

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 septembre 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Dépraz, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 53 al. 1 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1952, célibataire sans enfant, a déposé le 24 février 1997 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant des lésions à la colonne cervicale. Dans ce contexte, il est notamment apparu qu'elle était au chômage depuis juillet 1995 et qu'elle avait auparavant travaillé aux Éditions M.\_\_\_\_\_ en qualité de manutentionnaire.

A teneur d'un rapport daté du 18 mars 1996 [recte : 1997], le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère, de polyinsersionite avec nuchalgies et céphalées, de cervicarthrose, de discopathies et de bloc congénital C2-C3. Il a indiqué que l'état de santé s'aggravait et que l'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 1997, étant précisé qu'un essai de réinsertion dans un domaine n'exigeant pas de gros efforts physiques pourrait être tenté.

Interpellé par l'OAI le 26 novembre 1997, le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre, a répondu par télécopie non datée qu'il n'avait plus revu l'assurée à sa consultation depuis octobre 1996 et que les données résultant des entretiens ayant eu lieu en août, septembre et octobre 1996 ne lui permettaient pas de répondre aux questions de l'office.

Aux termes d'un rapport du 10 décembre 1997, le Dr V.\_\_\_\_\_ a exposé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Il a précisé que cette dernière l'avait consulté le 27 octobre 1997, très déprimée, ayant abandonné sa thérapie auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ et suivant mal son traitement médicamenteux, mais que lors de la dernière consultation du 9 décembre 1997, elle semblait disposée à essayer de reprendre une activité exempte d'efforts physiques. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée, qui prenait un anxiodépressif [sic] léger ainsi qu'un

tranquillisant à faible dose le soir, n'était pas prête à retourner chez un psychiatre.

Dans un rapport du 9 octobre 1998, le Dr V.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois fait mention d'un état de santé resté stationnaire. Il a observé que l'évolution depuis mars 1997 ainsi que la situation actuelle ne lui paraissaient pas si mauvaises qu'il fallût renoncer à tout essai de reprise d'activité partielle (50%) chez l'assurée, âgée de 46 ans. Il a relevé à cet égard qu'un travail manuel exigeant peu d'effort physique pourrait être recherché.

Par compte-rendu du 30 juin 1999, le Dr V.\_\_\_\_\_ a signalé que l'état de santé de l'assurée était toujours stationnaire. Il a considéré que mises à part les douleurs cervicales plus ou moins gênantes selon les périodes, la situation générale était relativement bonne et devrait permettre une capacité de travail atteignant initialement au moins 50% dans une activité légère.

Par décision du 21 décembre 1999, confirmant un projet de décision du 30 novembre 1999, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, retenant que cette dernière présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et qu'il en résultait un taux d'invalidité de 37,5% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**B.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 26 juillet 2000, invoquant là encore des lésions à la colonne cervicale.

Dans un rapport du 20 octobre 2000, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'intéressée s'aggravait et que l'incapacité de travail était totale depuis mai 1995. A titre de diagnostics, il a signalé des cervico-brachialgies droites non spécifiques chroniques, une fibromyalgie et un état dépressif. Il a en outre annexé un rapport établi le 22 septembre 2000 par le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de rhumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_), consécutivement à un consilium du 12 septembre 2000. Ce

médecin y entérinait le diagnostic de cervico-brachialgies droites non spécifiques chroniques et expliquait que, du point de vue professionnel, l'atteinte somatique lui semblait trop faible pour mériter une rente AI. Il indiquait en revanche avoir été frappé par une patiente chétive, apathique et un peu déprimée. Il relevait également des signes encore incomplets de fibromyalgie et estimait qu'il serait utile de demander un avis psychiatrique spécialisé quant à un éventuel diagnostic de dépression ou trouble somatoforme douloureux, considérant que c'était ce diagnostic - et non celui de cervico-brachialgies - qui, dans l'état actuel, serait déterminant sous l'angle de l'incapacité de travail et du droit à la rente.

Après avoir rencontré l'assurée à trois reprises dans le courant du mois de novembre 2000, le Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département [...] de psychiatrie [...] (ci-après : le Département psychiatrique P.\_\_\_\_\_), a fait part de ses conclusions dans un rapport du 23 janvier 2001, retenant les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Il a en outre relevé ce qui suit :

"STATUS :

[...] Il n'y a pas de troubles majeurs du cours ni du contenu de la pensée, pas de délire, pas d'hallucination. L'humeur est déprimée, avec présence de symptômes dépressifs [...]. [...]

DISCUSSION :

Au terme de cette évaluation, je conclurai donc que cette patiente présente une dysthymie, à savoir une symptomatologie dépressive présente de manière fluctuante, en tout cas un jour sur deux, certains symptômes, comme les troubles du sommeil, la fatigue, la perte d'appétit, la perte de motivation, semblant plus persistants. Il s'agit là d'un trouble de l'humeur chronique, coriace, résistant aux traitements, et qui peut être compliqué par la survenue d'épisodes dépressifs isolés ou récurrents, persistant plusieurs semaines d'affilée, comme ce fut le cas pour votre patiente en 1997, suite au décès de son père.

Devant la présence d'un certain aplatissement des affects, d'une méfiance dans le contact avec autrui et de l'impression globale d'un certain retrait social, pouvant tous faire partie d'un tableau dépressif, je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. D'autre part, il n'y a pas d'élément parlant en faveur d'un trouble bipolaire ou d'un trouble schizo-affectif.

Les cervico-brachialgies présentées par cette patiente engendrent une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement socioprofessionnel. La symptomatologie dépressive joue vraisemblablement un rôle aggravant dans l'intensité de ses douleurs. En l'absence de toute évidence d'une origine somatique à ses douleurs, je retiendrai le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux chronique.

Dans ce contexte, je pense que les troubles psychiatriques présentés par Mme T. \_\_\_\_\_ limitent sa capacité de travail en tout cas à 50%, et que dès lors une demi-rente AI m'apparaît comme entièrement justifiée.

Du point de vue thérapeutique, la proposition reste limitée : la dysthymie est connue pour être un trouble dépressif particulièrement résistant aux thérapeutiques médicamenteuses, tout comme le trouble somatoforme douloureux persistant. Cette patiente présente une pensée plutôt concrète, peu symbolique, avec peu de capacités élaboratives, dès lors elle ne bénéficierait vraisemblablement pas d'une approche psychothérapeutique à visée de changement. Je vous propose donc de maintenir les entretiens de soutien ponctuels dans une relation de confiance et d'encouragement, associés à la poursuite de la médication actuelle qui d'après la patiente lui convient et l'aide surtout au niveau de l'anxiété."

A teneur d'un rapport d'examen du 9 septembre 2002, le Dr F. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré qu'il n'y avait rien de changé depuis le précédent refus de prestations.

L'OAI a mandaté le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser une expertise sur la personne de l'assurée. Dans son rapport y relatif du 3 juin 2004, co-signé par la psychologue FSP Q. \_\_\_\_\_, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a en particulier exposé ce qui suit :

#### **"4. DIAGNOSTICS**

**Axe I :** Trouble dysthymique F 34.1 (300.4)  
Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques F 45.4 (307.80)

**Axe II :** Trouble de la personnalité non spécifié F 60.9 (301.9) ;  
traits de personnalité abandonniques et dépendants

**Axe III :** Nihil

**Axe IV :** Chômage de longue durée ; décès de la tante en janvier 2004

**Axe V :** EGF actuel de 70 points.

## **5. DISCUSSION**

Mme T. \_\_\_\_\_ est une femme de 53 ans, suisse, célibataire, sans enfant. Sans formation professionnelle reconnue, elle a travaillé comme ouvrière et manutentionnaire à 100% aux Editions M. \_\_\_\_\_ dès août 1992. Suite à deux arrêts maladie de plusieurs semaines en mars et mai 1995, l'assurée est licenciée le 01.06.1995 et n'a plus retravaillé depuis lors. Elle bénéficie d'une incapacité de travail totale depuis mai 1995 (établie en 2000 par son médecin traitant). Des antécédents psychiatriques sont connus depuis 1995.

Le dossier médical comporte six dossiers [recte : rapports] du Dr V. \_\_\_\_\_, médecin traitant, datés de mars 1997 à octobre 2000, un rapport rhumatologique de septembre 2000 et un rapport du Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ de janvier 2001. En mars 1997, le Dr V. \_\_\_\_\_ pose notamment les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère et de polyinsertio[n]ite, motivant une incapacité de travail totale dès le 01.03.1997. En juin 1999, il n'indique plus de diagnostic de nature psychiatrique, réintégrant toutefois de tels diagnostics dans son rapport d'octobre 2000 où il relève la présence d'une fibromyalgie et d'un état dépressif, justifiant une incapacité de travail totale dès mai 1995. Jusqu'en mai 2000, une reprise à 50% lui semble envisageable dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes) mais, dès octobre 2000, cette possibilité de réinsertion n'est plus indiquée. Le rapport rhumatologique de septembre 2000 indique que l'atteinte somatique est trop faible pour justifier une rente AI, soupçonnant toutefois la présence de troubles psychiatriques pouvant altérer la capacité de travail. En janvier 2001, les médecins du Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ posent les diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux persistant, et attestent une incapacité de travail d'au moins 50% justifiant l'octroi d'une demi-rente AI. La juriste de l'OAI relevant un certain nombre de critères de Mosimann dans ce dernier rapport et estimant la comorbidité de dysthymie comme peu sévère, vous émettez des doutes quant à l'incapacité de 50% attestée par le Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_. En ce sens et en raison de l'ancienneté des différents rapports, vous nous confiez cette expertise.

Au moment de son évaluation, l'expertisée bénéficie d'un traitement psychotrope de **DEANXIT** 1 cp/j. depuis 1996-1997, prescrit par son médecin traitant qu'elle consulte environ tous les trois mois. Celui-ci ne la suit pas sur le plan psychologique et aucun suivi psychiatrique n'est signalé.

Les plaintes de l'assurée concernent principalement le registre thymique. Elle indique un sentiment de tristesse fluctuant, sans désespoir, une aboulie relative, un léger retrait social et quelques oublis. Sur le plan anxieux, elle se décrit comme nerveuse, tendue, impatiente et inquiète pour des problèmes mineurs. Des attaques de panique ne sont toutefois pas signalées. Des réveils nocturnes occasionnels et une augmentation de la durée du sommeil sont

relevés, ainsi qu'une fatigabilité et une fatigue accrue parfois dès le réveil. Environ deux mois après des séances de physiothérapie trisannuelles, l'expertisée se plaint de cervicalgies irradiant jusqu'aux omoplates et au bras gauche (chez une droitère). Elle signale également une préoccupation accrue pour les symptômes corporels.

Au status, on remarque une assurée conduite par son compagnon et un ami depuis son domicile à [...] (VD). Elle est soignée dans sa présentation, le visage est normothymique. L'expertisée est orientée aux 4 modes et a bien compris le sens et les objectifs de l'expertise. Des troubles de la mémoire ou de la concentration ne sont pas observés. De légères difficultés au niveau du calcul sont constatées. Absence de signes florides de la lignée psychotique ou de la série maniaque. Absence également de position antalgique. Le discours est cohérent, non digressif, la voix est feutrée, presque chuchotante. Le ton monte une fois durant l'entretien lorsqu'une éventuelle reprise d'activité est abordée. L'expertisée frappe par son attitude très passive, presque résignée. Elle est collaborante et donne une impression d'authenticité. Les capacités d'introspection sont faibles.

L'auto-évaluation [recte : hétéro-évaluation] de la thymie au moyen de l'échelle de Hamilton (21 items) révèle un score de 7,5 points indiquant la présence d'un état dépressif mineur. L'hétéro-évaluation [recte : auto-évaluation] au moyen de l'échelle de Beck à 26 items (modifié) révèle un score de 22 points correspondant à un état dépressif majeur, d'intensité moyenne. La différence entre les scores auto- et hétéro-évaluatifs indique la présence d'une souffrance subjective chez cette assurée.

Des antécédents dépressifs sont connus chez la mère de l'expertisée. Mme T. \_\_\_\_\_ est elle-même connue pour une première décompensation thymique en juin 1995, suite à son dernier licenciement. Pour cette raison, elle consulte un psychiatre installé durant cinq à six mois en 1996, qui lui prescrit un traitement antidépressif interrompu après quelques mois en raison d'effets secondaires gastro-intestinaux, et sans effet subjectif favorable. A cette époque, l'expertisée continue toutefois à chercher un emploi à 50%. En mars 1997, son médecin traitant diagnostique un état anxio-dépressif de degré sévère, aggravé en mai 1997 suite au décès de son père. Cette péjoration est indiquée jusqu'en décembre 1997 par le médecin traitant et dure environ une année aux dires de l'assurée. En octobre 1998, une amélioration partielle est constatée par le généraliste, avec notamment une capacité de travail revenue à 50%. En janvier 2001, les médecins du Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ diagnostiquent une dysthymie. Au moment de l'expertise, en présence d'un état dépressif de gravité mineure nécessitant un traitement antidépressif (DEANXIT) ininterrompu depuis juin 1995, avec une aggravation en 1997 suite au décès du père, notre diagnostic converge vers celui du Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ et nous retenons un trouble dysthymique.

En présence de douleurs importantes au niveau des vertèbres cervicales nécessitant des séances de physiothérapie trois fois par année, sans qu'un substrat organique ne puisse être objectivé dans les rapports du médecin traitant ou du service de rhumatologie du

Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_, le diagnostic d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques est également retenu.

Des traits de personnalité abandonniques, impliquant une crainte perpétuelle de l'abandon lors des relations d'attachement, et dépendants, caractérisés par un besoin excessif d'être prise en charge et une peur de la séparation, s'ajoutent à l'atteinte thymique et somatoforme de l'axe I. Cette comorbidité axe I et axe II a constitué un handicap significatif au sens de l'AI à partir de juin 1995.

Les limitations fonctionnelles découlent surtout des cervicalgies irradiant jusqu'aux omoplates et dans le bras gauche (chez une droitère) ainsi que de la fatigue accrue, empêchant la reprise de l'ancienne activité de manutentionnaire. Une certaine labilité de l'humeur a également un impact limitatif sur le plan professionnel.

Le développement du trouble de la personnalité de l'assurée peut s'interpréter dans un contexte de pertes affectives successives. Sur le plan familial, un premier sentiment de rejet est ressenti dès la petite enfance vis-à-vis de sa mère qui lui préfère son frère handicapé. Lorsque l'expertisée est âgée de 25 ans, sa mère décède, sans qu'elle puisse s'en rapprocher. En 1997, la perte de son père, dont elle était la préférée et dont elle s'est occupé avec dévouement depuis la mort de la mère, constitue une séparation brutale et douloureuse, aggravant l'état thymique. Sur le plan sentimental, les séparations se succèdent, débutant à l'âge de 24 ans lorsque l'expertisée est abandonnée par son premier compagnon qui la quitte pour une autre femme, après une relation de cinq ans. En 1985, après une vie commune de six ans, elle doit se séparer de son deuxième ami, volage et s'investissant peu dans la relation. A noter également un deuil du désir d'enfant à cette époque, l'assurée devant renoncer à en avoir avec cet homme auprès de qui elle s'était pourtant beaucoup investie. En octobre 2001, une troisième relation sentimentale se termine après treize ans, une rupture très douloureuse pour l'assurée qui indique une aggravation de son état thymique à cette époque. Ces nombreuses ruptures qui jonchent la vie de Mme T. \_\_\_\_\_ conduisent peu à peu au développement d'une fixation sur l'abandon et à un trouble relatif de l'attachement. Ce contexte affectif permet d'interpréter sa demande de rente AI comme le besoin d'une certaine compensation de la part de la société pour les nombreuses pertes subies.

La décompensation actuelle remonte au licenciement de l'expertisée en juin 1995. Dans ce contexte, ressentant son renvoi comme une profonde injustice et ne supportant pas cet énième échec dans sa vie, l'assurée présente une première décompensation thymique l'induisant à consulter un psychiatre quelques mois plus tard et à prendre un traitement antidépresseur, sans effet favorable selon ses dires. Son état s'aggrave en mai 1997 lors du décès de son père, une séparation très douloureuse pour cette assurée abandonnique et dépendante, actuellement encore incapable de faire le deuil de son père. L'état dépressif diagnostiqué comme sévère à l'époque par son médecin traitant se résorbe après une année, mais est partiellement maintenu chez une assurée ne possédant pas les capacités d'élaboration intrapsychique qui lui permettraient de surmonter son deuil. Une deuxième péjoration de l'état psychique

est relevée en octobre 2001 suite à la rupture avec son compagnon après treize ans de relation, une séparation également difficile à surmonter pour Mme T.\_\_\_\_\_. A noter que parallèlement à la labilité de l'humeur, des algies présentes depuis 1994 deviennent permanentes au fil des années chez une assurée présentant un refoulement du vécu affectif ressortant sous forme de douleurs invalidantes.

La situation est actuellement favorable dans le cadre d'une nouvelle relation sentimentale débutée vers mars 2004, procurant à l'assurée une stabilité et un repère sur le plan affectif, réduisant la labilité de l'humeur. Ce pronostic positif doit toutefois être relativisé. En effet, tenant compte de l'échec des précédentes relations sentimentales, une séparation éventuelle n'est pas à exclure, ce qui pourrait avoir un impact limitatif très sérieux sur la capacité de travail de l'assurée, avec notamment des somatisations algiques handicapantes.

## **6. DEGRE DE LA CAPACITE DE TRAVAIL**

La capacité de travail attribuée par le médecin traitant depuis 1995 est difficile à reconstituer a posteriori en l'absence d'un rapport psychiatrique datant de cette époque. On peut toutefois raisonnablement estimer qu'à partir de juin 1995, l'assurée se trouve en incapacité de travail à 50% liée à la décompensation thymique faisant suite au licenciement. Dès mars 1997, le médecin traitant décrivant un état dépressif sévère et une nette péjoration étant relatée par l'assurée en mai suite au décès de son père, on peut estimer l'incapacité de travail à 70% jusqu'au début 1998. Il semble par la suite que le tableau s'amende partiellement, pour arriver à un trouble dysthymique diagnostiqué en janvier 2001 par les médecins du Département psychiatrique P.\_\_\_\_\_, qui attestent une incapacité de travail de 50%. Ainsi, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail de 50% est retenue de juin 1995 à début 1997, suivie d'une incapacité de 70% durant l'année 1997, et de nouveau de 50% depuis début 1998 jusqu'à ce jour, tenant compte des limitations algiques et du tableau thymique fluctuant qu'une médication psychotrope sous-dosée n'a pas permis d'amender totalement. Dès le moment de la présente expertise, la capacité de travail psychiatrique peut être estimée à au moins 70% dans une activité adaptée, dans le contexte favorable d'une nouvelle relation affective et à condition qu'une médication plus adéquate soit administrée, comme décrite ci-dessous.

Une activité adaptée serait de type industriel, répétitive et sans port de charges lourdes, ce qui exclut le précédent travail de manutentionnaire. L'assurée n'est pas motivée pour un stage d'évaluation de type [...] ou pour toute autre mesure réhabilitative de l'AI, et désire chercher un emploi par ses propres moyens. A noter toutefois que de telles mesures d'évaluation seraient utiles, permettant d'estimer son handicap et de faciliter sa réinsertion dans le monde professionnel.

## **7. PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES**

Sur le plan médicamenteux, le remplacement du traitement actuel de DEANXIT 1 cp/j. par un antidépresseur de type SSRI (tel que le

**ZOLOFT**, par exemple) est vivement préconisé, afin d'obtenir une meilleure stabilisation de l'humeur et la disparition des effets secondaires actuels tels que la sécheresse buccale et les troubles gastro-intestinaux. Un suivi sur le plan psychologique serait également recommandé mais pas exigible de la part de cette expertisée aux faibles capacités d'introspection et n'ayant pas de motivation pour une telle démarche.

## **8. CRITERES DE MOSIMANN**

1. Un trouble de la personnalité prémorbide est clairement relevé, s'étant développé depuis l'enfance de l'assurée et sous-tendant sa décompensation actuelle. Les traits de personnalité abandonnique, dépendante et psychosomatique sont actuellement associés à une pathologie thymique et somatoforme (voir chapitre 4).

2. L'expertisée ne bénéficie d'aucun suivi sur le plan psychiatrique et n'a pas de demande en ce sens. Toutefois, un suivi psychiatrique a été tenté par le passé (1996), sans succès, ce qui peut expliquer le manque de motivation actuel concernant une telle prise en charge. De plus, bien que sous-dosée, une médication antidépressive est administrée depuis 1995 par le médecin traitant et l'assurée y semble compliant. A noter également un essai de traitement médicamenteux adéquat en 1996, sans effet favorable selon l'intéressée. Concernant l'absence de demande de suivi psychologique, une telle prise en charge est difficilement exigible chez une personnalité psychosomatique avec de faibles capacités d'introspection.

3. Un manque de motivation pour une démarche réhabilitative existe chez Mme T.\_\_\_\_\_, notamment le refus de s'éloigner de sa ville de domicile pour trouver du travail. Il peut néanmoins être liée en partie à son état clinique actuel. En effet, il se peut que l'administration d'un traitement antidépressif à dosage efficace lui permette de regagner un élan vital suffisant et une motivation pour un processus de réhabilitation.

4. Le fonctionnement psychosocial est globalement préservé, raison pour laquelle une activité adaptée peut être exigée à 70% dès maintenant, à condition qu'une médication appropriée soit administrée.

En résumé, on relève un certain nombre de critères de Mosimann tels qu'un manque de motivation réel pour toute démarche réhabilitative, l'absence de suivi psychiatrique et un fonctionnement psychosocial globalement préservé. Toutefois, ces facteurs extra-médicaux doivent être relativisés, notamment en raison de la présence d'un trouble de la personnalité prémorbide qui sous-tend la décompensation psychique depuis 1995 et rendait l'expertisée incapable de travailler à plus de 50%."

Dans un avis médical du 11 août 2004, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise psychiatrique du Dr Z.\_\_\_\_\_ confirmait le diagnostic du Département psychiatrique P.\_\_\_\_\_, qu'il n'y avait en outre pas de trouble de la personnalité important et que la capacité de

travail, qui avait atteint 50% de 1995 à 2004, s'élevait à 70% depuis juin 2004.

Par décision du 20 décembre 2004, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 36% pour une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et, suite à l'amélioration de l'état de santé survenue au mois de juin 2004, compte tenu d'un taux d'invalidité de 8,27% pour une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

L'assurée a fait opposition à cette décision le 10 janvier 2005.

En date du 17 mars 2005, le Dr K.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, a écrit à l'office que la situation favorable mentionnée dans l'expertise psychiatrique en lien avec l'engagement de l'assurée dans une nouvelle relation sentimentale n'avait en fait duré que quelques semaines, une séparation étant survenue très rapidement. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a également précisé qu'un contrôle soigneux des examens de laboratoires pratiqués par le précédent médecin traitant lui avait fait soupçonner une consommation abusive d'alcool depuis 1997 et que cet éthyliisme chronique - avoué par la patiente - lui semblait être un signe de profond mal-être.

Dans un avis médical du 13 septembre 2005, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu qu'aucune incapacité de travail significative ne pouvait être retenue eu égard à l'absence de nombre de critères dits de Mosimann.

Par décision sur opposition du 10 octobre 2005, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 20 décembre 2004, retenant notamment ce qui suit :

"Du point de vue somatique tout d'abord, il ressort d'un rapport du service de rhumatologie du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ que vous ne présentez aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer votre capacité de travail ; une éventuelle incapacité de travail ne pourrait donc être justifiée que par une atteinte à la santé psychiatrique.

Sur ce plan, le diagnostic principal retenu tant par l'expert Z. \_\_\_\_\_ que par les psychiatres du Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ est un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, ou trouble somatoforme douloureux.

Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères.

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 malade 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), 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 (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance.

Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues,

l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet consid. 1.2 destiné à la publication de l'arrêt J. du 16 décembre 2004, I 770/03).

En l'espèce, vous ne présentez pas de comorbidité psychiatrique durable et importante. Les seuls diagnostics psychiatriques retenus par l'expert en dehors du trouble somatoforme douloureux sont un trouble dysthymique et un trouble de la personnalité non spécifié avec des traits de personnalité abandonniques et dépendants. Or selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, en présence de troubles somatoformes douloureux persistants, les états dépressifs constituent souvent des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 ; ATFA du 19.11.2004, I 812/03). Quant au trouble de la personnalité, il n'est pas décompensé et ne vous a pas empêché de travailler jusqu'alors ; il ne justifie donc pas d'incapacité de travail.

S'agissant des autres critères posés par la jurisprudence, les renseignements fournis par l'expert se recoupent avec ceux du Département psychiatrique P.\_\_\_\_\_. Nous constatons ainsi qu'il n'y a pas d'affection corporelle chronique, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (l'expert parle d'un fonctionnement psychosocial globalement préservé). D'autre part, en l'absence de suivi psychothérapeutique, il n'est pas possible de parler de l'échec de traitements lege artis (l'expert relève en outre un dosage inapproprié du traitement antidépresseur) ni d'un état psychique cristallisé.

Compte tenu des éléments relevés ci-dessus, le trouble somatoforme douloureux dont vous souffrez ne peut être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence, et votre capacité de travail est donc totale du point de vue psychiatrique.

Il convient de préciser qu'il n'appartient pas à l'expert mais à l'administration (puis au juge) de se déterminer sur l'aspect invalidant d'un trouble somatoforme douloureux en se basant sur les critères développés par la jurisprudence (ATFA du 18.10.02, I 141/02).

Nous relevons encore qu'au vu de ce qui précède, le fait que la situation favorable mentionnée dans l'expertise n'ait pas duré importe peu.

Comme relevé plus haut, votre médecin[...]traitant évoque également une possible dépendance à l'alcool. Celle-ci n'est toutefois en tant que telle pas considérée comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al. Conformément à la jurisprudence, la dépendance entre en ligne de compte uniquement lorsqu'elle est

à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale diminuant la capacité de gain, ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant un caractère de maladie.

Dans le cas présent, en l'absence d'atteinte à la santé diminuant votre capacité de travail et de gain au plan somatique comme au plan psychiatrique, une éventuelle dépendance ne pourrait être considérée comme invalidante au sens de l'Al. En revanche, notre service médical relève qu'une abstinence ne pourrait qu'avoir un effet positif sur votre thymie.

En conclusion, vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante, au plan somatique comme au plan psychiatrique ; les éléments médicaux au dossier sont d'autre part suffisamment complets pour nous permettre de statuer en toute connaissance de cause.

Les arguments que vous faites valoir dans votre opposition ne peuvent dès lors être suivis, et la décision querellée du 20 décembre 2004 doit être confirmée."

**C.** Le 24 juillet 2009, l'assurée a rempli un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations, invoquant des douleurs généralisées.

Par correspondance du 28 juillet 2009, l'OAI a imparti à l'assurée un délai pour produire à ses frais un rapport médical rendant plausible la modification de son état de santé.

Par projet de décision du 10 septembre 2009, l'office a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, faute pour l'intéressée d'avoir rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

L'assurée a formé opposition à ce projet le 28 septembre 2009, sur papier à en-tête du Centre médical L.\_\_\_\_\_. Elle a notamment fait valoir que son état de santé s'était péjoré gravement et qu'elle souffrait d'une maladie de longue durée qu'elle entendait prouver par des moyens appropriés sous réserve de la mise en œuvre d'une expertise par l'administration.

Le 22 décembre 2009, constatant que l'assurée n'amenait aucun élément nouveau pouvant modifier sa position, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet du 10 septembre précédent.

Par écrit du 12 février 2010, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle persistait à contester la décision de refus de rente et qu'un examen à titre d'expertise allait être réalisé prochainement, expertise qui serait transmise dès réception. Répondant le 22 juin 2010, l'office a informé l'intéressée qu'il avait renoncé à transmettre la correspondance du 12 février 2010 à l'instance judiciaire compétente du fait qu'elle était hors délai.

**D.** Aux termes d'une correspondance du 26 novembre 2010 à l'attention de l'OAI, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a allégué souffrir d'une atteinte d'ordre psychiatrique mise en évidence récemment et ne correspondant pas aux affections psychiques retenues lors de la dernière décision. Elle a dès lors sollicité la révision de son dossier au motif d'une péjoration de son état de santé. Figuraient en annexe à ce courrier :

- un rapport du 9 juin 2010 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au Centre médical L.\_\_\_\_\_, par le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, exposant notamment ce qui suit :

"Nous vous remercions de nous avoir adressé pour consilium la patiente susnommée, que nous avons vue à notre consultation en date des 22 mars, 26 avril et 10 mai 2010.

Problème actuel :

Vous demandez une évaluation psychiatrique et des propositions thérapeutiques pour une patiente présentant des hallucinations auditives sous forme de voix. La patiente décrit leur apparition autour du mois de juillet 2009. Cela aurait commencé un jour en fin de journée où la patiente a entendu des conversations embrouillées. Elle a cependant réussi à comprendre que ces voix lui disaient qu'elle était atteinte d'une maladie, comme un cancer. Puis les conversations se sont développées pour devenir à répétition au cours de la journée sous la forme de conversations entre des gens connus. Ces voix disaient du mal et du bien d'elle. Elle avait aussi

l'impression d'être entre la réalité et la fiction. La patiente a aussi vécu une période pendant laquelle elle a pensé être surveillée par ses voisins. Actuellement, cette impression est passée mais la patiente reste très anxieuse. La patiente dit qu'elle a également pu avoir un discours désorganisé et vivre l'impression de posséder un certain magnétisme. Par exemple, elle peut avoir un effet à distance sur la facture de la couturière ou bien en y pensant très fort, elle a pu faire tomber la tique d'un chien. Aujourd'hui, Mme T. \_\_\_\_\_ peut critiquer ces événements.

[...]

#### Antécédents psychiatriques :

Vers l'âge de 18-20 ans, la patiente a vécu une période pendant laquelle elle pouvait avoir l'impression que les gens qu'elle croisait dans la rue et qu'elle connaissait la critiquaient lorsqu'elle était de retour chez elle. Cela durait 1 ou 2 jours puis s'arrêtait spontanément. Cela pouvait revenir 6 mois après. Il y a trois ans, elle a également entendu la voix de la gérante de chez [...]. Cette voix la critiquait toute la journée alors qu'elle n'y passait que 10 minutes le matin pour boire le café. Cet épisode a duré 2 à 3 jours.

[...]

#### Diagnostics (DSM-IV) :

- Schizophrénie paranoïde.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

#### Discussion :

Le tableau clinique actuel correspond à une schizophrénie paranoïde en raison de la présence d'hallucinations auditives commentant de manière quasi permanente le comportement ou les pensées de la patiente. Celles-ci durent depuis environ une année. Relevons également que la patiente vit de manière très isolée et en retrait. Nous retenons également la présence de plusieurs épisodes dépressifs dont un actuellement en cours d'intensité moyenne. Nous avons écarté les diagnostics différentiels d'un trouble schizo-affectif de type dépressif unipolaire en raison de la survenue seulement de 3 épisodes dépressifs caractéristiques alors que le trouble psychotique semble avoir débuté au début de l'âge adulte. Nous écartons également un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques puisque ces symptômes psychotiques sont présents en dehors du tout épisode thymique.

Nous nous sommes interrogés sur la recrudescence de la persistance de ces hallucinations depuis un mois. Après contact avec vous, il semble qu'il n'y ait pas d'étiologie somatique à celles-ci. Cependant, nous avons convenu qu'une IRM serait utile dans cette situation pourrait écarter un processus expansif intracérébral. Une origine médicamenteuse semble également pouvoir raisonnablement être exclue. Seul le Meto-Zerok pourrait provoquer des symptômes psychotiques, mais la modification du dosage a eu

lieu en septembre 2008, bien avant l'apparition des symptômes rapportés par la patiente.

Mme T. \_\_\_\_\_ bénéficie actuellement d'un traitement antipsychotique à base de Rispéridone dont elle ne peut augmenter les doses au-delà de 1 à 2 mg par jour en raison d'une constipation. L'effet de la Rispéridone reste donc sous optimal. Une alternative à ce traitement pourrait être la quétiapine. En effet, elle devrait avoir un bon effet sur les symptômes psychotiques, mais également sur les symptômes thymiques. Ainsi, nous pouvons vous suggérer de remplacer la Rispéridone par de la quétiapine 2 x 50 mg en augmentation après deux jours à 100 mg 2 x par jour, elle pourra ensuite être augmentée selon l'effet obtenu.

Au plan professionnel, il apparaît que Mme T. \_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis près de 15 ans. Elle souffre d'une pathologie psychiatrique envahissante limitant ses capacités cognitives ainsi que sa concentration. Au vu de la situation actuelle, nous ne pensons pas que Mme T. \_\_\_\_\_ puisse réintégrer le marché du travail."

- un rapport du 13 octobre 2010 du Dr G. \_\_\_\_\_ à l'attention du conseil de l'assurée, dont on extrait ce qui suit :

"J'ai bien reçu votre lettre et y réponds comme suit :

*Description de l'état de santé [s]omatique et psychique de l'assurée depuis votre suivi et depuis le mois de novembre 2005 :*

La patiente entend des voix, elle est manifestement anxieuse et déprimée, nous avons le sentiment d'une légère atteinte cognitive associée. Elle est bien stabilisée par un traitement simple. Elle est totalement incapable de travailler à mes yeux.

*Nomination du diagnostic, description d'une éventuelle aggravation de son état de santé et depuis quand :*

Diagnostic : sch[i]zophrénie paranoïde, troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, retard mental léger.

*Description des limitations fonctionnelles :*

Les troubles sont avant tout psychologiques, elle est incapable de comprendre et d'exécuter un ordre complexe, de maintenir une attention soutenue pour opérer dans le cadre du milieu économique actuel, fatigabilité augmentée, émotivité incontrôlable.

*Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles :*

Zéro %

*Taux de rendement attendu (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes les limitation fonctionnelle :*

Zéro %

*Degré de capacité de travail (taux de présence et taux de rendement) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles :*

Zéro%

*Quelles activités et quel type de travail sont-ils possibles et dans quelle mesure :*

Impossible à réaliser au vu des diagnostics mentionnés ci-dessus, sauf en atelier protégé et encore la présence de personnes handicapées pourrait agir de manière péjorative sur le psychisme de la patiente.

*Quel est le pronostic vraisemblable attendu (gravité des troubles, risque de chronicisation des troubles) :*

Il s'agit d'une affection à long terme

*Quels sont les traitements prescrits et leurs résultats ? [Y] a-t-il des traitements envisageables qui n'ont pas encore été prescrits pouvant améliorer la capacité de travail ?*

Salofalk, Ponstan, bafalgan, Zanidip, Risperdal, Lexotanil

*Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables afin de conserver ou de rétablir une pleine capacité de travail ?*

A notre avis, non."

Le 17 décembre 2010, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une pathologie psychiatrique envahissante et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 novembre 2011, cette dernière a en particulier retenu ce qui suit :

## **"DIAGNOSTICS**

### **DIAGNOSTIC(S) AYANT DES REPERCUSSIONS SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- **PSYCHOSE D'ALLURE SCHIZOPHRENIQUE F20.9**

### **DIAGNOSTIC(S) SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE Z71.1**

## **APPRÉCIATION DU CAS**

Il s'agit d'une assurée âgé[e] de 59 ans qui a suivi les neuf ans de scolarité obligatoire, sans acquérir de formation professionnelle. Son parcours a lieu essentiellement comme ouvrière non qualifiée auprès de plusieurs entreprises, dans lesquelles elle reste au plus

entre cinq et sept ans. Le parcours est interrompu en 1995 avec un épisode de chômage suite auquel l'intéressée ne retrouvera pas de travail.

La demande actuelle à l'AI fait suite à trois refus de prestations.

Sur le plan familial, l'anamnèse est lourde puisque le frère de l'expertisée porte un diagnostic de schizophrénie, la mère a souffert de symptômes en tout cas dépressifs sévères voire possiblement psychotiques, une tante paternelle est décédée alors qu'elle était schizophrène et une cousine paternelle souffre d'une symptomatologie dépressive récurrente.

Sur le plan personnel, l'expertisée retrace une enfance durant laquelle elle s'est sentie mise de côté par les autres élèves de sa classe ; son existence est caractérisée par un cumul de symptômes négatifs survenant à chaque rupture d'étayage (décès de sa mère, de son père et séparation de son ami). En résultent des troubles du sommeil et de l'appétit, des pleurs, un retrait social progressif et des ruminations. Ce n'est qu'en 2007, à l'occasion de mesures de reprise d'emploi, que des hallucinations, d'abord auditives puis aussi visuelles, permettent de poser le diagnostic de psychose avec mise en place d'un traitement neuroleptique (Risperdal®) sous lequel l'évolution est favorable.

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée orientée et collaborante, qui est consciente de son atteinte psychotique à la santé et qui se montre rassurée lorsqu'elle a le sentiment d'être comprise. Bien que les éléments hallucinatoires décrits aient cédé sous le traitement neuroleptique, les symptômes négatifs d'une psychose sont toujours présents. Ces derniers peuvent soit correspondre aux symptômes négatifs résiduels de cette psychose, soit vers une dépression post-psychotique.

En conséquence, l'expertisée souffre d'une atteinte psychotique à la santé qui s'exprime en permanence au moyen de signes négatifs. Lors des décompensations apparaissent des signes hallucinatoires. Ce tableau est en premier lieu évocateur d'une schizophrénie. Cette atteinte psychiatrique à la santé justifie médicalement une incapacité de travail totale, en tout cas depuis la survenue des premiers symptômes hallucinatoires suite à l'exercice du poste en réinsertion organisé par l'assurance[-]chômage en 2007.

Quant aux propositions thérapeutiques, même si des atteintes notamment métaboliques (par exemple intolérance au gluten) ne peuvent être exclues, il y a lieu d'aborder les symptômes somatiques avec la prudence imposée par l'atteinte psychiatrique : en effet, l'expertisée peut exprimer par son corps la souffrance liée à sa psychose.

Quant aux propositions thérapeutiques concernant l'atteinte psychiatrique à la santé, la prescription d'un traitement neuroleptique atypique est actuellement indispensable. Au cas où les plaintes digestives, le sentiment vertigineux et les ruminations vespérales ne seraient plus supportables, une autre molécule pourrait être tentée, par exemple du Seroquel® ou du Zyprexa® à prescrire le soir à des doses prudemment croissantes. Une certaine

resocialisation pourrait être tentée par l'intermédiaire d'une institution comme le [...] ou une activité en atelier protégé à temps partiel ; dans la mesure du possible, une prise en charge psychiatrique spécialisée pourrait consolider le travail du médecin traitant. Toutefois, aucune de ces propositions n'a de caractère coercitif et il n'y a pas lieu de les conditionner à l'octroi de prestations Al.

Face à ce tableau, contact téléphonique a été pris avec le médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_ qui, dans une aimable collaboration, a pris note des propositions thérapeutiques. Il s'accorde au diagnostic ainsi qu'à l'incapacité de travail totale de sa patiente en raison de l'atteinte psychiatrique à la santé.

**Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés :**

- Rapport médical du 09.10.1998 signé par le Dr V.\_\_\_\_\_. Un état anxio-dépressif y est relevé. Il n'est pas du tout rare que les symptômes négatifs d'une psychose soient d'abord pris pour des signes dépressifs. La suite de l'évolution confirmera qu'il s'agit bien d'une psychose.
- Consilium signé le 23.01.2001 par le Dr C.\_\_\_\_\_ : diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux persistant. Dans ce rapport de psychiatre, il est à relever que les signes négatifs spécifiques d'une psychose (repli social, perplexité, apragmatisme, troubles de la logique) n'ont pas été recensés. L'expertisée avait déjà, à l'époque de ce consilium, eu un épisode d'hallucinations auditives dont il n'est pas fait mention dans ce document.
- Rapport d'expertise signé le 03.06.2004 par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Des diagnostics de trouble dysthymique et de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques y sont mentionnés. Etant donné que les diagnostics sont proches de ceux posés par le Dr C.\_\_\_\_\_ et que les signes de psychose n'ont pas été recherchés, les mêmes positionnements que ci-dessus sont émis.
- Le rapport de consilium signé le 9 juin 2010 par le Dr O.\_\_\_\_\_ mentionne des diagnostics de schizophrénie paranoïde et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'examen de ce jour appuie la forte probabilité d'une schizophrénie ; les signes attribués au trouble dépressif peuvent également correspondre à des symptômes négatifs d'une psychose ou à une dépression post-psychotique. Le traitement prescrit est adapté à ces diagnostics et l'incapacité de travail totale consensuelle ; dans ce type d'atteinte, il n'y a pas à prescrire de traitement antidépresseur.
- Quant au rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2010 : les diagnostics du Dr O.\_\_\_\_\_ ont été repris avec ajout d'un retard mental léger. Etant donné le diagnostic de psychose et l'évolution de celle-ci qui, inéluctablement, conduit à une certaine détérioration cognitive, l'expert ne se

positionne pas quant à un éventuel déficit intellectuel qui nécessiterait l'élaboration de tests QI spécifiques.

**QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 19 JUILLET 2011 :**

**A. QUESTIONS CLINIQUES**

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

**B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL**

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

***Sur le plan physique***

L'expert n'a pas de notion de limitation médicale.

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

Atteinte psychotique à la santé caractérisée par des difficultés de contact avec autrui, des angoisses déstructurantes, une interprétativité pouvant être délirante, des hallucinations auditives et visuelles ainsi que la présence de symptômes négatifs d'une psychose.

***Sur le plan social***

Pas de limitation.

**2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

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

Même dans une activité non qualifiée, les symptômes de la psychose ont, chez cette assurée, un caractère suffisamment envahissant pour que cette femme ne puisse pas s'adonner à une activité professionnelle lucrative.

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

Aucune dans le circuit professionnel actif.

Même dans une activité protégée, l'assurée ne pourrait participer qu'à temps partiel.

***2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?***

Non.

***2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?***

Il n'y a plus de rendement exigible.

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

Etant donné la survenance de phénomènes hallucinatoires décrits en tout cas depuis février 2007, cette date peut être retenue comme correspondant au début de l'atteinte incapacitante à la santé.

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

Depuis en tout cas février 2007, il n'a plus eu d'exigibilité professionnelle en raison de son atteinte psychiatrique à la santé.

**3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Nullement.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Non ; l'assurée n'a pas la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social ni de mobiliser les ressources existantes en raison de son atteinte psychotique à la santé.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non ; le dernier poste occupé date de 1995.

**2.1 Si oui, par quelles mesures ?**

Sans objet.

**2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Sans objet.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

Non.

**3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Sans objet.

**3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?**

Nullement.

### **3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

Il n'y a plus de rendement exigible.

### **3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Symptômes psychotiques et hallucinatoires chez une assurée qui parvient à peine à fonctionner dans son quotidien d'une manière autonome.

## **D. REMARQUES**

Étant donné que les premiers signes d'atteinte à la santé se sont présentés sous forme de symptômes négatifs, il n'est pas exclu que depuis la fin de l'activité professionnelle en 1995, l'expertisée n'ait pas pu reprendre de travail en raison de sa maladie psychiatrique."

Par avis médical du 28 novembre 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, a conclu à une capacité de travail nulle depuis février 2007, retenant en outre des limitations fonctionnelles consistant en des angoisses déstructurantes, une interprétativité pouvant être délirante, ainsi que des hallucinations auditives et visuelles.

D'un avis juriste de l'OAI du 10 avril 2012, il résulte notamment ce qui suit :

"Dans la mesure où la précédente demande de l'assurée s'est soldée par une décision de non entrée en matière, cette décision ne touchant pas la question sur le fond, il n'est dès lors pas question d'une reconsidération dans le cas d'espèce. L'IT de 100% datant de février 2007, nous sommes ici face à une « simple » aggravation de l'état de santé depuis notre décision de refus (la 2<sup>ème</sup>) du 10.10.2005.

Par conséquent, nous pouvons prendre en compte la LM depuis le mois de février 2007, avec versement de la rente entière 6 mois après le dépôt de la demande."

En date du 24 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011. L'office a en particulier relevé qu'en raison de son atteinte à la santé, l'intéressée présentait une entière incapacité de travail et de gain depuis le 1<sup>er</sup> février 2007 (date marquant le début du délai d'attente d'un an). Cela étant, le droit à une rente entière d'invalidité était ouvert

dès le 1<sup>er</sup> février 2008. Toutefois, la demande de prestations déposée le 26 novembre 2010 étant tardive, les prestations ne pouvaient être versées qu'à compter du 1<sup>er</sup> mai 2011, soit six mois après le dépôt de la demande conformément à la législation applicable.

L'assurée a fait part de ses objections par acte du 22 mai 2012, sous la plume de son conseil. Observant que la décision de refus d'entrer en matière du 22 décembre 2009 ne constituait pas une décision au sens matériel, l'intéressée a fait valoir que, sous l'angle de la reconsidération, il y avait lieu de se référer à la précédente décision reposant sur un examen matériel du droit aux prestations, soit celle du 10 octobre 2005, laquelle ne pouvait toutefois être considérée comme manifestation erronée au vu des pièces médicales recueillies au cours de l'instruction. En revanche, l'assurée a estimé que l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ apportait un éclairage nouveau sur la véritable nature du trouble psychique dont elle était atteinte, de même que sur le début de son invalidité. En effet, les précédents médecins consultés avaient essentiellement souligné des signes dépressifs sans rechercher ceux d'une psychose, tandis que la Dresse D.\_\_\_\_\_ avait a posteriori conclu à un trouble psychotique. Cette experte avait en outre relevé qu'il fallait appréhender les symptômes somatiques avec prudence car ils pouvaient être une manifestation de la psychose et que, dans ce type d'atteinte, il n'était pas pertinent de prescrire un traitement antidépresseur. L'assurée en a déduit qu'elle n'avait jamais présenté de trouble somatoforme douloureux et qu'elle avait reçu un traitement médicamenteux inadéquat. Cela étant, elle a estimé qu'il y avait lieu de voir dans l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ - dont la valeur probante n'était pas contestée par le SMR - un nouveau moyen de preuve établissant un fait nouveau quant à sa véritable atteinte à la santé, laquelle avait entraîné une incapacité de travail totale au moins depuis février 2007 et vraisemblablement dès le licenciement intervenu en juin 1995. L'assurée a ainsi considéré que les conditions d'une révision procédurale étaient réalisées et qu'elle pouvait par conséquent prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000 mais au plus tôt cinq ans avant la décision du 10 octobre 2005, soit dès le 1<sup>er</sup> octobre 2000.

Aux termes d'un avis établi le 5 septembre 2012 par un juriste de l'OAI, il était observé que l'expertise du 3 novembre 2011 avait révélé l'existence d'une maladie psychiatrique dont les premiers signes existaient avant 2007, éventuellement dès 1995, qu'il s'agissait là de faits nouveaux mais que, pour justifier une révision procédurale, encore fallait-il que ces faits nouveaux soient importants en ce sens qu'ils auraient conduit l'office à statuer autrement s'il en avait eu connaissance à l'époque de la décision sur opposition du 10 octobre 2005, dernière décision portant sur le fond. Aussi y avait-il lieu de déterminer depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail durable d'au moins 40% en lien avec sa maladie psychiatrique. Cet avis mentionnait en outre les points suivants :

"En l'occurrence, l'expertise mentionnée dans la lettre du 12.02.2010 a eu lieu dans le courant du printemps 2010. Elle a été transmise au médecin[...]traitant fin juin (nous ignorons quand l'assurée en a eu copie).

[...]

Il est possible que le délai de 90 jours entre la prise de connaissance de l'expertise par l'assurée (son représentant) et le dépôt de la demande de révision le 26.11.2010 soit respecté... (à creuser si nécessaire par la suite, en demandant par exemple au médecin[...]traitant copie de ses échanges de courriers avec l'assurée-son représentant)."

Par avis médical du 27 septembre 2012, les Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, du SMR, ont exposé ce qui suit :

"Assurée de 60 ans dont la problématique a été exposée de manière exhaustive dans l'avis SMR du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28.11.2011. A la suite d'une expertise psychiatrique, l'incapacité de travail totale avait été reconnue depuis février 2007 en raison d'une psychose d'allure schizophrénique, (Dr D.\_\_\_\_\_, expertise de novembre 2011) en parfait accord avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde porté par les Drs G.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ (psychiatres au Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_) [sic].

Le conseil de l'assurée (PROCAP) estime que le point de départ de l'incapacité de travail totale est bien antérieur. De ce fait, trois questions sont posées au SMR que nous rappelons et auxquelles nous tenterons de répondre.

**1. Au vu des pièces du dossier, merci de préciser à partir de quelle époque l'assurée présente, en raison de sa maladie, (schizophrénie) une incapacité de travail de 40% au moins ?**

Nous avons revu l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_. Rappelons que l'anamnèse pour une schizophrénie est lourde avec un frère schizophrène, une mère dépressive sévère, voire possiblement psychotique, une tante paternelle schizophrène, une cousine paternelle avec une symptomatologie dépressive récurrente. Dans son positionnement face aux rapports médicaux adressés en page 7/9, il est signalé un anxiodépressif relevé par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19.10.1998 [recte : 09.10.1998]. Le Dr D.\_\_\_\_\_ rappelle : « *il n'est pas du tout rare que les symptômes négatifs d'une psychose soient d'abord pris pour des signes dépressifs. La suite de l'évolution confirmera qu'il s'agit bien d'une psychose* ». Dans la critique émise par rapport au consilium signé le 23.01.2001 par le Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ relève que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas listé les signes négatifs spécifiques d'une psychose (repli social, perplexité, apragmatisme, trouble de la logique). Cependant, un épisode d'hallucinations auditives était déjà connu, non mentionné dans le document.

**Rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 23.01.2001 :** nous relevons que la patiente est au chômage depuis 1995 et qu'en 2001, le discours est décrit comme pauvre, manifestation ralenti, avec des contenus pauvres. Les affects sont dits modulés, aplatis. Ces symptômes ont évoqué pour le Dr C.\_\_\_\_\_ des symptômes négatifs, comme en témoigne dans le 2<sup>ème</sup> paragraphe de sa dernière page cette phrase : *je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr*. L'assurée étant en incapacité de travail à cette date, et le diagnostic différentiel étant évoqué, dans la mesure où il sera confirmé par la suite en 2007, on peut bien penser que déjà en 2001 les symptômes négatifs, s'exprimant sous la forme d'une dépression, ne permettaient pas à l'assurée de s'assumer. Nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001. Il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse familiale et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail ait été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir.

**2. A-t-on suffisamment d'éléments au dossier pour soutenir que, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte à la santé de notre assurée ne lui occasionnait pas une incapacité de travail de 40% au moins en octobre 2005 (respectivement en octobre 2004, début de l'année d'attente) ?**

La revue du dossier nous conduit à penser qu'au contraire, en 2001, elle présentait une incapacité de travail d'au moins 40%.

**3. Au vu des remarques finales de l'expertise (incapacité de travail non exclue dès 1995) devrions-nous, à votre avis, compléter l'instruction sur cette question et si oui, comment réinterroger l'expert ? Si non, pour quelles raisons ? Merci de motiver votre réponse.**

Il ne nous paraît pas possible de nous prononcer sur la période entre 1995 et 2001. Il est vraisemblable que les événements de vie ont pu

progressivement décompenser une structure psychotique qui pendant assez longtemps a pu fonctionner. Cet effritement progressif avait été suspecté par le Dr C.\_\_\_\_\_. A notre avis, aucune instruction n'est actuellement nécessaire, l'incapacité de travail étant reconnue et l'éventualité d'une atteinte cognitive affirmée par les médecins traitants, nécessitant selon l'expert D.\_\_\_\_\_ un examen neuropsychologique pour être affirmé, ne change rien en fin de compte à l'évaluation de la capacité de travail. Enfin, l'expert ayant à disposition un aperçu des seuls symptômes actuels, ne pourra plus nous renseigner sur une symptomatologie ancienne au sujet de laquelle nous nous sommes étendus supra."

Le 13 février 2013, l'OAI a écrit ce qui suit à l'assurée :

"Le 24.04.2012, nous avons fait parvenir à notre assurée précitée un projet d'acceptation de rente reconnaissant le droit à une rente entière à partir du 01.05.2011 (six mois après le dépôt de la demande du 26.11.2010) avec début de l'incapacité de travail fixé en février 2007.

Dans une précédente décision sur opposition (10.10.2005), entrée en force, nous avons nié le droit à la rente au motif que notre assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante (trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique; dysthymie et trouble de la personnalité non décompensé).

Quant à la décision du 22.12.2009, elle refuse d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 27.07.2009.

En date du 26.11.2010, vous avez requis la révision du droit en invoquant une péjoration de l'état de santé apparue postérieurement à la décision de 2005. L'existence d'une grave péjoration était par ailleurs déjà relevée par l'assurée dans un précéd[e]nt courrier du 28.09.2009.

Une expertise, effectuée fin 2011, confirme l'existence d'une incapacité totale de travail et cela depuis la survenance de phénomènes hallucinatoires décrits en tout cas depuis février 2007. Dans les remarques finales de l'expertise, on lit qu'il n'est pas exclu que votre cliente n'ait pas pu reprendre de travail depuis 1995 (fin de son activité professionnelle) en raison de sa maladie psychiatrique étant donné que les premiers signes d'atteintes à la santé se sont présentés sous forme de symptômes négatifs.

Notre projet d'acceptation de 24.04.2012 fixe le début du délai d'attente en février 2007.

Par courrier du 22.05.2012, vous évoquez dans un premier temps une éventuelle reconsidération de la décision du 10.10.2005 tout en admettant que les conditions n'en sont pas remplies (art. 53, al. 2 LPG).

Par contre, vous estimez que l'expertise du 03.03.2011 [recte : 3.11.2011] apporte un éclairage nouveau sur la véritable nature du trouble psychique dont souffre votre cliente et sur le début de son invalidité.

Vous estimez que l'expertise constitue un nouveau moyen de preuve lequel établit de manière probante un fait nouveau quant à la véritable atteinte à la santé de votre cliente et qui a entraîné une incapacité de travail totale au moins depuis février 2007, mais selon le degré de vraisemblance prépondérante, cette incapacité peut être fixée dès le licenciement en juin 1995.

Sur cette base, vous demandez l'octroi, par voie de la révision procédurale, du droit à une rente entière d'invalidité et cela dès le 01.07.2000 (cinq ans avant la décision du 10.10.2005).

La révision dite « procédurale » d'une décision entrée en force suppose la découverte de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptible[s] de conduire à une appréciation juridique différente (article 53 al. 1 LPGA, ATF 126 V 24).

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant.

Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. La révision ne doit pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent (Kieser, ATSG-Kommentar, note 12 ad art. 53).

On appréciera la diligence requise avec moins de sévérité en ce qui concerne l'ignorance des faits, dont la découverte est souvent due au hasard, que l'insuffisance des preuves au sujet de faits connus, la partie ayant le devoir de tout mettre en œuvre pour prouver ceux-ci dans la procédure principale (Poudret, op. cit., note 2.2.5 ad art. 137; Beerli-Bonorand, op. cit., p. 106).

Par ailleurs, la preuve doit établir de manière indiscutable (« eindeutig ») que l'état de fait retenu dans la procédure précédente était erroné (ATFA 1959 p. 6 ss consid. 1 et 2).

En l'espèce, le rapport d'expertise ne constitue à notre avis pas un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant.

L'expertise psychiatrique du 03.06.2004 mentionnait déjà l'existence de troubles dépressifs (éventuels symptômes négatifs d'une psychose) et la question d'un diagnostic différentiel avait été soulevée début 2001 (rapport scanné le 19.03.2001).

Le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, à cette époque, déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse. Ce n'est qu'à partir de février 2007, avec la survenance de symptômes

positifs (hallucination), qu'une incapacité de travail et de gain est objectivée.

Nous précisons avoir soumis votre contestation à notre service médical (SMR) et nous référons à l'avis du 27.09.2012 dont vous avez reçu copie.

Il est à relever que les termes utilisés par le SMR pour faire pencher la balance dans le sens d'une incapacité de travail d'au moins 40% antérieure à février 2007 démontrent que nous sommes plus au niveau de l'hypothèse (...on peut *bien penser* que déjà en 2001 ... ; la revue du dossier nous *conduit à penser* ; il n'est pas *invraisemblable* de penser que...).

Comme indiqué ci-dessus, ce n'est qu'à partir de février 2007, avec la survenance de symptômes positifs (hallucination), qu'une incapacité de travail et de gain est objectivée.

Les conditions mises à la révision procédurale ne sont pas remplies. Nous sommes bien plutôt dans le cas de figure de la révision au sens de l'article 17 LPGA avec grave péjoration de l'état de santé depuis la survenance de phénomènes hallucinatoires en février 2007.

Nous ne pouvons dès lors que maintenir notre position telle qu'exprimée dans le projet d'acceptation du 24.04.2012.

Cependant, avant de notifier la décision conforme audit projet et dont le présent courrier fera partie intégrante, nous vous laissons un nouveau délai de 30 jours afin de vous laisser la possibilité de nous apporter vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions."

Par écriture du 22 février 2013, l'assurée, par son conseil, a notamment allégué que le diagnostic différentiel évoqué lors du consilium de 2001 était plutôt un trouble de la personnalité à traits schizoïdes (F60.1) et non pas un trouble psychotique (en l'occurrence une schizophrénie, F20.9), ces deux maladies ne se confondant pas. Quant à l'affirmation selon laquelle l'expert de 2004 aurait évoqué des symptômes négatifs d'une psychose parce qu'il mentionnait des signes dépressifs, l'intéressée a considéré qu'il s'agissait là d'une déduction erronée. A cela s'ajoutait que, comme l'expliquait la Dresse D.\_\_\_\_\_, les signes négatifs spécifiques d'une psychose n'avaient pas été recherchés ni recensés lors du consilium de 2001 comme de l'expertise de 2004, les médecins de l'époque étant restés focalisés sur un trouble de l'humeur. En d'autres termes, la Dresse D.\_\_\_\_\_ ne se contentait pas d'apprécier différemment les faits médicaux retenus lors de la décision du 10 octobre 2005, mais démontrait que l'atteinte véritable n'est pas celle retenue à l'époque. Enfin, considérant que l'avis SMR du 29 septembre 2012

affirmait clairement l'existence d'une incapacité de travail significative dès 2001, l'assurée a déclaré se rallier à cette appréciation.

Par communication du 25 mars 2013, l'OAI a répondu comme il suit aux objections de l'assurée :

"Dans un 1<sup>er</sup> temps, vous vous référez aux deux rapports sur lesquels se fonde la décision sur opposition du 10.10.2005, à savoir le consilium Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ du 23.1.2001 et l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 3.6.2004.

S'agissant de l'expertise précitée, vous estimez en résumé que, dans ses avis de l'époque, le Service médical régional (ci-après, SMR) a émis une appréciation différente de la situation en interprétant de manière autre les critères de Mosimann sans expliquer les raisons permettant de s'écarter de l'interprétation de ces critères par l'expert.

A cet égard, nous relevons que le trouble de la personnalité lui-même n'était pas décrit comme décompensé et n'avait pas empêché votre mandante de travailler par le passé. Pour le reste, nous nous permettons de vous renvoyer à l'avis SMR du 13.9.2005 qui explique à notre avis pourquoi il n'y a pas lieu de retenir une comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail.

Vous reprenez ensuite l'avis juriste du 13.2.2013 que vous critiquez, relevant notamment, à juste titre, qu'au vu de l'expertise effectuée le 3.11.2011 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ les signes négatifs spécifiques d'une psychose n'ont été ni recherchés ni recensés lors du consilium 2001 et lors de l'expertise 2004.

Nous maintenons cependant que, lors du consilium 2001, les symptômes observés ont évoqué p[a]r le Dr C. \_\_\_\_\_ des symptômes négatifs [sic] puisque ce médecin se pose la question d'un diagnostic différentiel.

Nous sommes dans le cadre d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorise pas la révision procédurale.

Quoiqu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'expertise du 3.11.2011 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ constitue un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant, cela ne suffirait à notre avis pas encore à fonder un motif de révision procédurale.

Pour cela, il faut en effet encore que l'élément nouveau soit de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision principale et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Nous maintenons que le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, avant 2007 (en 2001 voire même en 1995) déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse. Certes, notre service médical régional souligne, dans son avis du 27.9.2012, qu'il pense « à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa

maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001 ». Il n'en reste pas moins que les termes figurant dans ledit avis (on peut bien penser..., il n'est pas invraisemblable de penser..) montrent qu'il ne s'agit que d'une possibilité. La remarque finale de l'expertise du 11.2001 [sic] (il n'est pas exclu...) ne permet pas d'arriver à une autre conclusion.

Une incapacité de travail et de gain en lien avec la maladie psychotique n'est objectivée qu'avec la survenance de symptômes positifs (hallucination), à partir de février 2007, date qui est d'ailleurs retenue par l'expert.

Nous sommes dès lors dans le cadre d'une révision au sens de l'article 17 LPGA.

A cet égard, nous rappelons que tant la contestation formée le 10.9.2009 par l'assurée que votre courrier du 26.11.2010 font état d'une grave péjoration de l'état de santé de votre mandante, influant sur sa capacité de travail.

S'agissant de la période antérieure à 2007, nous maintenons que les atteintes diagnostiquées en 2001 lors du consilium au Département psychiatrique P. \_\_\_\_\_ puis en 2004 lors de l'expertise effectuée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne justifiait pas une incapacité de travail comme l'explique le SMR dans son avis du 13.9.2005. Par ailleurs, le fait que le SMR n'ait pas procédé à son propre examen clinique n'est en soi pas déterminant. Il n'appartient en effet pas à l'expert mais à l'administration (puis au juge) de se déterminer sur l'aspect invalidant d'un trouble somatoforme douloureux en se basant sur les critères développés par la jurisprudence (I 141/02).

Dans ce contexte, nous maintenons notre prise de position telle qu'exprimée dans le projet de décision du 24.4.2012, à savoir que votre mandante, en incapacité totale de travail dès le 1.2.2007, a droit au versement d'une rente entière dès le 1.5.2011, soit six mois après le dépôt de sa demande du 26.11.2010.

Vous recevrez donc, prochainement, la décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours.

Ce courrier fait partie intégrante de la décision."

Par décision du 30 avril 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> avril 2013. Les motifs invoqués par l'office correspondaient en substance à ceux du projet du 24 avril 2012.

Le 27 mai 2013, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 30 mars 2013.

**E.** Agissant par l'entremise de son conseil, T.\_\_\_\_\_ a recouru le 3 juin 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions précitées, concluant à leur annulation et, principalement, à la reconnaissance d'un droit aux prestations pour la période antérieure à mai 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, la recourante conteste en substance le refus de l'OAI de lui accorder des prestations d'assurance pour la période antérieure à mai 2011. Plus précisément, elle considère que le caractère manifestement erroné de la décision du 10 octobre 2005 doit être admis, cette décision reposant sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 juin 2004 alors même que la situation était en réalité autre, le rapport d'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2011 - pleinement probant - ayant conclu à une psychose d'allure schizophrénique. L'assurée ajoute qu'il n'a été à aucun moment question d'un trouble psychotique avant l'avis de la Dresse D.\_\_\_\_\_ et que l'évaluation de cette dernière constitue un fait nouveau démontrant l'existence d'une maladie psychotique de longue date, dont la nature et l'intensité ne sont pas comparables à un trouble somatoforme douloureux persistant accompagné d'une légère fluctuation de l'humeur, comme il avait été considéré préalablement à tort. La recourante estime dès lors que son incapacité de travail pour la période antérieure au mois de mai 2011 repose sur une justification médicale et lui permet de prétendre à des prestations d'assurance pour la période correspondante.

Par décision du 13 juin 2013, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 3 juin 2013.

Dans sa réponse du 29 juillet 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant en particulier à ses correspondances des 13 février et 25 mars 2013.

Répliquant le 27 août 2013, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> mai 2011.

**3.** En l'espèce, l'intimé a estimé être dans le cas de figure d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. correspondances de l'OAI des 13 février 2013 p. 3 et 25 mars 2013 p. 2).

Pour sa part, la recourante a fait valoir que sa situation relevait d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. objections des 22 mai 2012 p. 3 s. et 22 février 2013 p. 2 ss), voire d'une reconsidération de la décision rendue par l'OAI le 10 octobre 2005 au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. mémoire de recours du 3 juin 2013 pp. 11 ss).

**a)** D'emblée, il convient de relever que l'assurée ne percevait aucune prestation de l'AI au moment où elle a déposé sa quatrième demande de rente. Une telle constellation excluait donc *ipso jure* l'application de l'art. 17 al. 1 LPGA, puisque cette disposition porte sur les circonstances permettant d'augmenter, de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité - ce qui présuppose nécessairement qu'une rente ait déjà été allouée. En tant que l'intimé entendait appréhender la situation sous le seul angle d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de février 2007, il lui fallait dès lors se fonder sur les dispositions relatives aux nouvelles demandes (cf. pour un raisonnement analogue TF 9C\_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.3).

Cela étant, on relèvera ici que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour

déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue.

**b)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux", au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b avec les références ; cf. TF 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2, 9C\_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1, 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

**c)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est

sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 119 V 410 consid. 3a, 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels (cf. TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3 et 9C\_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C\_7/2014 précité consid. 3.1 et 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 avec les références citées).

**4. a)** En l'occurrence, les arguments respectifs des parties reposent sur une comparaison entre les renseignements médicaux à disposition lors de la décision sur opposition rendue le 10 octobre 2005

par l'OAI - celle-ci correspondant à la dernière décision fondée sur un examen matériel de la situation de la recourante - et ceux révélés suite à la quatrième demande de prestations déposée le 26 novembre 2010.

**aa)** Dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005, l'assurée a notamment été vue par les spécialistes du Département psychiatrique P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport y relatif, le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu à une dysthymie et à un trouble somatoforme douloureux chronique, justifiant une incapacité de travail de 50% au moins. Au niveau du status, il n'a pas détecté de troubles majeurs du cours ou du contenu de la pensée, de délire ou d'hallucination. Compte tenu d'un certain aplatissement des affects, d'une méfiance dans le contact avec autrui et d'une impression globale de retrait social, symptômes pouvant tous faire partie d'un tableau dépressif, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est malgré tout posé la question d'un diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, sans toutefois avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. Il n'a en outre pas trouvé d'indices en faveur d'un trouble bipolaire ou schizo-affectif (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2001 p. 2 s.). Par la suite, aux termes d'un rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2004, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a quant à lui diagnostiqué un trouble dysthymique, un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et un trouble de la personnalité non spécifié. Il a en outre retenu que la capacité de travail avait évolué entre 50 et 30% depuis 1995 et que, à la date de l'expertise, elle était de 70% au moins dans une activité adaptée, dans le contexte favorable d'une nouvelle relation affective et sous réserve d'une médication appropriée (cf. rapport d'expertise du 3 juin 2004 pp 14 ss). Lors de son examen, cet expert a notamment observé l'absence de signes florides de la lignée psychotique ou de la série maniaque, notamment pas de délire, troubles perceptifs, troubles formels de la pensée, relâchement des associations ou passage du coq-à-l'âne (cf. ibid. p. 13 et p. 16).

**bb)** A l'appui de la demande de prestations introduite le 26 novembre 2010, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ consécutif à un consilium réalisé au printemps 2010, relatant

des phénomènes hallucinatoires vers l'âge de 18-20 ans, puis en 2007 et à nouveau depuis juillet 2009 ; étaient retenus les diagnostics de schizophrénie paranoïde et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, la situation étant incompatible avec une réintégration sur le marché du travail (cf. rapport du 9 juin 2010). Les conclusions de ce rapport ont ensuite été relayées par le Dr G. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 13 octobre 2010). L'intéressée a ultérieurement fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par la Dresse D. \_\_\_\_\_, laquelle a posé le diagnostic invalidant de psychose d'allure schizophrénique. L'experte a précisé que l'assuré souffrait d'une atteinte psychotique à la santé s'exprimant en permanence au moyen de signes négatifs et que des signes hallucinatoires apparaissaient lors des décompensations, étant relevé que ni le Dr C. \_\_\_\_\_, ni le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'avaient recherché - respectivement recensé - les signes spécifiques d'une psychose. Elle a estimé que puisque des phénomènes hallucinatoires étaient décrits en tout cas depuis février 2007, on pouvait considérer que cette date correspondait au début de l'atteinte incapacitante à la santé, étant néanmoins précisé que dans la mesure où les premiers signes de la maladie s'étaient présentés sous forme de symptômes négatifs, il n'était pas exclu que, depuis la fin de l'activité professionnelle en 1995, l'assurée n'ait pas pu reprendre de travail en raison de sa pathologie psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 3 novembre 2011 pp 6 ss).

Il convient de relever ici que l'expertise de la Dresse D. \_\_\_\_\_, qui répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), n'est nullement mise en doute par les parties, de sorte que la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'en écarter.

Est en revanche contestée la question des conséquences induites par la situation révélée dans le rapport d'expertise du 3 novembre 2011, du point de vue du droit à la rente.

**cc)** Dans son courrier du 22 mai 2012, la recourante a fait valoir qu'au vu des pièces médicales au dossier, le caractère

manifestement erroné de la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005 ne pouvait pas être admis. Elle a en revanche soutenu que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies, l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ constituant un fait nouveau démontrant qu'elle souffrait de longue date d'une maladie psychotique à l'origine d'une incapacité de travail antérieure à mai 2011. L'assurée a ensuite maintenu ce raisonnement dans sa correspondance du 22 février 2013. A l'appui de son recours du 3 juin 2013, l'intéressée a toutefois modifié sa position, se prévalant de l'expertise susdite pour conclure que la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005 était manifestement erronée.

L'intimé a, pour sa part, retenu que l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ ne constituait pas un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants justifiant la révision, soit des faits certes connus lors de la procédure précédente mais n'ayant pas pu être prouvés au détriment du requérant. A cet égard, l'OAI a notamment relevé que le rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2004 mentionnait déjà l'existence de troubles dépressifs (éventuels symptômes négatifs d'une psychose) et que la question d'un diagnostic différentiel avait été soulevée début 2001. L'office a ainsi estimé que l'instruction avait certes révélé une péjoration de l'état de santé de l'assurée à compter du mois de février 2007, mais qu'en revanche, pour la période antérieure, on se trouvait en présence d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorisait pas la révision procédurale. En tout état de cause, même dans l'hypothèse où l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ pourrait être qualifiée de moyen de preuve nouveau sous l'angle de la révision procédurale, l'intimé a retenu que cette expertise ne suffirait pas pour autant à motiver une telle révision. Sur ce point, l'OAI a considéré que l'élément nouveau n'était, dans le cas d'espèce, pas de nature à modifier l'état de fait ayant fondé la décision principale et à conduire à une décision différente basée sur une appréciation juridique correcte. Il a estimé que le fait que des symptômes négatifs de psychose aient déjà été présents avant 2007 - en 2001, voire même en 1995 - au point d'entraver la capacité de travail et de gain d'une manière significative n'était qu'une hypothèse. Il s'est référé sur ce point aux termes utilisés par le SMR dans son avis du 27

septembre 2012, notamment les expressions « *on peut bien penser* » et « *il n'est pas invraisemblable de penser* » qui démontraient, selon l'office, que l'existence d'une incapacité de 40% au moins depuis 2001 n'était qu'une possibilité (cf. correspondances de l'OAI des 13 février et 25 mars 2013).

**b)** Il convient de se référer ici à un arrêt du 2 mai 2014 (9C\_589/2013), dans lequel le Tribunal fédéral a conclu qu'il n'y avait pas matière à révision procédurale dans le cas d'un assuré ayant fait l'objet d'une suppression rétroactive du droit à la rente sur la base d'un avis psychiatrique retenant un diagnostic de simulation. La Haute Cour a en effet relevé que, lors de la procédure administrative initiale, l'éventualité d'une simulation avait déjà été évoquée par un premier psychiatre et qu'une telle atteinte avait ensuite été envisagée au titre de diagnostic différentiel par deux experts psychiatres, qui lui avaient préféré le diagnostic de trouble dissociatif au regard de la symptomatologie décrite par le patient et observée par l'équipe soignante. Le diagnostic (différentiel) de simulation était donc connu lorsqu'avaient été rendues les décisions initiales d'octroi de rente. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'une éventuelle mauvaise interprétation des faits relatifs à l'existence d'une simulation lors de la procédure administrative ayant conduit aux décisions initiales de prestations ne suffisait pas pour reconnaître un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.3).

En l'occurrence, on ne se trouve toutefois pas dans la même situation.

Il est vrai qu'en 2001, outre une dysthymie et un trouble somatoforme douloureux persistant, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est posé la question d'un diagnostic différentiel sous la forme d'un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, signalant un certain aplatissement des affects, une méfiance dans le contact avec autrui ainsi que l'impression global d'un certain retrait social. Contrairement à ce que paraissent retenir le SMR (cf. avis des Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2012) et l'intimé (cf.

correspondance du 25 mars 2013), il ressort toutefois de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) qu'un trouble de la personnalité à traits schizoïdes (F60.1) diffère d'une schizophrénie (F20), catégorie dans laquelle tombe le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique (F20.9) posé par la Dresse D.\_\_\_\_\_ et admis par les parties. De fait, si les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés, les troubles de la personnalité visent quant à eux des perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique (cf. CIM-10-GM 2014, Index systématique - Version française, Volume 1 [chapitres I-XI], Neuchâtel 2014, pp. 187 et 212, texte édité par l'Office fédéral de la statistique [OFS]). La seule évocation d'un diagnostic différentiel relevant d'un registre distinct de celui de la schizophrénie ne saurait dès lors suffire à exclure une révision procédurale dans le cas particulier. A cela s'ajoute que le Dr C.\_\_\_\_\_ a finalement renoncé à poser un diagnostic différentiel de personnalité à traits schizoïdes au regard de l'insuffisance des éléments cliniques, ayant notamment relevé que le status actuel ne comportait pas de troubles majeurs du cours et du contenu de la pensée, de délire ou d'hallucinations. C'est donc bien par manque d'éléments cliniques concrets que le Dr C.\_\_\_\_\_ a écarté ce diagnostic différentiel, et non sur la base d'une - mauvaise - interprétation des données objectives recueillies. Au demeurant, il a également indiqué ne pas avoir trouvé d'éléments parlant dans le sens d'un trouble schizo-affectif (F25).

Quant à l'expert Z.\_\_\_\_\_, intervenu en 2004 et ayant retenu des atteintes s'inscrivant dans la lignée de celles mentionnées par le Dr C.\_\_\_\_\_, il n'a pas relevé de signes florides de la lignée psychotique lors de son examen et n'a du reste évoqué aucune hypothèse diagnostique à ce niveau.

Il apparaît ainsi, en résumé, que le Dr C.\_\_\_\_\_ comme l'expert Z.\_\_\_\_\_ ne se sont pas positionnés sous l'angle d'une affection psychotique. C'est du reste ce qui a amené la Dresse D.\_\_\_\_\_ à souligner, dans le cadre de son expertise, que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'avait pas recensé les signes négatifs spécifiques d'une psychose (repli social, perplexité, apragmatisme, troubles de la logique) et que l'expert Z.\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus recherché des signes de psychose - le fait qu'un point significatif de l'anamnèse de la recourante semble avoir échappé aux Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ n'y étant probablement pas étranger. En effet, il faut rappeler que selon les observations du Dr O.\_\_\_\_\_ en 2010, dont la Dresse D.\_\_\_\_\_ a tout évidence tenu compte lors de son expertise en 2011, l'assurée a vécu un premier épisode psychotique avec des hallucinations auditives avant février 2007, soit vers l'âge de 18-20 ans, ayant l'impression que des gens croisés dans la rue la critiquaient une fois de retour chez elle. Attendu que la schizophrénie débute typiquement entre la fin de la deuxième décennie de la vie et la moitié de la quatrième (cf. American psychiatric association, DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> éd., texte révisé, traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris 2003, p. 354), qu'elle se caractérise entre autres par la présence de troubles perceptifs dont des hallucinations (cf. DSM-IV-TR, op. cit., p. 345) et que de tels symptômes d'accompagnement peuvent - notamment - permettre de clarifier la difficile distinction entre des symptômes négatifs de psychose et des symptômes dépressifs (cf. DSM-IV-TR, op. cit., p. 348), l'apparition de phénomènes hallucinatoires chez l'assurée au début de l'âge adulte constituait donc un facteur de poids à prendre en considération. Or, ce premier épisode psychotique n'a été mentionné ni par le Dr C.\_\_\_\_\_ ni par l'expert Z.\_\_\_\_\_, qui n'en ont vraisemblablement pas eu connaissance à l'époque de la rédaction de leurs rapports respectifs et n'ont de toute évidence pas envisagé une telle éventualité - ce que l'on ne saurait du reste reprocher à la recourante, qui n'avait plus connu de phénomènes hallucinatoires depuis plusieurs années lorsqu'elle a été vue par chacun de ces deux médecins et qui n'avait dès lors aucune raison d'y faire spontanément allusion. Dans cette mesure, il y a donc lieu de retenir

que le Dr C.\_\_\_\_\_ comme l'expert Z.\_\_\_\_\_ se sont prononcés au moyen de données factuelles incomplètes.

Au regard de l'ensemble de ces circonstances, il faut admettre que la présente affaire ne procède pas d'une mauvaise interprétation des faits relatifs à l'existence d'une atteinte psychotique lors de la procédure ayant abouti à la décision de refus de rente du 10 octobre 2005. En cela, le cas de l'assurée se distingue par conséquent de celui ayant donné lieu à l'arrêt précité du 2 mai 2014 (9C\_589/2013).

**c)** La situation de la recourante peut en revanche être mise en parallèle avec une autre affaire, ayant fait l'objet d'un arrêt rendu le 2 février 2009 par le Tribunal fédéral (9C\_371/2008). Ce litige concernait une assurée dont la demande de prestations avait été initialement rejetée au motif que les troubles diagnostiqués – notamment des troubles de la personnalité paranoïaque – remontaient généralement à l'adolescence, si bien que l'intéressé ne pouvait justifier d'une année de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. L'instruction menée suite à une nouvelle demande de prestations ayant toutefois montré que l'assurée souffrait d'une schizophrénie paranoïde et que cette affection apparaissait habituellement à l'âge adulte, un médecin ayant en outre expliqué les raisons pour lesquelles ce diagnostic n'avait pas pu être posé plus rapidement, la juridiction cantonale a considéré que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies – ce que la Haute Cour a confirmé, estimant que les considérations des médecins ayant posé le nouveau diagnostic permettaient de remettre fondamentalement en cause l'hypothèse sur laquelle était fondée la décision initiale et qu'il s'agissait là clairement d'un fait nouveau faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier sa révision (cf. TF 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4).

Dans la présente espèce, la Cour de céans retient que le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique posé par la Dresse D.\_\_\_\_\_ – diagnostic qui n'est pas contesté par les parties – n'a jamais été fait précédemment dans une procédure devant l'OAI, ni même évoqué

au titre de diagnostic différentiel, en particulier par le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 5b supra). Il s'agit donc d'un fait nouveau justifiant en principe une révision procédurale.

**d)** L'intimé soutient que même dans cette hypothèse, il n'y aurait malgré tout pas lieu à révision procédurale. A l'appui de sa position, l'OAI relève que pour permettre une telle révision, l'élément nouveau doit être de nature à modifier l'état de fait à base de la décision principale et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Or, selon l'office, le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, avant 2007 (en 2001, voire en 1995), déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse - ce que l'intimé infère des termes utilisés par les Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis du 27 septembre 2012 (cf. correspondances des 13 février 2013 p. 3 et 25 mars 2013 p. 2), en particulier ceux figurant dans le passage suivant :

"[...] nous relevons que la patiente est au chômage depuis 1995 et qu'en 2001, le discours est décrit comme pauvre, manifestation ralenti, avec des contenus pauvres. Les affects sont dits modulés, aplatis. Ces symptômes ont évoqué pour le Dr C.\_\_\_\_\_ des symptômes négatifs, comme en témoigne dans le 2<sup>ème</sup> paragraphe de sa dernière page cette phrase : *je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr*. L'assurée étant en incapacité de travail à cette date, et le diagnostic différentiel étant évoqué; dans la mesure où il sera confirmé par la suite en 2007, on peut bien penser que déjà en 2001 les symptômes négatifs, s'exprimant sous la forme d'une dépression, ne permettaient pas à l'assurée de s'assumer. Nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001. Il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse familiale et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail ait été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir."

L'extrait susdit - dont il se dégage, il est vrai, une certaine confusion concernant les notions de schizophrénie et de trouble de la personnalité à traits schizoïdes (cf. consid. 5b supra) - porte sur le moment à partir duquel l'atteinte psychotique de l'assurée est devenue incapacitante. Sur ce point, l'OAI estime que les termes « *on peut bien*

*penser que déjà en 2001 » et « nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique une incapacité de 40% au moins 2001 » ne sont pas assez catégoriques pour pouvoir être retenus au degré de la vraisemblance prépondérante. Quoiqu'en dise l'intimé, il reste que l'avis en question constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), ayant pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il n'est dès lors pas incongru que cet avis expose la pensée de ses auteurs, autrement dit la manière dont ils apprécient la situation médicale soumise à leur examen. L'office s'appuie également sur la phrase suivante : « *il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir* ». A cet égard, rien ne permet toutefois d'affirmer que les termes « *cette date* » se rapportent à 2001 et non à 1998. Preuve en est qu'à la question 2 libellée ainsi : « *A-t-on suffisamment d'éléments au dossier pour soutenir que, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte à la santé de notre assurée ne lui occasionnait pas une incapacité de travail de 40% au moins en octobre 2005 (respectivement en octobre 2004, début de l'année d'attente) ?* », les Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du SMR ont répondu ce qui suit : « *La revue du dossier nous conduit à penser qu'au contraire, en 2001, elle présentait une incapacité de travail d'au moins 40%* ». Or, cette réponse - notamment l'expression « *au contraire* » - est une affirmation et non une simple hypothèse. Cette interprétation se trouve en outre accréditée par le fait que, selon les médecins susdits, il ne paraît pas possible de se prononcer sur la période entre 1995 et 2001, ce qui sous-entend qu'il est possible de se prononcer dès 2001.*

Au regard de ces éléments, on peut en définitive retenir l'existence d'une incapacité de travail de 40% au moins chez l'assurée depuis 2001 et ce dans toute activité, les Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_

ayant retenu que l'intéressée n'était dès lors plus en mesure de s'assumer (cf. avis SMR du 27 septembre 2012 p. 2).

**e)** En résumé, il y a donc lieu d'admettre, d'une part, que le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique retenu par la Dresse D. \_\_\_\_\_ aux termes de son rapport d'expertise du 3 novembre 2011 apporte un éclairage nouveau permettant de remettre fondamentalement en cause les avis médicaux des Drs C. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ sur lesquels reposait la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005. D'autre part, ce fait nouveau revêt à n'en pas douter un caractère important, puisqu'il permet de retenir que dès 2001 en tout cas, la recourante présentait une incapacité de travail en lien avec son affection psychotique, cela à un taux de 40% et dans toute activité.

Il apparaît corrélativement que la présente affaire ne tombe pas sous le coup de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, attendu qu'au vu de l'état de faits et du droit au moment où elle a été rendue, la décision sur opposition du 10 octobre 2005 n'était pas manifestement erronée.

De ce qui précède, il ressort également que l'on se saurait se rallier à l'OAI pour reconnaître uniquement une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, les considérations ci-dessus ayant à ce propos clairement mis en évidence un défaut objectif à l'origine de la décision du 10 octobre 2005.

**6. a)** Par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), selon lequel la demande doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours.

**b)** En l'occurrence, au cours de la présente procédure judiciaire, les parties n'ont pas abordé la question de ces délais. Dans son

courrier du 25 mars 2013, l'OAI ne s'est pas non plus prononcé sur le sujet. Cette problématique a en revanche été évoquée dans l'avis juriste du 5 septembre 2012, qui indique que l'expertise mentionnée dans la lettre du 12 février 2010 a eu lieu dans le courant du printemps 2010 et a été transmise fin juin au médecin traitant. Il est ainsi fait référence à l'évaluation psychiatrique réalisée par le Dr O. \_\_\_\_\_, qui a effectivement vu la recourante à trois reprises au printemps 2010 et qui a adressé son rapport au Dr G. \_\_\_\_\_ le 9 juin 2010. Puis, le 13 octobre 2010, en réponse à un courrier du conseil de la recourante, le Dr G. \_\_\_\_\_ - conformément à l'appréciation du Dr O. \_\_\_\_\_ - a fait état du diagnostic de schizophrénie paranoïde et de l'incapacité de travail totale en découlant.

Au regard de ces éléments, on peut donc retenir que c'est à cette dernière date que la recourante, par son représentant, a eu connaissance du nouveau diagnostic confirmé ensuite par l'expertise de la Dresse D. \_\_\_\_\_. Partant, la demande déposée le 26 novembre 2010 l'a été dans le délai de l'art. 67 al. 1 PA. Cela étant, il n'est dès lors pas utile de procéder aux mesures d'instruction évoquées dans l'avis juriste du 5 septembre 2012.

**7.** Reste à déterminer dans quelle mesure les considérations qui précèdent influent sur le droit à la rente de la recourante.

**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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour laquelle la prestation était due.

Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (cf. ATF 121 V 195 consid. 2 ; cf. TF 9C\_532/2011 du 7 mai 2012 consid. 4.2).

La jurisprudence retient plus particulièrement que seules les prestations dues pour les cinq dernières années à partir de la nouvelle demande de prestations sont versées, le droit aux prestations antérieures s'étant éteint. Autrement dit, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (cf. ATF 121 V 195 consid. 5d ; cf. TF 9C\_532/2011

précité consid. 4.3 ; cf. TFA M 12/06 du 23 novembre 2007 consid. 5.3). Le but de cette jurisprudence est essentiellement d'éviter que le paiement rétroactif de prestations pour une période couvrant plusieurs années ne vienne alimenter une fortune plus ou moins importante alors que ces prestations étaient destinées à compenser les besoins vitaux ordinaires du requérant (cf. ATF 121 V 195 consid. 5d ; cf. TF 9C\_532/2011 précité consid. 4.3 et 9C\_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.2).

**c)** Dans le cas particulier, la documentation au dossier permet de conclure à une incapacité de travail d'au moins 40% depuis 2001, en vertu de l'avis du SMR du 27 septembre 2012, puis à une entière incapacité de travail à compter du mois de février 2007, sur la base du rapport d'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2011 - cela dans toute activité. Or, dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6), qui doit donc être arrêté en l'espèce à 40% dans un premier temps, puis 100% dans un second temps.

Cela étant, concernant plus spécifiquement le point de départ du droit à la rente, on rappellera que la nouvelle demande a été déposée le 26 novembre 2010. Par conséquent, conformément aux principes développés en lien avec l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit de la recourante à des prestations arriérées ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> novembre 2005.

Il s'ensuit au final que, par le biais de la révision procédurale, la recourante doit se voir reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2005, puis à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007, soit trois mois après le début de l'entière incapacité de travail admise dès le mois de février 2007 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

**8. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 27 mai 2013 - qui porte, seule, sur le droit à la rente pour la période antérieure à mai 2011 - réformée en ce sens que la recourante a droit à

un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 30 avril 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

La décision de l'OAI du 30 avril 2013 reconnaissant le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 doit, quant à elle, être confirmée.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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

- I. Le recours déposé le 3 juin 2013 par T. \_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision rendue le 27 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que T. \_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 30 avril 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

- III. La décision rendue le 30 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 :

- Procap, Service juridique (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 :