermination du 25 septembre suivant, l'OAI a déclaré se rallier totalement à l'avis SMR précité.

Par arrêt du 30 juin 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée. Elle a considéré que l'expertise psychiatrique des Drs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, avait valeur probante. Vu l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative ainsi que des critères d'aggravation, et vu la prévalence des facteurs psychosociaux, il convenait de retenir que la fibromyalgie présentée par l'assurée n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité, de sorte que le refus de rente était justifié.

Le jour de la notification du jugement, la recourante a déposé un rapport établi par les psychiatres du Hôpital X.\_\_\_\_\_, lesquels se sont prononcés sur la possibilité d'une schizophrénie. Dans leur rapport du 26 mai 2011, ils expliquaient que leur patiente présentait un trouble dissociatif de l'identité (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion et changement de l'identité) dont l'un des diagnostics différentiels est la schizophrénie, précisant notamment ce qui suit :

« Mme T.\_\_\_\_\_ rapporte que des symptômes du trouble dissociatif de l'identité étaient présents dès l'âge de 30 ans, mais avec une fréquence et une intensité non invalidante, de sorte qu'elle a pu maintenir son activité professionnelle et assumer les responsabilités familiales.

La symptomatologie du trouble dissociatif s'est accentuée et est devenue invalidante suite au décès, en 2002, de [...], jeune homme

dont elle s'était occupée comme d'un fils, tué dans un accident de voiture à l'âge de 26 ans. Un mois plus tard, son beau-père décède des suites de maladie, elle s'est occupée de lui pendant de longs mois. C'est également à cette période que ses enfants quittent la maison et que la patiente se retrouve seule avec son mari alcoolique, dépourvue de son rôle de mère. »

Les psychiatres du Hôpital X.\_\_\_\_\_ argumentaient également pour l'existence de critères de sévérité de la fibromyalgie, diagnostiquée en 2005 et considérée comme totalement incapacitante.

**C.** Par arrêt du 27 février 2012 (cause 9C\_694/2011), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par T.\_\_\_\_\_, annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales et renvoyé la cause afin que celle-ci mette en œuvre un complément d'instruction conformément aux considérants puis se prononce à nouveau. Le Tribunal fédéral a notamment considéré ce qui suit :

« 5.3.1 S'agissant d'abord de l'incidence du trouble dépressif sur la capacité de travail, conformément à ce qu'affirme la recourante, il apparaît effectivement que les docteurs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont limité leur examen à la seule problématique dépressive. Les experts psychiatres ont concrètement conclu à une capacité résiduelle de travail de 30% due seulement à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis une date indéterminée mais s'aggravant depuis l'arrêt de travail survenu en 2000. Ces éléments laissent à penser que le trouble dépressif mentionné n'est pas une manifestation d'accompagnement de la fibromyalgie ou du trouble somatoforme douloureux retenu mais plutôt une affection déjà présente avant l'apparition de la symptomatologie douloureuse, indépendante de cette dernière et incapacitante en soi [...]. Dans ces circonstances, sous peine de contrevenir aux principes régissant l'appréciation des preuves, la juridiction cantonale ne pouvait pas se contenter de reprendre - implicitement de surcroît - les brefs avis du docteur M.\_\_\_\_\_ (rapports des 14 mars et 14 juin 2005), qui s'était lui-même borné à évoquer de façon générale la jurisprudence afférente à la fibromyalgie sans procéder à une quelconque analyse du dossier, pour retenir un trouble dépressif réactionnel. Les experts psychiatres n'ont toutefois pas explicitement pris position sur le caractère indépendant ou réactionnel de la dépression par rapport à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux de sorte qu'il conviendra d'éclaircir ce point.

5.3.2 S'agissant ensuite de l'hépatite C chronique, il apparaît que les premiers juges ont totalement ignoré l'existence de ce diagnostic sans en indiquer les raisons. Outre une violation du droit d'être entendu [...], cette mise à l'écart non justifiée dans le jugement constitue une violation des principes régissant l'appréciation des

preuves dans la mesure où, d'après la doctrine médicale, les symptômes susceptibles d'être engendrés par la pathologie en question (notamment fatigue, douleurs abdominales, douleurs articulaires) peuvent se confondre à ceux résultant d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Ces éléments n'auraient pas dû échapper au SMR et faire l'objet d'investigations complémentaires. Il faudra donc y remédier.

5.3.3 S'agissant de la schizophrénie, il apparaît que le rapport du docteur H.\_\_\_\_\_ a été écarté uniquement en raison du fait que, selon le docteur C.\_\_\_\_\_, il présentait des lacunes formelles [...]. On relèvera à cet égard que le caractère lacunaire d'un document médical (en particulier le fait qu'il n'ait pas été rédigé en tenant compte de critères énoncés par une classification diagnostique reconnue) ne suffit en soit pas à exclure l'existence de la pathologie constatée, d'autant moins que le médecin du SMR n'a en l'espèce pas clairement abouti à cette conclusion mais a seulement fait part de son étonnement quant à la constatation tardive de l'existence d'une telle affection. On ajoutera encore que le Service de psychiatrie du Hôpital K.\_\_\_\_\_ a fait état – certes tardivement – d'un trouble dissociatif de l'identité (diagnostic différentiel pour la schizophrénie) incapacitant depuis 2002. Il conviendra par conséquent d'éclaircir également ce point.

5.3.4 S'agissant enfin de l'analyse des critères conférant à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, on relèvera qu'il n'est pas absolument nécessaire que les médecins interrogés disent expressément si tel ou tel critère est rempli dans le cas concret mais que ces éléments peuvent être déduits de l'anamnèse, des constatations médicales ou de l'appréciation du cas. Les premiers juges ont à cet égard estimé que les critères en question n'étaient pas remplis dès lors qu'il n'y avait pas d'affection corporelle chronique, de perte d'intégration sociale et que les traitements médicamenteux pouvaient être renforcés de sorte que l'on ne pouvait parler d'échec dans ce domaine. Outre le fait que cette appréciation succincte et très générale ne repose sur aucun document précis, on constatera que la juridiction cantonale oublie que la symptomatologie douloureuse mentionnée par la totalité des médecins sollicités semble s'étendre sur plusieurs années, sans rémission durable malgré la mise en place de différents traitements. Ce point nécessitera donc également d'être éclairci. »

**D.** Reprenant l'instruction de la cause, la Cour de céans a, conformément aux considérants du Tribunal fédéral, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après : CEMed). Dans leur rapport du 18 novembre 2013, consécutif à des examens cliniques pratiqués les 11 et 17 juillet, 6 et 13 août 2013 ainsi qu'à l'étude du dossier médical de l'expertisée, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne

générale, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, se sont prononcés notamment comme il suit :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan médecine interne, si l'on en croit les dires de l'expertisée, les bilans hépatiques sont normaux et rien, cliniquement, ne laisse suspecter une évolution de l'hépatite C. La date de l'infection n'est pas connue. Pour mémoire, environ 30% des sujets infectés éliminent spontanément le virus ; les 70% restant peuvent développer vers une forme chronique d'hépatite C, évoluant, dans la moitié des cas vers une cirrhose en 25 à 30 ans ; dans l'autre moitié, cette évolution est un peu plus rapide, avec risque de développer un cancer primitif du foie. Ceci dit, Madame T.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi hépatique rigoureux par le service spécialisé du Hôpital K.\_\_\_\_\_.

La tension artérielle est normalisée sous traitement et, aux dires de l'expertisée, son discret diabète est bien contrôlé par un traitement probablement de Metformine (n'a pas apporté ses médicaments). Le status de médecine interne est normal.

Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Madame T.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs quotidiennes, diffuses, plus marquées au dos, mains, épaule droite, genou gauche et pieds. On constate une mobilité du rachis correcte, sans syndrome vertébral significatif et sans trouble neurologique associé. Selon les documents radiologiques, il existe une spondylarthrose depuis plusieurs années. En ce qui concerne l'épaule droite, on note une limitation modérée de la mobilité ; la plupart des tests sont déclarés douloureux mais sans signe d'atteinte significative de la coiffe des rotateurs. Des lâchages antalgiques apparaissent rapidement, même à l'épaule gauche, côté moins douloureux. Dans ces conditions, il est difficile d'apprécier une éventuelle atteinte de la coiffe des rotateurs. De plus, il faut intégrer ces douleurs de l'épaule à l'ensemble du comportement douloureux lié à la fibromyalgie (cf. ci-dessous).

Depuis une dizaine d'années, Madame T.\_\_\_\_\_ se plaint de gonalgies gauches attribuées à une gonarthrose. En décembre 2012 elle a subi une arthroscopie. Les radiographies de mai 2013 confirment la gonarthrose et la présence de souris articulaires.

En ce qui concerne les pieds, l'examen clinique évoque une aponévrosite plantaire. La radiographie montre une épine sous-calcanéenne, qui conforte ce diagnostic. A noter toutefois que les douleurs sont diffuses et, à nouveau, à intégrer au tableau de fibromyalgie.

A l'examen clinique on retrouve de nombreux points algiques à la palpation, typiques d'une fibromyalgie. La présence de ces points douloureux, la mauvaise réponse aux thérapies, la chronicité des plaintes, nous amène à retenir le diagnostic de fibromyalgie, déjà avancé en 2003. Les troubles ostéoarticulaires dégénératifs, à savoir la gonarthrose, la spondylarthrose, l'atteinte de l'épaule droite et

l'aponévrosite plantaire bilatérale, n'expliquent que partiellement la symptomatologie douloureuse chronique et importante. Pour l'essentiel, les douleurs sont à rattacher à la fibromyalgie.

En raison des atteintes somatiques, Madame T. \_\_\_\_\_ ne peut pas exercer les activités se déroulant principalement en position debout, nécessitant des déplacements en terrain instable ou des montées/descentes d'escaliers, nécessitant de lever des charges ou de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale. Dans une activité tenant compte de ces limitations, la capacité de travail est entière. Il n'est pas possible, a posteriori, de déterminer avec précision quand ces différentes limitations sont apparues.

Sur le plan psychique, notre observation met en évidence plusieurs atteintes psychiatriques. Tout d'abord, Madame T. \_\_\_\_\_ est une personne fragile, présentant des traits de personnalité dépendante. Son intelligence est limitée par une scolarisation succincte ; il n'y a cependant pas d'argument pour un retard mental. On ne trouve pas d'autres traits pathologiques de la personnalité, notamment pas d'éléments, sur le plan personnel et professionnel, suggérant une instabilité affective et/ou relationnelle. Il n'y a d'ailleurs pas eu, avant l'histoire actuelle, d'incapacité de travail itérative ou durable. Nous ne retenons donc pas le diagnostic de trouble de la personnalité, uniquement des traits dépendants, qui expliquent et la difficulté de l'expertisée à se séparer d'un époux violent, et l'émergence des autres troubles psychiques.

Par ailleurs, nous adhérons au diagnostic de trouble dissociatif de l'identité (TDI) posé, en 2011, par les psychiatres traitants du Hôpital X. \_\_\_\_\_). Ces derniers ont basé leur diagnostic sur le SCID-D [*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*], entretien structuré particulièrement adapté à cette situation selon les lignes directrices édictées par la SIETD [*Société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation*] en 2011. Le TDI n'est pas un trouble rarissime.

Quant à notre évaluation, nous trouvons des éléments pour une amnésie dissociative, également bien décrits dans le rapport du Hôpital X. \_\_\_\_\_ ; sont également présents une fragmentation de l'identité, des états de déréalisation et une dépersonnalisation. Nous n'avons pas trouvé de confusion de l'identité ; cependant, elle est décrite dans le rapport psychiatrique du Hôpital X. \_\_\_\_\_. Ce rapport ne mentionne pas directement l'impact du trouble sur le fonctionnement socioprofessionnel, mais la description de l'entretien structuré est suffisamment détaillée pour que l'on puisse avoir une mesure de sa sévérité. Notre status met en évidence des altérations de la pensée, qui est figée, non élaborée, confuse et peu structurée, reflet de la dissociation. Le trouble dissociatif est une pathologie primaire, antérieure aux symptômes douloureux.

Par ailleurs, tous les critères d'un épisode dépressif sont réunis. Notre status met en évidence un envahissement dépressif important, un fonctionnement en circuit fermé, une fixation sur les éléments négatifs, donnant peu de place à une élaboration psychique plus nuancée ou à l'expression d'éléments positifs. Le seul élément discordant est la conservation d'une apparence et d'une hygiène soignées, mais nous avons vu plus haut que

l'intervention du compagnon est importante dans ce domaine. Le reste du status, tout comme l'anamnèse, porte à retenir un degré sévère. Les signes anxieux observés dans le contexte stressant de l'expertise en sont le reflet ; ils participent à l'altération de la pensée. De plus, il existe quatre symptômes somatiques permettant de retenir un syndrome somatique, reflet de l'impact physique de la dépression. Nous n'avons pas constaté de signes suspects d'hallucinations. Le fait que l'expertisée voie et entende des ombres parlant entre elles est un argument pour des phénomènes hypnagogiques et hypnopompiques. D'ailleurs, aucun autre signe psychotique, congruent ou non à l'humeur, n'est présent.

Les signes dépressifs étant prépondérants, nous ne retenons pas le diagnostic d'anxiété généralisée. En revanche, l'anxiété phobique dans plusieurs lieux publics, les attaques de panique avec symptômes neurovégétatifs et le comportement d'évitement témoignent d'une agoraphobie, dont le début est difficile à préciser. Nous n'avons pas mis en évidence d'anxiété phobique spécifique à des lieux confinés, ce qui exclut la claustrophobie. Par ailleurs, les comportements autour de la propreté ou du rangement doivent être compris comme une tentative de gérer l'état anxieux sans que cela ne corresponde à un trouble compulsif constitué.

Au même titre qu'un trouble de la personnalité, le trouble dissociatif est un trouble psychique chronique. Il est, dans ce cas, associé à des comorbidités, d'abord sous forme de plusieurs épisodes dépressifs puis de douleurs somatoformes depuis les années 80. A cette époque, il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable. L'exacerbation du conflit conjugal - qui va conduire à la séparation en mars 2004 - constitue le dernier facteur de stress, avec anxiété importante, abus médicamenteux et brève prise en charge psychiatrique fin 2003. La comorbidité dépressive récidive et évolue chroniquement depuis 2004, avec un degré de sévérité alternant entre sévère et moyen.

Concernant la fibromyalgie, assimilée à un syndrome somatoforme douloureux persistant, elle est apparue dans le contexte du conflit conjugal présent de longue date, et, dès 2002, de deuils et du départ des enfants. Cette fibromyalgie n'a pas empêché Madame T. \_\_\_\_\_ de travailler ; elle est à l'arrière-plan par rapport aux autres pathologies psychiatriques et n'est pas à l'origine du trouble dépressif. A noter que le trouble somatoforme est lui-même une comorbidité fréquente du trouble dissociatif.

Les tests neuropsychologiques du 15.05.2008 n'apportent pas d'arguments significatifs concernant la capacité de travail. En effet, le diagnostic de *signes diffus de faiblesse cognitive* ne permet pas d'évoquer l'existence d'une grave atteinte cognitive ou d'un grave trouble psychiatrique, notamment une schizophrénie. Cette dernière n'est pas retrouvée dans notre évaluation (aucune plainte ou signe schizophrénique) et n'est pas non plus retenue par les psychiatres traitants.

Le trouble dissociatif de l'identité ne se traite pas par la pharmacothérapie mais par une psychothérapie intensive, selon des données de la SIETD. Le traitement psychotrope est indiqué pour les

comorbidités ; il s'agit en l'occurrence de la venlafaxine et de l'olanzapine.

La prise en charge psychiatrique, de bientôt 10 ans, a été axée tant sur la dépression que sur les troubles anxieux et somatoforme. Une prise en charge spécifique du trouble dissociatif n'a apparemment pas été mise en place ; selon la littérature médicale, l'issue des thérapies pour ce type de pathologie est incertaine. De plus, il paraît improbable que Madame T. \_\_\_\_\_, dont la prise médicamenteuse semble irrégulière au vu de la faible concentration sanguine de sa médication psychotrope, s'investisse dans une telle démarche. Dans la majorité des cas, l'évolution du trouble dissociatif de l'identité est défavorable.

Concernant la capacité de travail, il n'est pas aisé de se prononcer plus de 10 ans après le dépôt d'une demande de prestations AI pour raisons somatiques. Aucun problème dépressif n'est constaté par l'expert P. \_\_\_\_\_, ni par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, qui relève de l'anxiété. C'est le nouveau médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, consulté après une décision négative de l'assurance perte de gain, qui parle, dans un rapport d'avril 2003, de dépression sévère tout en mettant l'accent sur l'anxiété. Ca n'est toutefois qu'en mars 2004 qu'un véritable suivi psychiatrique commence. Entre-temps, l'état psychique n'a ni conduit à une hospitalisation en milieu spécialisé, ni justifié de prise en charge urgente. A supposer que le premier rendez-vous au Hôpital X. \_\_\_\_\_ n'ait pas pu être organisé de suite, on peut admettre que l'incapacité de travail pour raison psychiatrique remonte à janvier 2004. Le trouble dissociatif n'a pas empêché Madame T. \_\_\_\_\_ de travailler durant une vingtaine d'années chez le même employeur ; il s'est vraisemblablement décompensé avec la survenue de la comorbidité dépressive ; le cumul de ces deux pathologies fait que l'incapacité de travail est demeurée totale quelle que soit la sévérité de la dépression.

Actuellement, l'expertisée dépend de son entourage pour les activités de la vie quotidienne et pour subvenir à ses besoins. Elle est la plupart du temps peu active. Sans son compagnon, elle ne parvient pas à prendre des initiatives, à s'organiser. Son psychisme est souvent figé, désorganisé ; ses émotions sont difficiles à contrôler, par exemple lorsqu'elle manifeste de la colère. Les efforts de concentration génèrent une fatigue et la pensée devient encore plus figée. Les capacités d'adaptation sont absentes.

Sur la base de tous ces éléments, nous pouvons conclure que, en parallèle de la fibromyalgie et sans lien avec elle, Madame T. \_\_\_\_\_ a décompensé un trouble dissociatif de l'identité et développé un trouble dépressif chronique, pathologies toujours présentes, malgré l'arrêt de travail, le divorce et une nouvelle vie affective. »

Les experts ont en outre répondu à un certain nombre de questions, notamment les suivantes :

*« 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ; F33.2 (2004)
- Trouble dissociatif de l'identité ; F44.81 (1979 au moins)
- Agoraphobie ; F40.0
- Status après acromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (2001)
- Polyarthrose (spondylarthrose dès 1998, gonarthrose gauche dès 2003).

#### *4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Fibromyalgie (~2000)
- Obésité
- Hépatite C chronique (2006)
- Colopathie fonctionnelle (2001)
- Diabète (2011)
- Hypertension artérielle (2011).

[...]

#### *B. Influences sur la capacité de travail*

##### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

###### *Sur le plan physique*

En raison de la gonarthrose gauche, les activités se déroulant principalement en position debout ou nécessitant des déplacements en terrain instable ou des montées/descentes d'escaliers sont contre-indiquées. Les activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale doivent être évitées, de même que le port de charges répétitif de plus de 10 kg et les activités sollicitant fortement le dos.

###### *Sur le plan psychique et mental*

Difficultés relationnelles, agressivité, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme par périodes, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés à maintenir l'hygiène personnelle nécessitant l'aide de l'entourage, difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, difficultés dans les déplacements, difficultés d'organisation du temps, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation.

###### *Sur le plan social*

Importante limitation des contacts sociaux ; contact restreint à l'entourage familial.

##### *2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

###### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

La psychopathologie complexe entrave en particulier les capacités permettant de maintenir un poste de travail :

- La capacité d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même est altérée par période.
- La capacité de concentration/attention et mnésique est limitée,

- La capacité d'organisation/planification et d'adaptation au changement est limitée.

Sur le plan rhumatologique, les troubles ne sont pas entièrement compatibles avec l'activité d'ouvrière telle qu'elle est décrite par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ en 2001.

## *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Capacité nulle.

[...]

## *2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

L'expertisée a déposé sa demande AI pour des problèmes abdominaux qui, selon les spécialistes, ne justifiaient pas d'incapacité de travail. En revanche, elle a été opérée de l'épaule droite en mars 2001, avec 8 mois d'arrêt de travail ; la Dresse Z. \_\_\_\_\_, qui constate aussi une épicondylite du même côté, souligne que le travail de Madame T. \_\_\_\_\_ s'effectue la plupart du temps debout et sollicite beaucoup le membre supérieur droit. L'expert P. \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail totale à subtotale. On peut en conclure qu'une incapacité de travail de 20% au moins est présente depuis 2001.

## *2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Incapacité de travail totale et définitive depuis début 2004, pour raison psychiatrique. Il y a certainement eu des périodes d'incapacité de travail plus importantes que 20% entre novembre 2001 et fin 2003, mais de durée limitée ; il n'est pas possible de les préciser plus de 10 ans après.

[...]

## *Remarques et/ou autres questions :*

[...]

Comme développé plus haut, l'expertisée présente, à côté de la fibromyalgie, des pathologies psychiatriques graves ; ce sont elles qui sont invalidantes. »

L'OAI s'est déterminé le 5 décembre 2013, proposant que les conclusions du rapport du CEMed soient admises. Il a produit un avis SMR du 3 décembre 2013 aux termes duquel il était relevé que les experts présentaient un tableau cohérent de l'évolution de l'état de santé de l'assurée ; il était proposé d'admettre une incapacité de travail depuis août 2004.

La recourante a présenté ses observations le 13 décembre 2013. Elle a requis un « bref complément d'expertise » estimant qu'il paraissait à première vue possible de reconstituer dans les grandes lignes l'évolution de son invalidité de 2001 à 2003.

Le 19 décembre 2013, l'OAI a estimé que le complément d'expertise n'avait pas lieu d'être, soulignant que les experts étaient sans équivoque s'agissant de l'impossibilité d'apporter des précisions quant à la capacité de travail entre novembre 2001 et fin 2003.

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

**1.** La Cour des assurances sociales doit se prononcer à nouveau sur le fond, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Les questions de recevabilité du recours n'ont plus à être examinées.

**2.** Le recours soumis à l'examen de la Cour de céans porte sur une décision de l'Office de l'assurance-invalidité relative au droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

Dans son arrêt de renvoi du 27 février 2012 (cause 9C\_694/2011), le Tribunal fédéral a requis de l'autorité de céans la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, afin de se prononcer sur les problèmes de santé de l'assurée et déterminer sa capacité de travail. La Haute cour a reproché aux juges cantonaux de ne pas avoir investigué le caractère indépendant ou réactionnel de la dépression par rapport à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux, d'avoir totalement ignoré le diagnostic d'hépatite C chronique, de s'être écartés du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de schizophrénie au seul motif qu'il présentait des lacunes formelles et de ne pas s'être prononcés de façon complète au sujet du caractère invalidant de la fibromyalgie ou du trouble somatoforme douloureux.

A la suite de cet arrêt, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont elle a confié la réalisation au CEMed. Il y a dès lors lieu de déterminer si cette expertise respecte les injonctions du Tribunal fédéral et permet de trancher le litige, soit de se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité. A cet égard, on relèvera que les conditions posées par le droit fédéral pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité ont été exposées dans l'arrêt du 30 juin 2011 de la Cour de céans, particulièrement les dispositions légales et les principes jurisprudentiels sur la notion d'invalidité et son évaluation, ainsi que sur la valeur probante des rapports médicaux. Il convient de renvoyer simplement à ces considérants (ainsi que l'a du reste fait le Tribunal fédéral dans son arrêt du 27 février 2012, cf. consid. 3).

**3. a)** 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 ; TF 9C\_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1, 9C\_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1, 9C\_573/2008 du 19 mars 2009 consid. 2).

**b)** En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions médicales résultant de l'expertise établie par le CEMed. L'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les

conclusions rendues par ces médecins résultent d'une analyse complète de la situation médicale – objective et subjective – portant sur la situation somatique et psychique de l'assurée. Leur rapport contient une anamnèse détaillée, prend dûment en considération les plaintes de l'expertisée (sur le plan de la médecine interne, sur le plan rhumatologique et sur le plan psychique) et décrit les constatations cliniques (status de médecine interne, status rhumatologique et status psychique). Il contient les diagnostics avec et sans influence sur la capacité de travail, une appréciation circonstanciée du cas qui décrit clairement la situation sur le plan médical et les réponses détaillées aux questions posées par le Tribunal.

Ce rapport d'expertise satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Dès lors que ce rapport est exempt de contradictions et en l'absence d'éléments objectifs dont les experts judiciaires n'auraient pas tenu compte et qui seraient aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence de leurs déductions, il n'existe pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire selon lesquelles la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le début de l'année 2004, comme cela sera exposé ci-après (cf. consid. 4 *infra*). On relèvera en outre que les parties se sont ralliées aux conclusions de l'expertise du CEMed, la recourante émettant cependant une réserve pour la période de 2001 à 2003.

**4.** Au terme de leur évaluation, les experts judiciaires retiennent qu'en parallèle de la fibromyalgie et sans lien avec elle, l'assurée a décompensé un trouble dissociatif de l'identité et développé un trouble dépressif chronique ; le cumul de ces deux pathologies entraînent une incapacité de travail totale et définitive.

**a)** Le Tribunal fédéral a, dans son arrêt du 27 février 2012, déploré l'absence d'évaluation médicale s'agissant du diagnostic d'hépatite C chronique dans la mesure où, selon la doctrine médicale, les

symptômes susceptibles d'être engendrés par cette pathologie pouvaient se confondre avec ceux résultant d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Sur le vu du rapport d'expertise judiciaire, il appert que tel n'est pas le cas ; selon les experts, rien ne laisse cliniquement suspecter une évolution de l'hépatite C, étant précisé que l'assurée bénéficie d'un suivi hépatique rigoureux par le service spécialisé du Hôpital K.\_\_\_\_\_.

Cela étant, les experts n'ignorent pas la symptomatologie douloureuse mentionnée par les précédents médecins sollicités. L'examen clinique et la lecture des documents radiologiques à disposition révèlent l'existence d'une spondylarthrose, d'une atteinte à l'épaule droite, d'une gonarthrose et d'une aponévrosite plantaire bilatérale. Selon les experts, ces troubles ostéoarticulaires dégénératifs n'expliquent que partiellement la symptomatologie douloureuse chronique et importante. La présence de ces nombreux points algiques, la mauvaise réponse aux thérapies et la chronicité des plaintes les amènent à retenir le diagnostic de fibromyalgie. Ils admettent que les atteintes somatiques engendrent des limitations fonctionnelles (pas d'activité se déroulant principalement en position debout, nécessitant des déplacements en terrain instable ou des montées/descentes d'escaliers, nécessitant de lever des charges ou de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale) ; cependant, ils considèrent que ces atteintes permettent l'exercice d'une activité adaptée aux limitations, à plein temps. Il est en outre précisé que le diagnostic de fibromyalgie n'affecte pas la capacité de travail dans la mesure où, présent depuis plusieurs années, il n'a pas empêché l'assurée de travailler.

Les experts estiment que seules les pathologies psychiatriques graves sont invalidantes ; la fibromyalgie est à l'arrière-plan par rapport à ces pathologies et n'est pas à l'origine du trouble dépressif.

Singulièrement, tous les critères d'un épisode dépressif sont réunis, le status et l'anamnèse portant à retenir un degré sévère. Il existe quatre symptômes somatiques permettant de retenir un syndrome

somatique, reflet de l'impact physique de la dépression. Les experts adhèrent en outre au diagnostic de trouble dissociatif de l'identité posé en 2011 par les psychiatres du Hôpital X.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 26 mai 2011), eu égard à la présence d'une amnésie dissociative, d'une fragmentation de l'identité, d'états de déréalisation et d'une dépersonnalisation. Le trouble dissociatif est un trouble psychique chronique, qualifié de pathologie primaire, antérieure aux symptômes douloureux. La prise en charge spécifique de ce trouble n'a apparemment pas été mise en place et, aux dires des experts, l'issue des thérapies, selon la littérature médicale, est incertaine pour ce type de pathologie et, dans la majorité des cas, l'évolution du trouble dissociatif de l'identité est défavorable. Les experts constatent que le trouble dissociatif n'a pas empêché l'assurée de travailler auprès du même employeur pendant une vingtaine d'années, constatation s'inscrivant dans la lignée de celle des psychiatres du Hôpital X.\_\_\_\_\_ (« Mme T.\_\_\_\_\_ rapporte que des symptômes du trouble dissociatif de l'identité étaient présents dès l'âge de 30 ans, mais avec une fréquence et une intensité non invalidante, de sorte qu'elle a pu maintenir son activité professionnelle et assumer les responsabilités familiales », cf. rapport du 26 mai 2011). Les experts du CEMed retiennent ainsi que le trouble dissociatif s'est vraisemblablement décompensé avec la survenue de la comorbidité dépressive, de sorte que le cumul des deux pathologies a engendré une incapacité de travail totale, quelle que soit la sévérité de la dépression.

S'agissant du diagnostic de schizophrénie posé par le Dr H.\_\_\_\_\_, il est écarté par les experts du CEMed en l'absence de plainte ou signe schizophrénique.

**b)** Reconnaisant la présence d'épisodes dépressifs puis de douleurs somatoformes depuis plusieurs années, les experts du CEMed constatent cependant l'absence d'incapacité de travail itérative ou durable pour la période antérieure à 2004.

L'examen réalisé en février 2003 par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise n'a pas mis en évidence de co-morbidité

psychiatrique significative ; il n'était pas fait état de symptôme anxieux et dépressif, tout au plus de difficultés psychosociales, professionnelles, financières et conjugales. Le Dr P. \_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail comme totale. Consulté à la suite d'une décision négative de l'assureur perte de gain, soit en février 2003, le médecin traitant de l'assurée, le Dr B. \_\_\_\_\_, mentionnait en avril 2003 une dépression sévère, tout en mettant l'accent sur l'anxiété, et attestait d'une incapacité de travail depuis octobre 2001. Le précédent médecin traitant, le Dr O. \_\_\_\_\_, n'a pas évoqué de troubles psychiques dans son rapport à l'OAI en août 2002, et a attesté de nombreuses périodes d'incapacité partielle ou totale depuis janvier 2000, en raison de troubles somatiques. En janvier 2005, dans le cadre de leur expertise psychiatrique, les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis une date indéterminée mais se péjorant depuis l'arrêt de travail de l'assurée, relevant de surcroît que l'année 2004 a été marquée par le départ de la maison du dernier enfant, par la décision de l'expertisée de divorcer et de quitter le domicile familial. Les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ se rangeaient aux incapacités de travail attestées par les médecins traitants, et précisaient que les divers arrêts de travail depuis 2001, motivés par de multiples causes (opérations du tunnel carpien des deux côtés, laparoscopie) rendaient impossible l'évaluation de l'incapacité de travail pour cause dépressive depuis cette date. En mai 2005, les Drs W. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital de Hôpital Z. \_\_\_\_\_, où l'assurée était suivi depuis mars 2004, attestaient une incapacité de travail totale sans précision quant à son début. En mai 2011, les psychiatres du Hôpital X. \_\_\_\_\_ considéraient que la symptomatologie du trouble dissociatif s'était accentuée et était devenue invalidante à la suite de différents événements (décès d'un jeune homme en 2002 dont l'assurée s'était occupée, décès de son beau-père, départ de ses enfants, corrélativement se retrouve seule avec son époux alcoolique). Les experts du CEMed considèrent que l'exacerbation du conflit conjugal - qui allait conduire à la séparation en mars 2004 - constitue le dernier facteur de stress, avec anxiété importante, abus médicamenteux et brève prise en charge psychiatrique fin 2003. Cela étant, ils relèvent qu'entre le rapport du mois d'avril 2003 du Dr B. \_\_\_\_\_ et le suivi psychiatrique débuté en

mars 2004 à l'Hôpital de Hôpital Z.\_\_\_\_\_, l'état psychique de l'assurée n'a ni conduit à une hospitalisation en milieu spécialisé ni justifié de prise en charge urgente. Emettant l'hypothèse que le premier rendez-vous au Hôpital X.\_\_\_\_\_ n'a pu être organisé de suite, ils retiennent le mois de janvier 2004 comme date du début de l'incapacité de travail totale - et définitive - pour raison psychiatrique.

S'agissant de la période antérieure, on constate, à la lecture des différents rapports médicaux, que la recourante a présenté des périodes d'incapacité de travail de durée limitée. A la suite du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle était motivée par des douleurs abdominales chroniques, les Drs S.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les atteintes somatiques ne justifiaient pas d'incapacité de travail. L'acromioplastie de l'épaule droite en mars 2001 s'est suivie de huit mois d'arrêt de travail (cf. rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 8 mai 2003), opération qui n'a pas entraîné de séquelles selon le Dr P.\_\_\_\_\_, ce qu'a également indiqué le Dr J.\_\_\_\_\_. De même, les gonalgies gauches n'ont pas conduit à une incapacité de travail de longue durée (cf. rapport du Dr **Stalder** du 8 mai 2003). Ainsi, comme le soulignent les experts au terme de leur rapport, il y a certainement eu des incapacités de travail plus importantes que 20% antérieurement à janvier 2004, mais de durée limitée, de telle sorte qu'elles ne sauraient être déterminantes du point de vue de la détermination de la survenance de l'invalidité.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, on peut admettre que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler en raison de troubles psychiatriques, dès janvier 2004.

A l'échéance du délai de carence d'une année de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 [4<sup>e</sup> révision de l'AI]), soit le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'assurée pouvait donc prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité.

**5.** Le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité de la recourante.

Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction, sous la forme d'un complément d'expertise, ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, compte tenu des avis médicaux cités précédemment (cf. consid. 4b *supra*), de sorte que la requête de la recourante en ce sens doit être rejetée (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En effet, les experts judiciaires précisent qu'il n'est pas possible de préciser les périodes d'incapacité de travail plus de dix ans après le dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité pour raisons somatiques. Cet avis est confirmé par les experts psychiatres X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, lesquels ont relevé en janvier 2005 que les arrêts de travail depuis 2001, motivés par de multiples causes principalement somatiques, rendaient impossible l'évaluation de l'incapacité de travail pour cause dépressive depuis cette date.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité étant ouvert dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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

- I. Le recours déposé le 6 novembre 2006 par T.\_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que T.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jérôme Bénédic (pour T.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :