

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Merz, juges
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, mariée et mère de quatre enfants majeurs, a notamment travaillé du 1^{er} juillet 2006 au 30 avril 2007 comme ouvrière auprès de la société B. _____. Le 3 septembre 2007, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en faisant état de troubles psychiques, de fatigue, de manque de concentration, de douleurs à l'épaule droite et au dos, ainsi qu'à l'estomac, de jambes sans repos et de tumeur bénigne existant depuis les deux dernières années.

Dans leur rapport du 22 octobre 2007 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), les Drs K. _____ et S. _____, médecin adjoint et médecin assistante auprès de l'Unité O. _____ de [...], ont diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen avec syndrome somatique (F32.11), ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis respectivement mars et août 2006, un trouble des jambes sans repos étant quant à lui sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail avait été totale à compter du 10 novembre 2006 dans l'activité habituelle et demeurait complète.

Le 22 janvier 2008, la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué chez celle-ci un état dépressif moyen avec syndrome somatique, un trouble somatoforme douloureux et des symptômes neurologiques en cours d'investigation, un trouble des jambes sans repos, des migraines, une maladie ulcéreuse du bulbe et des lombalgies étant pour leur part sans effet sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était complète depuis le 10 novembre 2006, l'état de la patiente s'aggravant malgré la prise en charge par deux psychiatres différents et un traitement antidépressif lourd.

Une enquête sur le ménage effectuée le 21 avril 2008 au domicile de l'assurée a conduit l'enquêtrice à retenir un statut d'active à 100 %.

La Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie exerçant à l'association U._____, auprès de laquelle l'assurée était suivie depuis le 1^{er} juin 2007, a diagnostiqué le 8 décembre 2008 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.01) et un trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4).

Le 19 février 2009, le Dr J._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé qu'il convenait de procéder à un examen psychiatrique de l'assurée au SMR, afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'intéressée, de leur évolution, de l'observance thérapeutique et de possibles limitations fonctionnelles psychiques.

L'assurée a été examinée le 19 mars 2009 par le Dr X._____ du SMR, en présence d'un traducteur. Dans son rapport du 20 mars 2009, ce spécialiste en psychiatrie a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1) et fait l'appréciation du cas suivante :

« Assurée de 50 ans, en incapacité de travail médicalement attestée dès le 10 novembre 2006, dépose une demande AI en date du 3 septembre 2007 pour rente. L'examen clinique SMR met en évidence :

- Une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec thymie bonne sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idée noire, sans anhédonie, sans repli sur elle-même, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration, sans perte d'estime. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec d'après l'assurée dans un grand sourire 95% du temps des moments où elle se sent moins bien en difficulté avec la respiration et en nécessité de se reposer et à raison de 5% du temps des moments où elle se sent mieux avec l'envie de faire des choses et de se promener. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant

lesquelles ils se sentent bien mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capable[s] de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne ce qui est le cas de notre assurée.

- Un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ayant été évoqué dans le dossier, nous nous devons d'apprécier les critères de sévérité de la jurisprudence afin d'envisager l'aspect incapacitant de ce tableau algique à savoir
 1. comorbidité manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen puisqu'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité,
 2. Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assurée présente une incapacité de travail depuis novembre 2006,
 3. une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie qui n'est pas retrouvée,
 4. un état psychique cristallisé n'est pas retrouvé,
 5. l'échec au traitement ne peut véritablement être avancé.

L'ensemble des critères de sévérité n'étant pas retrouvé, nous ne pouvons considérer l'aspect incapacitant de ce tableau algique.

Sauf erreur ou omission de notre part apparaissent au dossier :

- Un rapport médical de la Dresse G._____, médecin traitant évoquant un état dépressif moyen avec syndrome somatique sans cotation CIM 10 qui correspond au moment où elle adresse l'assurée à l'Unité O.____ de [...], un rapport médical du 22 octobre 2007 de l'Unité O.____ de [...] évoquant comme diagnostic un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant. Si en page 2, il est précisé des antécédents psychiatriques avec depuis 2001 plusieurs épisodes dépressifs ayant motivé l'introduction passagère de traitement anti-dépresseur en 2001, 2004 et 2006, nous n'avons aucune trace de ces suivis et surtout l'assurée, lors de l'entretien psychiatrique SMR n'évoquera pas ce passé de suivi psychiatrique. Elle précise qu'antérieurement à 2006 elle aura en tout et pour tout subi une intervention d'hémorroïdes.
- Enfin un rapport médical d'U.____ en date du 8 décembre 2008 qui évoque un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques ne reprenant pas lui non plus

la récurrence proposée par l'Unité O. _____ mais ne précisant pas les éléments sémiologiques d'un tableau d'épisode dépressif moyen, évoquant d'un point de vue objectif essentiellement des ruminations autour des douleurs, d'une fatigabilité, des difficultés de marcher avec sensation de perte d'équilibre. Nous n'avons pas au descriptif de ce rapport médical l'entier des éléments permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni et de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sans objet sur le plan psychiatrique.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible,

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE : TOUJOURS. »

Dans son rapport du 30 mars 2009, le Dr J. _____ du SMR a retenu une capacité de travail exigible entière depuis toujours.

Par projet de décision du 29 mai 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit aux prestations, dans la mesure où elle présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle, la sévérité de la dépression chronique de l'humeur dont elle

souffrait étant insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent et les critères de sévérité de sa fibromyalgie n'étant pas remplis.

L'assurée, désormais représentée par l'avocat Olivier Carré, a formé opposition à ce projet le 22 juin 2009, en alléguant souffrir probablement de troubles neurologiques et présenter une dépression grave. Elle a complété son opposition le 14 août 2009, en produisant notamment les pièces suivantes :

- un rapport établi le 17 juillet 2009 par les Dresses V. _____ et N. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès du Service [...] du Centre hospitalier W. _____, qui ont estimé que l'assurée présentait un trouble dépressif sévère, relevant qu'au niveau cognitif, elles mettaient la présence de troubles exécutifs sur le compte de l'épisode dépressif ;
- un rapport du 13 juillet 2009 de la Dresse I. _____ - également signé par E. _____, psychologue traitant de l'assurée auprès d'U. _____ -, qui a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.01) et un trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4), soulignant l'absence d'amélioration depuis le début du suivi de la patiente et la chronicité de son état qui avait un retentissement général important, tant au niveau physique que psychique ;
- un rapport dressé le 3 juillet 2009 par la Dresse G. _____ faisant état d'une absence complète de réponse à un traitement chez sa patiente, cette dernière présentant des troubles mnésiques nouveaux et en cours d'investigation.

Par avis du 9 septembre 2009, le Dr J. _____ du SMR a constaté que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était patente en comparaison de l'examen SMR du 19 mars 2009, observant que dès que la

péjoration serait stabilisée sous un traitement adéquat, l'instruction du dossier serait reprise.

Le 17 septembre 2009, le conseil de l'assurée a encore produit les annotations faites par la Dresse G. _____ sur le courrier qu'il lui avait envoyé le 26 août 2009. Ce médecin a estimé que sa patiente présentait un état dépressif sévère et qu'elle n'avait pas été assez bien évaluée et traitée à U. _____.

A la demande de l'OAI, la Dresse F. _____ et le Dr Z. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant auprès du Centre M. _____, ont fait savoir le 21 janvier 2010 à cet office que l'assurée avait été adressée par la Dresse G. _____ à l'Unité urgences-crise de cet établissement pour un consilium psychiatrique et pour évaluer si un ajustement d'un traitement antidépresseur s'avérait nécessaire. Après avoir rencontré à quatre reprises l'assurée, ces médecins avaient constaté que la prise en charge auprès de la Dresse G. _____ et de la consultation d'U. _____ était bénéfique pour la patiente en ce qui concernait sa problématique chronique et ils ne recommandaient dès lors pas d'hospitalisation.

Par avis médical du 15 juin 2010, le Dr D. _____ du SMR a estimé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 8 juillet 2010, l'OAI a confirmé son projet du 29 mai 2009 et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans son courrier du même jour annexé à cette décision, il a relevé que le rapport de la Dresse I. _____ du 13 juillet 2009 reprenait les mêmes diagnostics et plaintes que ceux de son rapport du 8 décembre 2008, ce qui confirmait l'absence d'aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée depuis décembre 2008.

b) Par acte du 9 septembre 2010, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi de pleines prestations de l'assurance-invalidité, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que son dossier avait été insuffisamment instruit. Avec son recours, elle a notamment produit un rapport du 4 septembre 2010 de la Dresse G._____, pour qui la situation demeurerait inchangée, ainsi qu'un rapport établi le 23 mars 2010 par les Drs F._____ et Z._____. Ces derniers posaient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de dysthymie (F34.1), et relevaient que les résultats de la mesure du taux plasmatique pour le Cipralex et l'Efexor montraient un faible taux pour les deux médicaments, ce qui suggérait un problème de compliance, estimant le traitement pharmacologique actuel insuffisant, avec un sous-dosage important.

Par avis médical du 9 décembre 2010, le Dr D._____ du SMR a estimé que les pièces produites en recours confirmaient les conclusions du SMR.

Le 27 janvier 2011, l'assurée a déposé un rapport de la Dresse Q._____ d'U._____ - également signé par E._____ - diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi qu'un trouble hypocondriaque (F45.2), et estimant que les symptômes dépressifs et anxieux de la patiente - nettement aggravés depuis la première évaluation - étaient désormais à l'avant-plan, sans que la médication psychotrope n'apporte d'amélioration.

Par avis médical du 14 mars 2011, le Dr D._____ du SMR a relevé que le rapport de la Dresse Q._____ du 27 janvier 2011 rendait plausible une aggravation du trouble thymique depuis le début de l'année 2010, si bien qu'il proposait que l'instruction médicale soit reprise et qu'une expertise psychiatrique soit mise en oeuvre pour déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail.

Le 21 mars 2011, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 14 mars 2011. L'assurée en a fait de même le 9 avril 2011, en précisant avoir été hospitalisée du 28 [recte : 29] mars au 1^{er} avril 2011.

Par arrêt du 20 juin 2011 (AI 314/10 - 303/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée et annulé la décision rendue le 8 juillet 2010 par l'OAI, renvoyant la cause à ce dernier pour complément d'instruction, dans la mesure où cet office convenait de la nécessité de mettre sur pied une expertise psychiatrique.

B. Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a fait savoir à l'assurée, par son conseil, le 26 août 2011, que l'expertise psychiatrique serait confiée au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie.

Le Dr C._____ a examiné l'assurée, en présence d'un interprète, le 18 novembre 2011. Il a également reçu l'époux de l'intéressée, en présence et avec l'accord de cette dernière. Il a en outre pris contact téléphoniquement avec la Dresse G._____, ainsi qu'avec le psychologue de l'assurée auprès d'U._____, E._____. Dans son rapport du 2 décembre 2011, le Dr C._____ a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dysthymique (F34.5) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant des examens de laboratoire auxquels il avait procédé, il a relevé que ceux-ci lui avaient permis de constater que le taux sérique de la venlafaxine était très en dessous de la fenêtre thérapeutique, ce qui le conduisait à considérer que la recourante n'avait vraisemblablement pas pris correctement sa médication dans les jours précédant le prélèvement sanguin. Il a par ailleurs fait l'appréciation du cas suivante :

« [...]

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dysthymique (dysthymie)* et un *syndrome douloureux somatoforme persistant*.

- *Dysthymie (trouble dysthymique)*

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

Le trouble dysthymique est une dépression chronique de peu de sévérité qui s'installe habituellement au début de l'âge adulte, des formes d'apparition tardive étant aussi possibles. Ce trouble dure le plus souvent des années, voire des dizaines d'années. Pour ce motif, certains auteurs l'assimilent à un trouble de personnalité qu'on pourrait nommer *personnalité dépressive*.

Les critères diagnostiques du trouble dysthymique sont une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pour plus d'un jour sur deux et pendant au moins deux ans.

En parallèle, on doit retrouver au moins deux symptômes d'une liste de six. Cette liste comprend la perte ou l'augmentation de l'appétit (1), l'insomnie ou l'hypersomnie (2), la baisse d'énergie ou la fatigue (3), la faible estime de soi (4), le sentiment de perte d'espoir (5) et les difficultés de concentration ou les difficultés à prendre des décisions (6). Les autres critères diagnostiques du trouble se retrouvent dans les ouvrages de référence.

Dans le cas présent, l'assurée rapporte un abaissement de l'humeur chronique qui n'est toutefois pas constant. L'assurée dit qu'elle n'est pas triste, en particulier lorsqu'elle est en rapport avec ses proches. Elle dit néanmoins que son humeur est généralement abaissée et maintenant depuis plusieurs années.

En parallèle, on a les troubles du sommeil, une importante baisse d'énergie et la fatigue, ce dernier symptôme étant avancé comme permanent.

L'assurée note des troubles attentionnels des troubles de la mémoire (oublis) en conséquence. L'assurée dit aussi qu'elle a des difficultés à prendre des décisions. Elle se dit irritable.

Un tel fond dépressif durant maintenant depuis le milieu des années 2000 rejoint le diagnostic de *trouble dysthymique (dysthymie)* selon les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

Ce diagnostic de trouble dysthymique se retrouve dans l'évaluation psychiatrique du 19.03.2009.

Les différents rapports médicaux du Centre M. _____ retiennent de véritables épisodes dépressifs de *gravité moyenne*.

Si on se réfère au rapport médical détaillé de ce centre du 22.10.2007, l'épisode devrait être qualifié de *léger* puisqu'on a bien les trois critères cardinaux (perte d'intérêt, tristesse, fatigue) et mais que deux critères secondaires (ralentissement, troubles du

sommeil), la diminution de l'appétit n'ayant pas à être retenue puisqu'il y a eu prise pondérale. Il faut toutefois pondérer cette remarque du soussigné par le fait qu'un rapport médical des médecins traitants n'exige pas de rapporter la *totalité* des signes et symptômes avec la même rigueur qu'un travail d'expertise psychiatrique et que d'autres items ont peut-être été omis.

L'attestation "à qui de droit" du 27.01.2011, à la signature de Mme le Dr Q. _____ et de M. E. _____, note un épisode dépressif sévère. Ce qui est effectivement décrit en termes de signes et symptômes vaut pour un épisode dépressif tout au plus léger.

- *Syndrome douloureux somatoforme persistant*

En 1989, la classification internationale des maladies (CIM) a introduit le sous-chapitre des troubles somatoformes dans celui des "Troubles névrotiques, troubles reliés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" qui portent les codes F40 à F48. Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) y trouve sa place parmi le *trouble somatisation*, le *trouble somatoforme indifférencié*, le *trouble hypochondriaque* et le *dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme*. Le chapitre mentionne encore les troubles résiduels que sont les *autres troubles somatoformes (F45.8)* et le *trouble somatoforme sans précision (F45.9)*.

La CIM-10 définit le syndrome douloureux somatoforme persistant en passant par les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 ci-après.

Tableau 1 :

Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, 1989)

- A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.
 - B. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).
-

Dans le cas présent, l'assurée rapporte effectivement des douleurs qui touchent l'ensemble de l'appareil locomoteur. Celles-ci sont peu spécifiques dans le sens qu'elles ne correspondent pas à ce qu'on s'attend à trouver dans une affection strictement somatique. Elles sont décrites avec une intensité que l'intéressée veut faire sortir des échelles de mesure usuelles. Elles sont par conséquent vécues comme intenses. Elles apparaissent d'emblée comme un moyen de communiquer une certaine détresse. Le dossier n'apporte par ailleurs aucun argument somatique objectif pour expliquer tant l'intensité que la chronicité de ces plaintes douloureuses.

Au vu de tous ces éléments, il est évident qu'on doit retenir le critère A du tableau 1 ci[-]dessus.

Pour le reste on ne retrouve pas les facteurs d'exclusion ordinairement appliqués et notés à la lettre B du tableau 1 ci-dessus. Il n'y a pas de trouble schizophrénique ou apparenté. Le trouble affectif de l'assuré[e] n'a jamais eu la spécificité et la sévérité qui doive[nt] faire exclure le trouble somatoforme. La question d'un autre trouble somatoforme est discutée ci[-]après.

- Exclusion d'autres troubles somatoformes

Le fait que l'assurée ait d'autres plaintes somatoformes dans le sens de symptômes d'allure somatique sans base organique peut faire évoquer un diagnostic de *trouble somatoforme indifférencié*. Le soussigné a préféré garder celui de syndrome douloureux somatoforme persistant sachant que les plaintes douloureuses dominent très largement le tableau clinique.

Un héli syndrome sans base organique aurait pu faire retenir un *trouble de conversion*. Le soussigné ne l'a pas noté puisque ce trouble est aujourd'hui en rémission.

On n'a par ailleurs certainement pas les critères d'un *trouble hypochondriaque*. On ne les a jamais eus et un tel trouble n'a jamais été mentionné au dossier jusqu'à l'attestation du 27.01.2011.

L'hypochondrie, selon le DSM-IV-TR ou le trouble hypochondriaque, selon la CIM-10, est caractérisée par une conviction ou une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'un sujet d'être atteint d'une maladie grave. Le trouble est le plus souvent basé sur une interprétation erronée de perceptions corporelles alors que les bilans appropriés restent négatifs.

On n'a manifestement pas ici un tel tableau clinique. L'assurée n'est pas essentiellement une anxieuse craignant avoir une maladie grave et demandant des investigations répétées à ce sujet. Elle est plutôt étonnamment passive face à ses plaintes. Elle ne court pas les médecins et les hôpitaux. Sa souffrance est exprimée en termes de douleur et non pas en termes d'une obsession autour d'une hypothétique maladie grave. Le trouble hypochondriaque doit manifestement être exclu ici.

Au passage, on peut enfin souligner que le fait de retenir le trouble somatoforme indifférencié, un trouble de conversion et le trouble hypochondriaque qui vient d'être discuté ne changerait rien à l'appréciation asséculogique qui va suivre. Ces entités diagnostiques font aussi partie du chapitre des troubles somatoformes du DSM-IV-TR et seraient traitées avec la même grille logique que le syndrome douloureux somatoforme persistant, au vu de la présentation clinique de cette assurée.

- *Autres pathologies psychiatriques*

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation asséculoologique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dysthymique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans un tel contexte, il convient d'effectuer une appréciation clinique puis d'examiner un certain nombre de points particuliers.

- *Appréciation clinique*

La présentation de l'assurée vaut certainement pour une souffrance. Celle-ci est authentique. Elle ne vaut pourtant pas pour une pathologie psychiatrique majeure et d'emblée incapacitante telle qu'une dépression mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence de type Alzheimer, par exemple.

Cette assurée présente actuellement un trouble dysthymique, sans plus. Il est possible que la symptomatologie dépressive ait atteint de temps à autre la sévérité d'un épisode dépressif léger et tout au plus moyen. Rien n'indique au dossier que l'assurée ait présenté un épisode dépressif sévère, même de courte durée. Il n'y en a pas les traces anamnestiques en conséquence (situation de crise, séjour en milieu psychiatrique, modification de la médication en urgence).

Dans les faits, on a essentiellement la présentation ordinaire d'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec une comorbidité dépressive chronique de peu de sévérité.

- *Points nécessitant un examen particulier*

Dans un contexte de troubles somatoformes ou de troubles apparentés, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers.

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme en termes de limitations potentielles.

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est celle d'un simple trouble dysthymique. Il n'est pas exclu que la symptomatologie dépressive ait eu de temps à autre la sévérité d'un véritable épisode dépressif léger voire tout au plus moyen ou modéré. Un tel tableau de trouble affectif n'a pas l'acuité qui autorise à le faire considérer à part de ce que décrit déjà le

syndrome douloureux somatoforme persistant en termes de limitations potentielles.

En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Dans le cas présent, l'assurée dit conserver un réseau social consistant. Elle a affirmé au soussigné qu'elle ne se sentait pas isolée. Elle garde de bons liens dans sa famille nucléaire. Elle a des contacts avec ses deux filles qui ont pris leur autonomie.

L'assurée conserve par ailleurs de bonnes qualités relationnelles. Elle a communiqué normalement en séance. Elle a pu garder le focus de l'entretien. Elle a modulé ses affects en conséquence. Elle a su s'adapter à ce qui se passait pendant la consultation.

Pour tous ces motifs, on peut affirmer que l'intéressée n'a pas perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis le milieu des années 2000. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, même si l'observance thérapeutique a été sujette à caution. Pour le soussigné, le tableau clinique actuel est néanmoins plus un *comportement* anormal de malade qu'une *maladie* biomédicale stricto sensu.

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes ou de troubles apparentés ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Si le tableau clinique de Mme L. _____ présente indéniablement des caractéristiques de chronicité, l'assurée conserve une certaine plasticité psychique. Celle-ci a été constatée lors de l'observation. L'expertisée peut moduler ses affects. Elle peut s'adapter à ce qui se

passé en séance. Pour le soussigné, on n'a pas ici l'état définitivement figé et cristallisé de certains troubles somatoformes gravissimes.

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assurée devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

En l'état, le soussigné n'a pas de propositions à formuler sur le plan médical. Mme L. _____ est au bénéfice d'un traitement adéquat tant en qualité qu'en quantité.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une assurée qui n'en demande pas et qui ne se projette certainement pas dans une perspective de réintégration dans le monde ordinaire du travail.

Le pronostic à moyen ou à long terme est difficile à établir. Sur le plan purement psychiatrique et au sens d'un trouble mental stricto sensu, il n'est pas nécessairement mauvais. L'assurée souffre d'un abaissement de l'humeur de peu de sévérité. Il n'y a pas d'arguments pour un trouble de personnalité grave qui aurait valeur incapacitante en soi.

Conclusions

En conclusion, l'assurée L. _____ est une ressortissante suisse d'origine albanaise qui rapporte des antécédents plutôt rassurants tant sur le plan familial que personnel.

Peu après son entrée dans le monde du travail dans le courant des années 2000, l'intéressée a développé un tableau de douleurs somatoformes avec la comorbidité d'éléments dépressifs de peu de sévérité. En l'état le soussigné retient une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'instar d'autres évaluations au dossier.

En considérant ce qui doit l'être dans un tel cas, l'expert n'est pas légitimé à valider une quelconque incapacité de travail relevant de sa spécialité.

Actuellement les mesures médicales sont adéquates tant en qualité qu'en quantité. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens ici. Le pronostic à long terme est difficile à déterminer mais n'est pas nécessairement mauvais sur le plan psychiatrique stricto sensu. »

Par avis du 16 décembre 2011, le Dr D. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr C. _____.

Par projet de décision du 14 février 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Le 12 mars 2012, l'assurée, par son conseil, s'est opposée au projet de décision, en faisant valoir qu'elle avait été hospitalisée, point sur lequel l'expert ne s'était pas renseigné, demandant que celui-ci soit réinterpellé à cet égard. Elle a joint à son envoi un certificat du Centre hospitalier W._____ attestant qu'elle avait été hospitalisée au Centre M._____ du 29 mars au 1^{er} avril 2011. Le 17 avril 2012, elle a produit un rapport établi le 10 mai 2011 par les Drs H._____ et P._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistant auprès du Centre M._____, selon lequel elle avait séjourné dans cet établissement du 29 mars au 1^{er} avril 2011, les diagnostics posés étant ceux de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F45.4). Ces médecins ont en outre notamment relevé ce qui suit :

« Lors des entretiens médico-infirmiers, Mme L._____ raconte avec peine qu'elle a eu la veille de son hospitalisation une sorte de malaise, qu'elle est tombée par terre et qu'elle a eu de forts tremblements. La patiente paraissait empr[ei]nte à des émotions négatives très fortes. Elle décrit des douleurs, tantôt des céphalées, tantôt des douleurs très forte[s] et tantôt des évanouissements. Elle dit souffrir d'une profonde tristesse avec des idées de dévalorisation et de culpabilité envers la famille. Elle est très revendicative vis-à-vis des médecins qui n'arrivent pas à la soigner, notamment vis-à-vis de ses troubles rhumatologiques pour le[s]quel[s] elle est suivie par un rhumatologue du Centre hospitalier W._____ et fait des séances d'ergothérapie. L'entretien organisé avec le mari met en lumière des difficultés sociales très importantes. En effet, le mari est au bénéfice de l'AI après un accident de travail. La patiente est au chômage et le couple refuse d'avoir recours aux services sociaux et voudr[ait] bénéficier d'une prise en charge par l'AI. Le couple est aussi très en difficultés vis-à-vis des 3 enfants qui commencent à s'émanciper et la patiente vit cela avec un sentiment d'abandon. Le couple avait des attentes extrêmement claires quant à l'hospitalisation, en espérant une amélioration très nette voire la guérison. Nous avons verbalisé nos limites et informé le couple de la maladie dépressive et des troubles somatoformes. L'amélioration sera progressive et multifactorielle soutenue par la prise en charge médicale par les acteurs d'U._____, les membres de la famille, etc. Nous avons précisé que le rôle de l'hôpital était les gestions de crises pour débloquer une situation familiale ou médicale psychiatrique de crise. Nous avons assuré le couple de notre

disponibilité, ce qui a rassuré la patiente et elle a pu s'engager à reprendre son suivi à U._____. »

Le 24 avril 2012, l'assurée a produit un certificat établi le 20 avril 2012 par la Dresse Q._____, d'U._____, également signé par le psychologue E._____, selon lequel l'humeur de l'intéressée s'était encore détériorée, la patiente faisant part d'un sentiment de désespoir au regard de la persistance et de la péjoration de sa fatigabilité, de sa surcharge pondérale et d'autres symptômes ; l'assurée traversait un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires non scénarisées. Pour la Dresse Q._____, on était en présence d'une comorbidité complexe, sévère, chronique, qui ne devrait être ni méconnue ni déniée.

Par avis du 10 mai 2012, le Dr D._____ du SMR a estimé que les pièces médicales produites par l'assurée ne remettaient pas en doute les conclusions du rapport d'expertise du 2 décembre 2011.

Le 5 juin 2012, l'OAI a réinterpellé le Dr C._____, en lui soumettant la lettre de sortie des Drs H._____ et P._____ du 10 mai 2011 et en lui demandant si cette pièce était de nature à modifier ses conclusions.

Le 21 juin 2012, le Dr C._____ a exposé que l'hospitalisation de l'assurée ne remettait pas en question son évaluation du 2 décembre 2011. Il a en particulier relevé ne pas pouvoir se rallier à la qualification de « sévère » de l'épisode dépressif, notant mal comprendre qu'un épisode dépressif sévère évolue vers une amélioration « progressive et multifactorielle » en seulement quatre jours, s'il n'y avait pas eu d'importants éléments réactionnels.

Le 15 novembre 2012, le conseil de l'assurée a expliqué à l'OAI que celle-ci maintenait son opposition à l'opinion exprimée par le Dr C._____, avec l'appui de ses thérapeutes d'U._____. Ces derniers, avec lesquels il s'était entretenu, préconisaient la mise en œuvre d'une expertise tierce, compte tenu de la divergence d'approche entre eux et

l'expert. Me Carré a ajouté qu'il allait s'occuper de recueillir une telle opinion.

Par décision datée du 30 novembre 2012 et lettre d'accompagnement du 3 décembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 février 2012 et refusé à l'assurée tout droit à des prestations.

C. Par acte du 18 janvier 2013, L._____, toujours représentée par l'avocat Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance de son droit aux prestations à compter du 3 septembre 2007, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que le rapport d'expertise du Dr C._____ est incomplet, et qu'il ne repose que sur un seul entretien et un « simple échange téléphonique » avec son médecin généraliste et son psychologue. Elle est d'avis que le fait que la consultation se soit déroulée avec le concours nécessaire d'un interprète a ralenti l'instruction du cas. Elle ajoute que le fait que l'expert ait omis de relever une hospitalisation récente de quatre jours est « symptomatique » d'investigations trop rapides, alors que l'expert a fait des séjours psychiatriques un élément d'appréciation déterminant. A ses yeux, le Dr C._____ semble mal à l'aise avec les expertisés qui sont, comme elle, d'un abord difficile ; il faut en effet de la patience pour la suivre et y consacrer un temps important. La recourante fait valoir que l'expert trahit dans la rédaction de son rapport un « présumé originel » en faveur d'un trouble somatoforme et qu'il a négligé d'échanger avec la Dresse Q._____, dont l'avis avait pourtant conduit le SMR à accepter le principe d'une nouvelle expertise. Elle soutient également que l'expert, quand bien même il ne partage pas l'avis des médecins du Centre M._____, aurait pu prendre contact avec ceux-ci pour tenter de comprendre et de résoudre leurs divergences de compréhension du cas. Elle se prévaut du fait que ses médecins traitants sont également en désaccord avec le Dr C._____, alors qu'ils la suivent, pour certains, depuis des années, et admettent une dépression sévère.

Elle déplore enfin que l'expert voie dans l'absence d'hospitalisation la preuve d'une absence de pathologie. Elle est dès lors d'avis qu'une nouvelle expertise est nécessaire. En dernier lieu, elle fait grief à l'OAI d'avoir statué sans attendre qu'elle produise les documents médicaux qu'elle avait annoncés le 15 novembre 2012 ; pour elle, l'OAI a commis un déni de justice, qui justifie qu'il soit tenu compte des pièces qu'elle s'apprête à produire en procédure de recours. Elle a également formulé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 11 février 2013, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, avec effet au 11 janvier 2013, sous la forme de l'exonération d'avances et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. La bénéficiaire a été astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr., dès et y compris le 1^{er} mars 2013.

Le 22 avril 2013, la recourante a produit un certificat établi le même jour par son psychologue d'U._____, qui reprenait les conclusions du certificat médical du 20 avril 2012.

Dans sa réponse du 11 juin 2013, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis formulé le 28 mai 2013 par le Dr J._____ du SMR, selon lequel les certificats des 20 avril 2012 et 22 avril 2013 n'étaient que l'appréciation différente d'une situation similaire et/ou inchangée depuis l'expertise, car il n'y était pas question d'une aggravation ni de faits nouveaux.

Le 4 juillet 2013, la recourante a produit un nouveau certificat de son psychologue d'U._____, non daté, indiquant qu'elle traversait actuellement un épisode dépressif sévère qui correspondait à une péjoration de son état de santé psychique et qu'un nouvel antidépresseur lui avait été prescrit en remplacement de sa médication psychotrope antérieure. La recourante a en outre réitéré sa requête de nouvelle expertise.

Dans son écriture du 6 août 2013, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis du Dr J. _____ du SMR du 19 juillet 2013, selon lequel l'avis du psychologue de la recourante ne faisait pas état d'une péjoration qui serait survenue antérieurement à la décision attaquée.

Le 8 octobre 2013, la recourante a encore déposé un courriel envoyé le 7 octobre 2013 à son avocat par son psychologue d'U. _____, dans lequel celui-ci préconisait une nouvelle évaluation psychiatrique en milieu hospitalier. A cette occasion, E. _____ a en outre indiqué ne pas remettre en question les diagnostics posés par le Dr C. _____ - soit un trouble dysthymique et un trouble somatoforme douloureux chronique -, mais ne pas suivre l'expert dans son évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

Se déterminant le 29 octobre 2013, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il s'est par ailleurs référé à un avis du 22 octobre 2013 du Dr J. _____ du SMR, qu'il a produit, selon lequel aucun élément clinique objectif n'était rapporté, de sorte qu'une aggravation durable de l'état de santé de la recourante n'était pas rendue plausible.

Le 13 février 2014, Me Olivier Carré a déposé, sur requête, la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-

invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Compte tenu des fêtes de Noël (cf. art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), le présent recours a été formé en temps utile. Interjeté auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b).

c) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en

charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine, 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). 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 exprimées, 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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir

compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndrome. Selon la jurisprudence, ces syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 352 consid. 2.2.3). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé - sans évolution possible au plan thérapeutique - résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), et de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée.

En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

5. La recourante se plaint essentiellement du fait que sa problématique psychiatrique n'a pas été bien appréhendée, en formulant divers griefs à l'encontre de l'expertise du Dr C._____.

Selon les Drs K._____ et S._____ (cf. avis du 22 octobre 2007), la recourante souffre d'un syndrome somatoforme douloureux depuis août 2006. La Dresse G._____ a également posé ce diagnostic dans son rapport du 22 janvier 2008, de même que la Dresse I._____ le 8 décembre 2008. Ces médecins étaient également d'avis que la recourante présentait un état dépressif moyen.

C'est dans ce contexte que la recourante a été examinée par le Dr X._____ du SMR. Dans son rapport du 20 mars 2009, ce spécialiste a pour sa part constaté que le seul diagnostic pouvant être retenu au plan psychiatrique – au demeurant sans effet sur la capacité de travail – était celui de dysthymie (F34.1). S'agissant du trouble somatoforme, il l'a exclu, observant en premier lieu que la comorbidité psychiatrique n'était pas retrouvée, un tableau de dysthymie ne pouvant participer d'une comorbidité. Il a ensuite examiné les autres critères dégagés par la jurisprudence pour l'examen de la reconnaissance d'un trouble somatoforme. Dans ce cadre, il a observé ne pas retrouver les critères de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni de l'état psychique cristallisé. Il a en outre estimé que l'échec au traitement ne pouvait être véritablement avancé, et, s'agissant du critère de l'affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission

durable, que l'assurée présentait une incapacité de travail depuis novembre 2006. Dès lors que l'ensemble des critères de sévérité n'était pas retrouvé, il ne pouvait considérer l'aspect incapacitant du tableau algique présenté par l'assurée. Quant au diagnostic de dépression moyenne, il a exposé que l'examen n'avait pas mis en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

A la suite de la production, le 27 janvier 2011, d'un rapport de la Dresse Q. _____ d'U. _____ faisant état d'un épisode dépressif sévère, avec allégation d'une aggravation des symptômes dépressifs et anxieux, le SMR a estimé qu'il convenait de reprendre l'instruction du cas, ce qui a conduit au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction au plan psychiatrique, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 20 juin 2011.

C'est alors que l'assurée a été examinée par le Dr C. _____. Ce médecin l'a reçue en présence d'un interprète, ce dont on peine à comprendre qu'il puisse lui en être fait grief. Il a entendu la recourante, puis celle-ci et son époux. L'expert s'est en outre entretenu téléphoniquement avec le médecin traitant de l'assurée, la Dresse G. _____, de même qu'avec E. _____, psychologue traitant de l'intéressée auprès d'U. _____. Il a par ailleurs procédé à des examens de laboratoire et a relevé que ceux-ci lui avaient permis de constater que le taux sérique de la venlafaxine était très en dessous de la fenêtre thérapeutique, ce qui le conduisait à considérer que la recourante n'avait vraisemblablement pas pris correctement sa médication dans les jours précédant le prélèvement sanguin. L'expert a également examiné le dossier A1 mis à sa disposition.

Dans son rapport du 2 décembre 2011, le Dr C. _____ a exposé l'anamnèse détaillée de la recourante, résumé les antécédents médicaux de celle-ci, décrit la situation actuelle et fait état des plaintes de l'intéressée. Il a ensuite posé deux diagnostics et expliqué de façon détaillée pour quels motifs il les retenait, ainsi que les raisons le

conduisant à considérer que lesdits diagnostics étaient sans effet sur la capacité de travail, en procédant à une appréciation globale et étayée du cas. L'expert a estimé à ce titre que deux diagnostics pouvaient être retenus, toutefois sans effet sur la capacité de travail, savoir celui de trouble dysthymique (F34.5) et celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant du trouble dysthymique, le Dr C. _____ rejoint l'appréciation du Dr X. _____ de mars 2009. Il relève que le trouble dysthymique est une dépression chronique de peu de sévérité, qui dure le plus souvent des années. La recourante rapportant un abaissement de l'humeur chronique, non constant, depuis plusieurs années, des troubles du sommeil avec baisse d'énergie et des troubles attentionnels, le Dr C. _____ est d'avis qu'elle présente un fond dépressif depuis le milieu des années 2000. Pour lui, le rapport du Centre M. _____ du 22 octobre 2007 ne fait état que d'épisodes dépressifs légers. Quant aux signes et symptômes décrits dans le rapport de la Dresse Q. _____ du 27 janvier 2011, ils ne valent que pour un épisode dépressif tout au plus léger.

S'agissant du trouble somatoforme douloureux, le Dr C. _____ rejoint également l'appréciation du Dr X. _____ du SMR. Il pose ce diagnostic, dans la mesure où la recourante rapporte effectivement des douleurs touchant l'ensemble de l'appareil locomoteur, vécues comme intenses, sans aucun argument somatique objectif de nature à expliquer tant l'intensité que la chronicité des plaintes douloureuses. Toutefois, le Dr C. _____ ne retient aucune incapacité de travail en lien avec ce trouble. Il est en effet d'avis, en premier lieu, que la comorbidité psychiatrique est celle d'un simple trouble dysthymique, qui ne consacre dès lors pas une comorbidité importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Quant aux autres critères propres à retenir le caractère incapacitant - ou non - du trouble somatoforme douloureux, l'expert relève que la recourante dit conserver un réseau social consistant, ne pas se sentir isolée et garder de bonnes qualités relationnelles. L'intéressée n'a dès lors pas perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle ne souffre par ailleurs pas d'affection corporelle chronique grave nécessitant un traitement continu. L'expert

admet par contre le processus maladif de longue durée – les troubles durant depuis le milieu des années 2000 –, ainsi que la résistance au traitement selon les règles de l'art, même si l'observance thérapeutique est sujette à caution. Il exclut en revanche que la recourante présente un état psychique cristallisé, celle-ci conservant une certaine plasticité psychique. Dans ces conditions, le Dr C._____ ne retient pas que le trouble somatoforme douloureux de l'assurée serait incapacitant.

Il convient de souligner que le rapport du Dr C._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante : ce spécialiste a en effet procédé à un examen complet du cas, et expliqué de façon pertinente et dénuée de contradiction pour quels motifs il estimait que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail.

Lorsque la recourante a produit, le 17 avril 2012, soit postérieurement à la mise en œuvre de l'expertise, un rapport du Centre M._____ du 10 mai 2011 selon lequel elle avait été hospitalisée dans cet établissement du 29 mars au 1^{er} avril 2011, le Dr C._____ a été invité à compléter son rapport d'expertise, en précisant en particulier si cette information était propre à remettre en cause ses conclusions. Il a alors confirmé celles-ci, le 21 juin 2012, en indiquant à nouveau ne pas pouvoir se rallier à la qualification de « sévère » de l'épisode dépressif.

C'est en vain que la recourante tente de remettre en cause l'évaluation du Dr C._____ en soutenant que seul un examen a eu lieu, dès lors que le nombre d'entretiens nécessaire à une évaluation n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (cf. TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3, I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Au demeurant, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2), si bien que le grief de la recourante selon lequel il faut, pour des expertisés d'un abord difficile, de la patience et consacrer un temps important, tombe également à faux. On voit mal ensuite que la recourante puisse

reprocher au Dr C._____ de ne s'être entretenu qu'à l'occasion d'un « simple échange téléphonique » avec son médecin généraliste et son psychologue au sein d'U._____, l'expert ayant au contraire pris le soin de compléter son examen par de telles démarches. La recourante semble par ailleurs déplorer que l'entretien ait eu lieu avec le concours d'un interprète, ce qui aurait selon elle « ralenti l'instruction du cas ». Or, dans la mesure où l'assurée n'a pas une très bonne maîtrise de la langue française, c'est là encore à juste titre que l'expert s'est adjoint les services d'un interprète pour mener à bien sa mission.

Quant au fait que le Dr C._____ n'aurait pas tenu compte dans son évaluation de l'hospitalisation intervenue du 29 mars au 1^{er} avril 2011, on relèvera que le dossier, tel qu'il était constitué lorsqu'il a été soumis à l'expert pour la première fois, ne faisait pas mention de cette hospitalisation, la recourante n'ayant produit des pièces en rapport avec dite hospitalisation qu'au moment de formuler ses objections au projet de décision du 14 février 2012. On ne saurait dès lors reprocher au Dr C._____ de n'avoir pas tenu compte de cet élément. Quoi qu'il en soit, l'expert en a ensuite été informé, lorsque la recourante a produit les pièces relatives à son hospitalisation, et a alors revu son appréciation du cas en prenant en considération ce séjour hospitalier. Le Dr C._____ a exposé à cet égard, de manière convaincante, ne pas pouvoir se rallier à la qualification d'épisode dépressif sévère retenue par les médecins du Centre M._____, un tel épisode ne pouvant évoluer en quatre jours seulement vers une amélioration progressive et multifactorielle. Il a par ailleurs confirmé son appréciation du cas de la recourante, sans qu'il ne puisse lui être fait grief de ne pas s'être entretenu téléphoniquement avec les médecins du Centre M._____, dont il a examiné les rapports.

La recourante reproche également à l'expert une rédaction posant un « présupposé originel » en faveur d'un trouble somatoforme. Or un tel diagnostic a été posé par plusieurs médecins (ainsi les Drs K._____ et S._____ dans leur rapport du 22 octobre 2007, la Dresse I._____ les 8 décembre 2008 et 13 juillet 2009, ainsi que les Drs F._____ et Z._____ le 23 mars 2010), si bien que c'est

logiquement que l'expert a examiné cette problématique. Du reste, le psychologue traitant ne paraît pas remettre en cause cette appréciation diagnostique (cf. avis d'E. _____ du 7 octobre 2013).

Dans un autre moyen, la recourante se prévaut du fait que ses médecins traitants sont en désaccord avec le rapport du Dr C. _____, alors qu'ils la suivent, pour certains, depuis des années. Or, il est constant que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve, compte tenu du lien privilégié qui les unit à leur patient, de telle sorte qu'il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En dernier lieu, la recourante estime que l'OAI a commis un déni de justice, dans la mesure où il a statué sans attendre qu'elle produise les documents médicaux qu'elle avait annoncés, demandant qu'il soit dès lors tenu compte des pièces produites en procédure de recours. En l'occurrence, le conseil de la recourante a indiqué, le 15 novembre 2012, s'être entretenu avec les thérapeutes de sa cliente auprès d'U. _____ et maintenir l'opposition à l'opinion exprimée par le Dr C. _____, les intervenants d'U. _____ préconisant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Me Carré a effectivement précisé à l'intimé qu'il produirait des pièces dans ce sens. Cela étant, les documents fournis en procédure ne font que confirmer l'opinion émise par les thérapeutes d'U. _____ avant que l'OAI statue. Le psychologue de la recourante renvoie au demeurant le 22 avril 2013 aux conclusions de son certificat du 20 avril 2012. Quant au document - non daté - produit le 4 juillet 2013, il n'atteste pas d'une péjoration qui serait intervenue antérieurement à la décision attaquée. Quoiqu'il en soit, les pièces déposées en procédure ont été prises en considération et examinées, de sorte qu'une éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante, pour autant qu'elle ait été réalisée, a été réparée devant la Cour de céans. Ce moyen est dès lors également mal fondé.

6. Le dossier étant complet et permettant ainsi au Tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaît pas utile, de sorte que la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b/aa) 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 onéreuse ; 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). Cependant, lorsqu'une partie qui a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, les frais judiciaires, ainsi que l'équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

bb) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance

judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

cc) La recourante a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, à compter du 11 janvier 2013 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Cet avocat a produit, le 13 février 2014, le relevé des opérations effectuées pour la période du 11 janvier 2013 au 13 février 2014. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et entre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 8 heures et 30 minutes, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), soit 1'530 francs. Les débours sont fixés à 100 fr., auxquels s'ajoute la TVA à 8 % sur les deux montants précités, par 130 fr. 40. Ainsi, l'indemnité d'office allouée à Me Carré pour son activité s'élève au total à 1'760 fr. 40, TVA et débours compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en prenant en considération les montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le 1^{er} mars 2013.

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de L._____, est arrêtée à 1'760 fr. 40 (mille sept cent soixante francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour L._____),
- 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 :