

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA; art. 4 LAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé dès le 24 juin 1996 à 60% au service d'entretien de l' [...]. Souffrant de céphalées depuis 2001 environ qui se sont progressivement exacerbées, elle a présenté une incapacité totale de travail dès le 2 décembre 2004.

Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain S. _____ qui a versé des indemnités journalières maladie à 100% du 2 décembre 2004 au 31 mai 2005, à 50% du 1^{er} au 6 juin 2005 et à 100% du 7 juin 2005 au 5 mars 2006. En date du 21 février 2005, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'intention de l'assureur précité ce qui suit:

« Cette patiente présente de longue date des céphalées (possibles migraines) qui se sont aggravées depuis déc. 04. Ces dernières « pourraient » être aggravées par un état anxio-dépressif nié par la patiente. Mme F. _____ a été adressée au service de neurologie du J. _____ [J. _____] pour contrôle qui aurait conclu à 1 migraine. Je suis dans l'attente de leurs conclusions ».

Suite à l'avis médical du 28 avril 2005 du Dr B. _____, médecin conseil de S. _____, préconisant une reprise progressive de l'activité professionnelle soit à 30%, puis à 60%, l'intéressée a accepté de reprendre son emploi le 1^{er} juin 2005, mais a présenté le 7 juin 2005 un malaise avec perte de connaissance sur son lieu de travail (rapport du Dr P. _____ du 14 juin 2005). En date du 22 juin 2005, le Dr Z. _____, médecin associé au service de neurologie du J. _____, a retenu le diagnostic de probable migraine chronique. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, il a estimé qu'il y avait lieu d'augmenter le Saroten et de solliciter un avis psychiatrique, car « il y a[vait] un état anxio-dépressif qui sembl[ait] assez sévère ». Étant dans l'incapacité de juger du bien-fondé des symptômes avancés par sa patiente, à savoir des céphalées intenses, des douleurs dorso-lombaires irradiant dans la jambe et des malaises avec chutes, le Dr P. _____ a poursuivi l'arrêt de travail

sur la base de l'anamnèse de l'assurée (avis médical du 30 juin 2005). Il a précisé qu'il avait à plusieurs reprises tenté de mettre en relation les douleurs de la patiente avec son état psychologique, mais qu'elle avait toujours nié un état dépressif. Par ailleurs, elle se présentait toujours à la consultation accompagnée de l'un de ses fils qui assurait la traduction, ce qui ne rendait pas toujours facile la prise de renseignements (avis médical du 1^{er} septembre 2005). Dans un rapport du 30 novembre 2005, le Dr M._____, chef de clinique et la Dresse D._____, médecin assistante à l'E._____ d' [...] ont conclu ce qui suit :

« Nous nous trouvons en face d'une patiente qui souffre de céphalées, qu'elle perçoit comme très invalidantes. Mme F._____ a peu de capacités d'élaboration et de verbalisation d'autres problèmes à part ses douleurs. Dans ce contexte, il nous est difficile de trouver un facteur déclenchant l'exacerbation de sa symptomatologie. Cependant, il est évident que Mme F._____ présente des symptômes anxiodépressifs d'intensité légère à moyenne, qui accompagnent ses céphalées. Dans ces conditions, nous proposons à la patiente un nouveau traitement antidépresseur (par exemple Efexor), par rapport auquel Mme F._____ et son fils se montrent assez réticents, disant que son problème n'est pas d'ordre psychique, ce qui rend notre tâche encore plus difficile ».

Sur la base de ces éléments, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que les morbidités présentées par l'assurée ne paraissaient pas justifier une incapacité totale de travail. Dès lors, il recommandait à S._____ de tenir compte d'une capacité de travail de 50% (d'un poste à 60%) dès le 1^{er} janvier 2006 (avis médical du 22 décembre 2005).

En date du 20 janvier 2006, S._____ a décidé de mandater les Drs G._____, spécialiste en neurologie et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au V._____ (ci-après : le V._____) à [...], pour la réalisation d'une expertise. Dans leur rapport du 24 février 2006, faisant suite à un examen du 16 février 2006, les experts ont posé les diagnostics de céphalées tensionnelles, de migraines sans aura, de possibles céphalées par abus médicamenteux et de syndrome douloureux chronique, voire troubles somatoformes douloureux. Ils ont estimé qu'une reprise de travail à 100% était envisageable dès la date de l'expertise, le pronostic étant bon si l'assurée faisait des efforts. S'agissant plus

spécifiquement de l'examen psychiatrique, le Dr W._____ a relevé ce qui suit :

« Madame F._____ se présente à l'heure à la convocation, elle a une présentation correcte, elle est habillée avec soin, la corpulence est normale, la démarche est sans particularité, la gestuelle est fluide et harmonieuse quand elle bouge. La collaboration n'est pas optimale, l'assurée a une attitude un peu désabusée, elle est relativement superficielle dans ses descriptions. Elle se tient assise de travers, le coude droit sur l'accoudoir, la main gauche dans le dos, l'air renfrogné. Après une demi heure elle inverse la position, puis change à nouveau pour montrer les médicaments.

Elle est examinée en compagnie d'un traducteur, la compréhension de la langue française est très lacunaire.

L'observation ne met en évidence aucun signe dépressif ou anxieux, on ne relève actuellement aucune idéation suicidaire. L'expression émotionnelle au cours de cet entretien est peu fluctuante, l'assurée gardant ses distances. Le discours est peu précis, mais le processus de pensée ne montre rien qui laisse suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement décompensée, le cours et la forme sont sans particularité.

On ne relève aucun élément de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logique de la pensée, il n'y a pas de fuite des idées, aucune tendance digressive, aucune logorrhée particulière.

Il n'y a cliniquement pas de troubles observés dans la sphère neuropsychologique.

Madame F._____ admet que ce n'est pas un problème de moral qui l'empêche de travailler.

[...]

Sur le plan psychique, aucune psychopathologie grave et invalidante n'a été mise en évidence, Madame F._____ reconnaît que ce n'est pas le moral qui l'empêche de travailler. Une évolution vers un trouble somatoforme n'est pas exclue ».

b) F._____ a déposé le 20 décembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte existant depuis octobre 2004 tout en se référant à son dossier médical pour la description de l'atteinte. Par avis médical du 10 avril 2006, le Dr P._____ a considéré que le diagnostic de migraine chronique avait des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, ce qui n'était pas le cas de la rhinite chronique à probable composante

allergique, de la faible sensibilisation aux acariens domestiques et du status post opération des varices du membre inférieur droit. Ce praticien a constaté qu'on se trouvait devant une impasse avec une patiente déclarant être dans l'incapacité de travailler et des experts qui concluaient à sa capacité totale à reprendre son activité. Le Dr P._____ a également précisé que sa patiente avait déposé une demande AI sans l'en avoir informé.

B. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas droit à des prestations. Se fondant sur les renseignements médicaux contenus dans le dossier, il a estimé qu'il n'y avait aucun élément permettant de retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Suite à l'opposition formée par l'intéressée, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR), qui a souhaité compléter l'instruction du dossier, car l'assurée alléguait souffrir d'une allergie à la poussière qui l'empêchait d'effectuer son ménage (avis médical du 31 mars 2008). Dans un rapport du 29 avril 2008, le Dr P._____ a indiqué que sa patiente présentait certes une allergie aux acariens domestiques, mais qui n'entraînait ni empêchements ménagers, ni limitations fonctionnelles dans l'activité d'employée de maison, ni réduction de la capacité de travail.

Par décision sur opposition du 10 juin 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure, considérant que l'expertise médicale du V._____ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, le Dr P._____ ayant par ailleurs établi que l'allergie qu'elle présentait n'avait aucune conséquence sur sa capacité de travail.

C. F._____ a recouru contre cette décision le 9 juillet 2008. Par arrêt du 12 novembre 2010 (cause AI 367/08 - 444/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis son recours, annulé la décision du 10 juin 2008 et a renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète

son instruction, puis rende une nouvelle décision. En substance, la Cour de céans a retenu que le diagnostic de syndrome douloureux chronique, voire de trouble somatoforme douloureux, n'émanait pas d'un spécialiste en rhumatologie, mais en neurologie, que sur le plan psychiatrique, l'analyse du cas était peu précise, voire lacunaire, et qu'au plan somatique, la Cour de céans ne pouvait retenir, en l'absence d'un avis émanant d'un spécialiste, que l'assurée était en mesure de reprendre son ancienne activité d'employée de maison malgré l'utilisation de médicaments ou si une activité adaptée était rendue nécessaire. Finalement, la Cour en a déduit que le dossier tel que constitué ne lui permettait pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'existence ou non d'un trouble somatoforme douloureux et sur son éventuel caractère invalidant. L'absence d'investigation par l'intimé sur le plan rhumatologique et psychiatrique, alors que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé par les experts mandatés par l'assureur perte de gain, ne permettait pas de trancher le litige de façon sûre. Par ailleurs, faute d'une évaluation circonstanciée rendue par un médecin spécialiste des problèmes relatifs aux allergies, l'instruction médicale apparaissait incomplète, car elle ne permettait pas de déterminer avec précision l'incidence de ces troubles, ainsi que l'impact de la prise de médicaments sur la capacité de travail de l'assurée. La cause était ainsi renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

D. **a)** A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assurée.

Par avis médical du 23 décembre 2010, le SMR a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, allergologique et psychiatrique).

L'assurée a été convoquée à une expertise pluridisciplinaire auprès du H._____ (ci-après : le H._____ ou le H._____). Dans un rapport de synthèse du 19 avril 2011 faisant suite à deux examens cliniques des 7 et 22 février 2011, les Drs L._____, spécialiste en

médecine interne générale, N._____, spécialiste en médecine interne générale et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail
Somatisation F45.0

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail
Céphalées tensionnelles G44.2
HTA [hypertension artérielle] I10
Rhino-conjonctivite chronique J30
Urticaire chronique récidivante d'origine indéterminée L50.8
Obésité (BMI 32 kg/m²) E66
Status post crossectomie, stripping de la veine saphène interne
et mini-phlébectomie du MI [membre inférieur] droit le
25.11.2003 ».

Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ a retenu le diagnostic de somatisation, l'assurée présentant des symptômes physiques récurrents, variables dans le temps (vertiges, « malaises », pertes de connaissances), lesquelles avaient motivé plusieurs investigations médicales sans aboutir à des conclusions. L'expert psychiatre a en outre précisé ce qui suit :

« Ce trouble est accompagné de symptômes de la lignée dépressive et il a entraîné un dysfonctionnement social et familial majeur : C'est ainsi que l'expertisée reste confinée la plupart de temps à la maison, totalement inactive et devant être accompagnée en toute occasion (pour sa toilette, ses rares sorties, ses rendez-vous médicaux, etc.). Ce trouble psychique est sévère, résistant au traitement mené par les intervenants de l'I._____. Ce trouble est grevé par ailleurs d'un pronostic très réservé tant la pathologie individuelle figée a entraîné tout le groupe familial dans un dysfonctionnement chronique, sans doute difficile à changer ».

Sur le plan rhumatologique, l'assurée a été examinée par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, lequel a conclu à l'issue de l'examen à l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative, l'examen des documents radiologiques montrant de discrètes discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1, compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée. Il n'y avait dès lors pas d'affection justifiant une incapacité de travail dans la profession de

technicienne de surface ou toute autre profession, de même que pour les activités ménagères.

Sur le plan neurologique, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen clinique de l'assurée complétée par un EEG [électro-encéphalographie] et un écho-Doppler des vaisseaux précérébraux. Au terme de son bilan, le spécialiste en neurologie a écarté l'existence d'une affection structurelle majeure à l'origine des plaintes formulées par l'assurée sous forme de maux de tête, vertiges, douleurs rachidiennes, manque de force global des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que de paresthésies diffuses. S'agissant des céphalées, le Dr T._____ a conclu à des phénomènes de surcharge anxio-gène/psychogène plutôt qu'à de réels symptômes d'accompagnement de migraines avec une possible composante médicamenteuse. Il a dès lors retenu que d'un point de vue strictement neurologique, les plaintes formulées par l'assurée ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail ayant valeur d'invalidité selon la jurisprudence actuelle.

Dans le cadre de la discussion du cas, les Drs L._____, N._____ et R._____ ont relevé la présence de symptômes somatiques multiples sans substrat organique relevant, s'exprimant avec une certaine constance au cours du temps sous forme de douleurs, symptômes gastro-intestinaux et de la sphère neurologique. Ils ont indiqué que ces symptômes touchaient également la sphère sociale et relationnelle, avec un retrait social massif, une incapacité de travail persistante, le besoin de l'aide de tiers dans une grande partie des activités de la vie quotidienne et un appauvrissement des activités. Au vu de ces éléments, ils ont retenu le diagnostic de somatisation ajoutant que si les symptômes dépressifs étaient présents, ils ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct. Excluant avec une forte vraisemblance un trouble factice ou un comportement de simulation, ils ont en outre exposé les éléments suivants :

« Dans ce cadre, où l'expression des émotions est limitée par de faible capacité de verbalisation et d'élaboration, la voie somatique

est un moyen d'expression privilégié de la souffrance psychique. Dans le cas particulier, le trouble psychique doit être considéré comme sévère, de par la gravité des répercussions fonctionnelles et l'intensité des symptômes physiques. Cette situation a entraîné un dysfonctionnement familial majeur [...] ».

Les experts ont dès lors conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle dès le 2 décembre 2004, correspondant au début de la période d'incapacité de travail, sans amélioration jusqu'à ce jour.

A réception du rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'OAI a demandé au SMR d'établir un rapport final.

Par avis médical du 6 mai 2011, le Dr Q. _____ du SMR a retenu les éléments suivants :

« Cette assurée de 47 ans, employée d'entretien sans formation, en arrêt de travail depuis 2004, a été examinée de manière pluridisciplinaire au COMAI [Centre d'observation médicale de l'AI] de la H. _____ à Lausanne.

Les experts ont confirmé l'absence de toute affection organique à l'origine des plaintes de l'assurée. Le seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de Somatisation (F45.0).

Les experts estiment que cette affection justifie une incapacité de travail totale dans toute activité depuis décembre 2004.

La somatisation est un diagnostic faisant partie des troubles somatoformes (F45). Pour pouvoir déterminer si ce trouble justifie une incapacité de travail de longue durée, il convient préalablement d'analyser les critères de gravité définis par la jurisprudence :

On relève l'absence de comorbidité psychiatrique puisque l'expert psychiatre ne retient aucun autre diagnostic de son domaine et atteste que les symptômes dépressifs présents ne se manifestent pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct.

Il n'y a pas d'affection corporelle chronique puisqu'aucun substrat organique n'a été trouvé pour expliquer les plaintes de l'assurée.

La perte de l'intégration sociale semble importante; en effet l'assurée déclare sortir très peu et jamais sans accompagnement; elle n'a des contacts réguliers pratiquement qu'avec sa famille et ses thérapeutes.

La maladie la dispense de la plupart des tâches domestiques, qui sont effectuées par ses belles-filles, et lui vaut la sollicitude constante de celles-ci puisqu'elles l'accompagnent dans tous ses déplacements, l'aident pour l'habillage et le déshabillage lors de l'examen clinique, alors qu'aucune limitation physique ne justifie ce manque d'autonomie. Nous en déduisons d'une part que l'assurée tire des bénéfices secondaires de la maladie, d'autre part qu'elle présente une certaine démonstrativité.

On ne peut pas parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art puisqu'il n'y a pas d'affection organique et que l'affection psychiatrique fait l'objet uniquement d'entretiens psychothérapeutiques mensuels par une psychologue.

Les douleurs intenses, cotées entre 5 et 10/10 en ce qui concerne les maux de tête, sont décrites par l'assurée de manière vague. (« Une description précise du caractère des maux de tête est particulièrement difficile à obtenir », p. 14).

L'expert psychiatre s'est prononcé en faveur du caractère authentique des plaintes de l'assurée; les autres experts ne se prononcent pas sur ce point.

Enfin, le handicap allégué a altéré l'environnement psycho-social de l'assurée.

Les critères énumérés ci-dessus, issus de la jurisprudence, doivent faire l'objet d'une appréciation juridique afin de déterminer si l'incapacité de travail reconnue sur le plan médical a valeur d'invalidité au sens de la loi ».

b) En date du 10 juin 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il a refusé l'octroi d'une rente. Sur la base des renseignements médicaux en sa possession, il a constaté qu'elle souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Toutefois, selon l'expertise réalisée par la H._____, elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux. Elle ne réunissait par ailleurs pas non plus plusieurs des autres critères qui fondaient un pronostic défavorable sur le plan de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Le trouble somatoforme douloureux ne constituant dès lors pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, l'OAI a nié qu'une mise en valeur de sa capacité de travail ne puisse plus être exigée d'elle à 100%.

Dans le cadre de sa contestation du 31 août 2011, l'assurée a soutenu que l'expertise de la H._____ démontrait que cinq ans après l'expertise du V._____, la situation était restée figée et qu'elle s'était

chronifiée, de sorte que la pathologie pouvait maintenant être qualifiée de sévère. En définitive, elle allèguait qu'elle remplissait la très grande majorité des critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme.

Par décision du 9 novembre 2011 dont la motivation figure dans une lettre séparée portant également la date précitée, l'OAI a confirmé sa décision du 10 juin 2011. L'OAI a mentionné qu'il n'y avait pas de comorbidité importante et si certains critères posés par la jurisprudence pouvaient être éventuellement discutés, ils n'étaient en tous les cas pas particulièrement marqués. L'OAI a en outre relevé que les experts de la H. _____ ne s'étaient pas déterminés sur l'aspect invalidant de la somatisation en conformité avec la jurisprudence en la matière, l'incapacité de travail de l'assurée reposant sur son vécu subjectif, telle qu'elle le rapportait. Bien que les conclusions des experts de la H. _____ soient en contradiction complète avec ceux du V. _____, ils ne motivaient pas leur divergence, alors qu'ils auraient dû l'expliquer autrement que par la chronification de la situation, qui ne permettait pas à seule de justifier une invalidité.

E. Par acte de son mandataire du 13 décembre 2011, F. _____ a interjeté recours contre la décision du 9 novembre 2011 et conclu à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui était accordée rétroactivement au 2 décembre 2004, en faisant valoir en substance que l'expertise de la H. _____ du 10 avril 2011 était probante, qu'il n'y avait pas lieu d'en réfuter les conclusions au motif qu'elles seraient contraires à celles du V. _____ de 2006 et qu'elle remplissait les critères posés par la jurisprudence en présence d'un trouble somatoforme douloureux (vraisemblance de l'état douloureux, comorbidité psychiatrique, affections corporelles chroniques, processus maladif, échec des traitements et perte d'intégration sociale).

Par arrêt du 4 juillet 2012 (cause AI 363/11 - 234/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée contre la décision du 9 novembre 2011 de l'OAI. Elle a retenu

que s'il n'était pas contestable que la recourante souffrait de troubles de la lignée dépressive, le consilium psychiatrique du Dr R._____ du 22 février 2011 ne permettait pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de symptômes de la lignée dépressive qui, en eux-mêmes ou en corrélation avec l'état douloureux, seraient propres, par leur importance, à établir en l'espèce l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'était pas exigible de la part de la recourante (TFA I 488/04 du 31 janvier 2006). Elle a également considéré que le diagnostic de somatisation ne se manifestait pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, il excluait toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. Il y avait lieu d'admettre, au contraire, le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et se réinsérer pleinement dans un processus de travail. L'OAI était par conséquent fondé à s'écarter des conclusions des experts de la H._____ quant au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux en examinant la situation de la recourante exclusivement sous l'angle de la jurisprudence relative au caractère invalidant des syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine.

F. L'assurée a formé recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral.

Par arrêt du 9 juillet 2013 (TF 9C_619/2012), la II^e Cour de droit social du Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'assurée et annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal du 4 juillet 2012. La cause a été renvoyée à la Cour de céans pour qu'elle procède conformément aux considérants de l'arrêt puis rende une nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a relevé notamment ce qui suit :

« 5.1. Les médecins du H._____ ont constaté la présence de symptômes somatiques multiples sans substrat organique, s'exprimant sous forme de douleurs (céphalées, cervico-dorsalgies, douleurs dans les jambes, douleurs au niveau des talons), de symptômes gastro-intestinaux (vomissements, symptomatologie de reflux, tendance à la constipation) et de symptômes de la « sphère

neurologique » (vertiges, tremblements des quatre membres, perte de force subite avec épisode de chute, voire de malaise). Ces symptômes touchaient également la sphère sociale et relationnelle, les experts faisant état d'un retrait social massif, d'une incapacité de travail persistante, du besoin de l'aide de tiers dans une grande partie des activités de la vie quotidienne et d'un appauvrissement des activités. Ils en ont déduit que la recourante souffrait d'un trouble de somatisation sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Des symptômes de la lignée dépressive étaient également présents mais ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct. Les experts ont finalement jugé que le trouble psychique de la recourante devait être qualifié de sévère, celle-ci n'étant plus en mesure d'assumer de manière indépendante la majorité des tâches de la vie quotidienne, ayant notamment besoin d'une aide pour se déplacer, faire sa toilette, son ménage et préparer les repas.

5.2. En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'expertise du H._____ ne remplit pas les exigences auxquelles sont subordonnées les évaluations lorsqu'on se trouve en présence d'une symptomatologie douloureuse et qui imposent à l'expert d'indiquer - en tenant compte des critères jurisprudentiels pertinents - si et dans quelle mesure un assuré dispose des ressources psychiques qui lui permettent de surmonter ses douleurs et d'exercer (partiellement) une activité sur le marché du travail. Les experts du H._____ ont certes pris en compte certains critères jurisprudentiels dans leur évaluation. Ils ne les ont toutefois discutés que de façon sommaire. L'expertise litigieuse donne, en outre, l'impression d'être fondée dans une large mesure sur les plaintes et les informations transmises par l'assurée. Les experts ne font en effet référence à aucun test qui aurait éventuellement été effectué sur le plan psychiatrique, ni ne s'appuient sur leurs résultats, pas plus qu'ils ne font mention d'autres moyens d'investigation médicale. En définitive, il manque à l'expertise du H._____ la force de conviction nécessaire pour permettre au juge de trancher - au degré de la vraisemblance prépondérante - les questions de fait essentielles.

5.3. Dans ces conditions, à défaut d'autres informations médicales fiables et suffisantes au dossier permettant de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et partant, son droit à une rente d'invalidité, un nouvel examen médical s'impose qui devra mettre en lumière les éléments nécessaires au juge pour se déterminer au regard des critères jurisprudentiels déterminants. Il convient donc d'annuler le jugement entrepris et de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils ordonnent un complément d'expertise, puis rendent un nouveau jugement ».

G. A la suite de la reprise de l'instruction du dossier, les parties ont été invitées à lister les questions qu'elles entendaient poser aux experts du H._____ dans le cadre d'un complément d'expertise.

Les Drs L._____, BH._____, spécialiste en médecine interne générale, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, T._____ et X._____ ont examiné la recourante. Les experts ont notamment retenu ce qui suit dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} avril 2014:

« DIAGNOSTICS

Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Trouble somatisation.

F45.0

- Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur sans mise en évidence de pathologie ostéo-articulaire significative.
- Céphalées tensionnelles, troubles vertigineux/visuels sans substrat somatique.
- Episode dépressif moyen à (sévère) avec syndrome somatique.
F32.1

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Hypertension artérielle traitée.
- Rhino-conjonctivite chronique et urticaire chronique récidivante d'origine indéterminée.
- Obésité avec BMI à 33 kg/m².
- Status après crossectomie, stripping de la veine saphène interne et mini-phlébectomie du membre inférieur droit en novembre 2003.

APPRECIATION DU CAS

Cette nouvelle expertise concernant l'état de santé et la capacité de travail de Madame F._____ est sollicitée par le Tribunal Cantonal des assurances. Concernant la précédente expertise, réalisée au H._____ en 2011, plusieurs critiques ont été effectuées tant au sein de l'Assurance Invalidité que par le Tribunal Fédéral, qui jugeait que l'expertise comportait des contradictions concernant la sévérité du trouble psychiatrique (trouble somatisation retenu sans que des symptômes de la lignée dépressive ne se manifestent par une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct), avec également une critique au sujet des critères jurisprudentiels, qui n'auraient pas été discutés de façon suffisante. Il est également indiqué « que l'expertise donne l'impression d'être fondée dans une large mesure sur les plaintes et les informations transmises par l'assurée, sans faire référence à des tests éventuellement effectués sur le plan psychiatrique ou en s'appuyant sur d'autres moyens d'investigations médicales ». Dans ce contexte, une nouvelle expertise est demandée.

Nous avons donc revu Madame F._____ à plusieurs reprises, tout d'abord d'un point de vue de médecine interne générale, puis rhumatologique et encore neurologique afin de préciser la présence éventuelle de nouvelles affections organiques ou la modification éventuelle des pathologies précédemment évoquées. Tout d'abord, nous confirmons que l'hypertension artérielle (avec des valeurs tensionnelles sous traitement normales lors de l'expertise), l'obésité,

le status après opération pour varices du membre inférieur droit en novembre 2003, sans évidence par la suite de thrombose veineuse profonde, ne sont pas des diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail. La rhino conjonctivite, bien que chronique et ne répondant pas de manière tout à fait satisfaisante au traitement classique, ne représenterait pas une entrave à une capacité de travail dans une activité légère hors expositions répétées aux acariens de manière importante. Par ailleurs, c'est aussi en raison du seuil de tolérance fortement abaissé dans le cadre du trouble somatisation (qui sera décrit plus loin) que ce problème allergique avec également l'urticaire chronique récidivante mais occasionnelle sont ressentis par Madame F. _____ comme des éléments très invalidants qui entraveraient selon elle toute activité professionnelle.

Tant au plan rhumatologique que neurologique, nos appréciations actuelles rejoignent celle notée lors de la précédente expertise de 2011, à savoir que nous n'avons pas mis en évidence de pathologie ostéo-articulaire significative pouvant expliquer la généralisation des douleurs à tout l'appareil locomoteur, leur intensité qui s'accroît au cours du temps et les répercussions fonctionnelles qu'elles ont dans la vie quotidienne de Madame F. _____. L'existence d'une importante discordance entre les plaintes douloureuses et l'examen physique objectif, qui montre une bonne mobilité articulaire globale et du rachis tant à l'examen par l'interniste que par le rhumatologue, évoque une forte composante somatoforme, avec des douleurs qui ne sont pas expliquées selon un modèle biomédical seul mais ne remettant néanmoins pas en doute l'authenticité des plaintes.

De même, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan est à nouveau entièrement normal, notamment sans élément en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. La bonne préservation des valeurs tensionnelles en orthostase parle contre une hypotension orthostatique. Les malaises exprimés par Madame F. _____ ne sont pas non plus évocateurs d'une épilepsie; l'EEG est sans anomalie significative, notamment sans élément en direction d'une comitialité. Il n'y a pas non plus à l'écho-doppler des vaisseaux précérébraux d'élément pour une pathologie vertébro-basilaire à l'origine des troubles vertigineux. Au terme du présent bilan, le Docteur T. _____ confirme l'absence d'atteinte neurologique structurelle tant au niveau du système nerveux périphérique que central. La description donnée actuellement des maux de tête par l'expertisée n'évoque plus du tout des céphalées migraineuses mais bien des céphalées tensionnelles, avec une localisation au niveau de la nuque et du vertex et une sensation d'étau. La symptomatologie vertigineuse, visuelle et les états de faiblesse allant jusqu'à la perte de connaissance ne sont clairement pas liés à une pathologie somatique et notamment à une pathologie migraineuse mais correspondent clairement à des phénomènes psychogènes. Nous retenons à nouveau le diagnostic de céphalées tensionnelles et de troubles vertigineux/visuels sans substrat somatique, entrant dans le cadre de différents points de somatisation. Nous n'avons donc pas d'élément organique qui expliquerait une diminution des aptitudes professionnelles de Madame F. _____ et il s'agit bien en globalité d'une symptomatologie pour laquelle le diagnostic de somatisation a été

confirmé, comme il ressort de l'évaluation psychiatrique détaillée effectuée lors de cette expertise par le Docteur K._____.

En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, les éléments qui motivent le diagnostic de somatisation sont détaillés dans la discussion du consilium psychiatrique et sont repris tels quels :

« D'abord, le diagnostic de somatisation peut être confirmé à l'issue de la présente évaluation psychiatrique. En effet, l'expertisée présente des plaintes multiples dans différents systèmes, notamment sous la forme de douleurs, de vertiges, accompagnés de pertes de connaissance. L'expertisée rapporte également des symptômes dans la sphère digestive (dyspepsie, constipation chronique) mais également génito-urinaire (notion de brûlures intermittentes, absence de libido actuelle, notion de dyspareunie lorsque l'expertisée avait des relations sexuelles). Les malaises de l'expertisée, des dysesthésies ainsi que des phénomènes de lâchages d'objets avec faiblesse évoquent également des symptômes d'allure pseudo-neurologique.

Comme indiqué dans l'expertise précédente, ce trouble a nécessité de nombreuses investigations médicales, sans que l'expertisée ait pu accepter les conclusions rassurantes des différents spécialistes. Le tableau de la somatisation est donc clair dans cette situation ».

Ainsi, comme retenu par les médecins SMR et la Cour Cantonale des assurances sociales, il s'agit effectivement d'un trouble classé dans les troubles somatoformes. Il faut alors dans ce contexte déterminer les points suivants : la présence ou l'absence d'une comorbidité psychiatrique, notamment sous la forme d'une atteinte dépressive, qui représente un point litigieux dans le dossier médical de l'expertisée. L'expertise précédente de 2011 effectuée dans notre institution ne retenait pas de symptomatologie suffisante dans ce registre pour retenir un trouble anxieux ou dépressif distinct. Par contre, les professionnels en charge du suivi psychologique de l'expertisée au sein d'I._____ retiennent un diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen.

L'évaluation clinique de Madame F._____ durant l'entretien psychiatrique est décrite en détail dans la discussion du consilium spécialisé :

« Sur le plan clinique, l'expertisée frappe durant l'entretien psychiatrique par un ralentissement psychomoteur significatif. Elle se présente la plupart du temps les larmes aux yeux, puis franchement en pleurs durant une bonne partie de l'entretien. Les capacités de concentration sont cliniquement et anamnesticquement abaissées. En effet, au status psychiatrique, on relève plusieurs erreurs, une incapacité à effectuer une épreuve de calcul ou à réciter les mois de l'année à l'envers, quand bien même l'expertisée dispose de toute évidence d'un bagage intellectuel suffisant étant donné qu'elle a effectué une scolarité obligatoire avec de bons résultats. La tristesse affichée par l'expertisée, son ralentissement psychomoteur et ses troubles cognitifs évoquent dès lors une symptomatologie dépressive manifeste. Par ailleurs, l'expertisée décrit d'autres symptômes clés de cette affection, à savoir une anhédonie jugée totale, des idées de dévalorisation sous forme d'un sentiment d'inutilité marqué, avec également idées de culpabilité par rapport à sa dépendance vis-à-vis de ses proches. L'expertisée présente de plus une baisse de l'appétit, des troubles du sommeil

marqués, une vision pessimiste face au futur, des idées noires fréquentes (elle indique qu'elle préférerait être morte que d'être dans cette situation), sans avoir toutefois d'idées suicidaires scénarisées. La présence d'un syndrome somatique peut être retenue en raison d'une diminution d'intérêt et de plaisir pour les activités habituellement agréables, avec manque de réactivité émotionnelle à des événements ou circonstances habituellement agréables, des éléments actuels en faveur d'un ralentissement psychomoteur, une baisse d'appétit et une absence totale de libido ».

« La question est ensuite de savoir s'il s'agit d'une symptomatologie dépressive incluse dans le diagnostic de somatisation étant donné le fait que, dans la description de ce trouble on indique dans la CIM-10 que « le trouble s'accompagne souvent d'une dépression et d'une anxiété importante, pouvant justifier un traitement spécifique ». Dans le diagnostic différentiel des troubles de somatisation, la CIM-10 indique plus loin que « la somatisation s'accompagne habituellement de symptômes dépressifs et anxieux d'intensité variable; il n'est pas nécessaire de spécifier la présence de ces symptômes, sauf s'ils sont suffisamment sévères et persistants pour justifier un diagnostic indépendant ».

Au vu de ce qui précède, il faut donc qualifier l'intensité de la symptomatologie actuellement observée. Sur le plan de l'entretien psychiatrique, les critères CIM-10 de dépression, avec également une échelle de dépression MADRS avec un score de 36 points sur 60 évoqueraient une symptomatologie dépressive plutôt sévère. Par contre, il faut tenir compte dans cette situation du profil psychologique de l'expertisée, et notamment du trouble somatisation qui occasionne, comme il est bien relevé, des tendances à la démonstrativité. A relever toutefois que cette démonstrativité fait partie intégrante des troubles du registre somatoforme, que ce soit dans les syndromes douloureux somatoformes persistants ou dans les autres troubles apparentés. L'état psychique de l'expertisée semble par ailleurs fluctuant, étant donné que l'expert principal de la présente évaluation observait lors des entretiens somatiques une expertisée qui se montrait moins ralentie sur le plan clinique et qui mettait en avant de façon prépondérante des symptômes du registre somatique. Si l'on pondère dès lors les différents avis et observations, ma conclusion sera de retenir, comme le font les professionnels d'I._____, une symptomatologie dépressive actuellement d'intensité en tout cas moyenne, avec une évaluation qui se situe à la limite de la symptomatologie dépressive sévère. Je suis donc d'avis que la symptomatologie dépressive de l'expertisée, telle qu'elle était observée lors de l'entretien du 11.02.2014, justifie un diagnostic séparé. Par contre, je ne peux pas retenir, comme le font les professionnels d'I._____, la notion de trouble dépressif récurrent. En effet, l'expertisée ne mentionne aucun antécédent dépressif clair avant l'apparition de ses plaintes somatiques. Par la suite, l'état psychique semble avoir été fluctuant, avec la présence constante d'un degré d'anxiété et de dépression, qui paraît en accentuation, notamment depuis la précédente expertise réalisée au sein de notre institution ».

Notre évaluation actuelle retient donc une comorbidité psychiatrique, sous forme d'un épisode dépressif moyen (à sévère) avec syndrome somatique.

Concernant les critères jurisprudentiels autres pour préciser le caractère invalidant du trouble somatoforme, nous avons mis en avant, comme noté déjà dans la précédente expertise, les limitations fonctionnelles que présente Madame F. _____ et qui demeurent importantes. « Concernant les limitations fonctionnelles, les affections psychiatriques retenues sont de nature à générer d'importants troubles dans différents domaines. En particulier, l'expertisée se montrera fatigable, incapable de soutenir une tâche, qu'elle soit intellectuelle ou physique. L'expertisée se montrera démotivée, sans énergie, incapable de se concentrer sur une consigne ou sur une conversation. Par ailleurs, en raison du trouble somatisation, l'expertisée adopte un comportement qui sera intolérable pour l'entourage, et notamment sur le plan professionnel. L'expertisée sera en effet plaintive, dépendante de son entourage et ne démontrera aucune capacité d'investir la réalité sociale ou professionnelle. Comme déjà indiqué dans l'expertise précédente, le trouble somatisation, qui inclut une tendance à la démonstrativité, est susceptible de générer d'importantes contre-attitudes négatives, ce qui rend l'expertisée incapable de s'insérer dans une activité de groupe, ni même dans une activité individuelle ».

La gravité de l'atteinte psychiatrique est aussi détaillée dans le consilium spécialisé, de même que l'évolution de cette atteinte à la santé au cours du temps, avec une aggravation évidente :

« La gravité de l'atteinte psychiatrique doit donc prendre en compte l'intensité de la symptomatologie psychosomatique de l'expertisée, sous la forme de plaintes multiples, envahissantes, générant des troubles relationnels. Une comorbidité psychiatrique n'a pas été retenue jusqu'à la présente évaluation. Toutefois, l'entretien actuel fait état d'une symptomatologie dépressive significative, en tout cas de degré moyen, voire sévère par moments. Cette atteinte ne se manifeste pas uniquement par les plaintes de l'assurée, mais peut également être objectivée par des troubles cognitifs au status et par un ralentissement psychomoteur significatif. La symptomatologie a par ailleurs été pondérée en fonction de la tendance de l'expertisée à la dramatisation émotionnelle liée à son trouble somatisation.

Ensuite, il faut considérer que l'expertisée présente une affection psychiatrique qui ne fait que s'aggraver avec le temps, les plaintes somatiques sont de plus en plus envahissantes, elles s'accompagnent d'une symptomatologie dépressive qui apparaît déjà chronifiée et peu mobile par rapport aux prises en charge qui ont été proposées. Une critique, à mon avis injustifiée, est effectuée au sujet du suivi thérapeutique de l'expertisée. En effet, l'approche ethno-psychiatrique, via I. _____, avec des entretiens psychologiques une fois par mois, représente un dispositif thérapeutique adapté et expérimenté dans ce genre de situation. Tout au plus pourrait-on proposer que l'expertisée bénéficie d'une médication antidépressive mieux conduite. Cependant, les assurés présentant un trouble du registre des troubles somatoformes sont souvent résistants à toute forme de traitement et il paraît dès lors illusoire d'indiquer que telle ou telle approche thérapeutique est dans ce genre de situation la meilleure. On assiste donc déjà à une évolution des symptômes sur de nombreuses années, avec une accentuation des symptômes psychiatriques, et ceci sans rémission. Il faut ensuite relever chez l'expertisée la présence d'un psychisme fruste, déjà décrit dans l'expertise de 2011, avec des capacités

d'élaboration très limitées, avec une souffrance qui s'exprime de façon privilégiée par la voie somatique et sous la forme de comportements démonstratifs. De toute évidence, l'expertisée ne peut exprimer autrement son mal-être, les symptômes signant dès lors l'échec d'élaboration de toute conflictualité psychique. Au vu de la chronicité des plaintes, de leur aspect verrouillé et du contexte psychologique évoqué, la présence d'un état psychique cristallisé peut déjà être retenue dans cette situation ».

Concernant une comorbidité somatique, nous avons déjà discuté plus haut l'absence de diagnostic rhumatologique ou neurologique ou d'autres systèmes, car toutes les plaintes physiques sont principalement en lien avec la somatisation.

Comme dernier critère de gravité, étant donné la présentation clinique de l'expertisée et les éléments hétéro-anamnestiques, confirmés par le suivi d'I._____, il n'y a aucun doute sur le fait que l'expertisée présente une désinsertion sociale complète. Comme noté dans le consilium psychiatrique : « Il est injustifié de dire que l'expertisée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie étant donné qu'elle conserverait des contacts avec sa famille. En effet, le système familial actuel s'organise autour de l'expertisée de façon pathologique, ce que l'on retrouve la plupart du temps dans les troubles somatoformes, notamment dans les syndromes douloureux somatoformes, étant donné que la CIM-10 indique : « le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins ». Dans la situation concrète de l'expertisée, il s'agit de toute évidence d'une régression pathologique du milieu familial et la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie doit être retenue de façon évidente ».

Ainsi, lors de notre colloque de synthèse, nous avons retenu le fait que Madame F._____ est enfermée dans une symptomatologie chronique, peu mobilisable, au pronostic très réservé pour le futur. Madame F._____ présente avant tout au premier plan une atteinte à la santé psychique, avec sur ce plan une situation qui ne fait aucun doute sur une incapacité de travail persistante et complète depuis la précédente évaluation d'expertise.

Nous insistions déjà en 2011 sur un trouble psychique de degré sévère, de pronostic réservé, avec comme élément majeur de gravité le dysfonctionnement social et familial important décrit anamnestiquement. Actuellement, nous nous sommes concentrés de manière détaillée sur la sémiologie psychiatrique; et nous pensons avoir documenté sur la base de l'anamnèse et de notre observation, que les critères de jurisprudence concernant le trouble somatisation sont remplis, et que, de fait, ce trouble génère d'importantes limitations fonctionnelles dans la vie de Madame F._____, que ce soit au plan personnel, social et familial et bien entendu professionnel.

REPONSES AUX QUESTIONS

Questionnaire complémentaire du Tribunal à l'expert :

1. Constatations objectives :

Cf. consilium, observations de l'interniste.

2. Indications données par la recourante :

Cf. début de l'expertise avec les rubriques « affection actuelle, descriptif des plaintes actuelles et les anamnèses des consiliums de rhumatologie et neurologie, ainsi que psychiatrie ».

3. Quels sont les troubles présentés parla recourante?

Cf. diagnostics.

4. Dans la mesure où il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, ou une affection présentant le même tableau clinique, comment évaluez-vous le caractère exigible par la recourante d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères suivants: la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme), d'affections corporelles chroniques ou d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble :

Dans la discussion, nous avons documenté le fait que Madame F. _____ n'est pas apte à montrer un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique. Cela n'est pas exigible, à notre avis, au vu de la comorbidité psychiatrique sous forme de l'état dépressif moyen à sévère, de l'importance du trouble somatisation, qui s'étend sur plusieurs années sans rémission durable et surtout au vu de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état dépressif est clairement documenté actuellement (cf. discussion du psychiatre). Les symptômes dépressifs sont apparus avec le trouble somatisation, et sont présents à une intensité fluctuante depuis de nombreuses années. L'état psychique est cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, comme noté dans la discussion. La cristallisation du psychisme sur les douleurs va de pair avec la notion de « profit tiré de la maladie », il s'agit d'un processus inconscient découlant des limitations émotionnelles inhérentes aux phénomènes de somatisation, tout comme la démonstrativité. Il y a l'échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art. L'approche ethno-psychiatrique via I. _____, avec des entretiens psychologiques une fois par mois, représente un dispositif thérapeutique adapté et expérimenté dans ce genre de situation, avec toutefois une médication antidépressive qui pourrait être mieux conduite, avec toutefois de faibles chances de succès au vu du profil global des troubles de l'expertisée.

5. Quel est l'environnement psychosocial de la recourante et comment l'appréciez-vous?

Cf. anamnèse psychosociale et consilium de psychiatrie. Madame F. _____ est dépendante de sa famille, qui s'est mobilisée autour d'elle de manière pathologique.

6. Ces troubles sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante comme employée de maison totalement ou partiellement?

Oui. En ce qui concerne les dates, nous pensons rétrospectivement qu'il est difficile d'affirmer que Madame F. _____ présentait déjà une incapacité de travail complète depuis 2004, soit au début des plaintes et investigations, en raison de la fluctuation des symptômes physiques et du trouble psychique et de l'absence de trouble psychiatrique retenu au V. _____ en 2006. Par contre, la situation s'est par la suite nettement aggravée progressivement, en tout cas en 2007, au vu de la prise en charge psychiatrique instaurée à ce moment-là et de la dépendance à la famille depuis cette période. Depuis 2007, nous jugeons l'incapacité de travail totale. La situation médicale de l'expertisée est restée inchangée jusqu'à l'expertise de 2011 au sujet de laquelle nous pouvons rétrospectivement souligner comme principal critère de jurisprudence montrant la gravité du trouble somatisation, la chronicité du trouble, l'état psychique cristallisé, l'importance des répercussions sociales, familiales et personnelles qu'il engendrait, et l'absence de ressources dont disposait l'expertisée pour y faire face (capacités d'introspection limitées). Entre 2011 et la présente expertise, une aggravation psychique est documentée comme détaillé dans la discussion, avec comme critère supplémentaire, l'apparition d'un état dépressif.

7. Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique?

Aucune, il y a une incapacité de travail totale, à notre avis.

8. a) Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession, quelles sont les activités professionnelles adaptées que la recourante pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

Aucune autre car l'incapacité de travail vaut dans toute activité, quelle qu'elle soit. Ce ne sont pas les limitations somatiques qui sont au premier plan mais bien une atteinte à la santé psychiatrique.

b) L'ensemble des troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail?

Oui, cf. discussion et réponse aux questions 6 et 7.

9. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?

Non, cf. discussion.

10. Peut-on raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?

Dans la négative pour quelle raison?

Non, étant donné l'importance de l'atteinte à la santé psychique, sa mauvaise évolution au cours du temps et l'importance des répercussions fonctionnelles en raison de l'état dépressif, du trouble somatisation. Il s'agit d'une fatigabilité, d'une incapacité à soutenir les tâches, intellectuelles ou physiques. Il y a aussi une démotivation en raison du trouble somatisation, l'adoption d'un comportement qui

serait intolérable pour l'entourage et notamment sur le plan professionnel. L'expertisée ne présente actuellement aucune capacité d'investir la réalité sociale ou professionnelle.

11. Quel est votre pronostic?

Comme noté dans la discussion, le pronostic est extrêmement réservé au vu de la désinsertion sociale de Madame F. _____ et de la grande dépendance à sa famille.

12. Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Non, voir en détail la discussion.

Questionnaire complémentaire de la recourante à l'expert :

13. Au vu des troubles présentés par Madame F. _____, en particulier ses troubles dépressifs d'intensité variable, ses migraines, et céphalées de tension, ses allergies, ses rhino-conjonctivites et son urticaire, peut-on retenir qu'elle présente des affections corporelles ou psychiques chroniques?

Oui, affection psychique essentiellement sous forme du trouble somatisation, lequel est accompagné de divers facteurs de gravité jurisprudentiels, dont l'épisode dépressif moyen à sévère.

14. Existe-t-il pour Madame F. _____, laquelle semble souffrir depuis 2001 à tout le moins de céphalées, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (symptomatologie inchangée ou progressive)?

Oui, comme décrit plus amplement dans notre discussion et dans les réponses précédentes. Toutefois, l'importance des somatisations et de leurs répercussions dans la vie personnelle, sociale de l'expertisée, et leur chronicité, est surtout documentée depuis 2007. Nous retenons à posteriori cette date pour les raisons notées à la question complémentaire N°6.

15. Madame F. _____ souffre-t-elle d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ? est-elle notamment capable de sortir seule pour avoir des activités sociales ? est-elle en mesure de tenir seule son ménage et de s'occuper d'elle-même dans la vie de tous les jours?

Oui, l'expertisée présente une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Non, elle n'est pas capable de sortir seule pour avoir des activités sociales. Non, elle n'est pas en mesure de tenir seule son ménage et de s'occuper d'elle-même dans la vie de tous les jours.

16. Depuis toutes ces années, Madame F. _____ souffre-t-elle 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 de la maladie)?

Oui, il s'agit d'un état psychique cristallisé. Cf. discussion.

17. Madame F. _____ a-t-elle bénéficié des divers traitements conformes aux règles de l'art, qui ont tous échoué malgré l'attitude coopérative de la patiente?

Oui, Madame F. _____ est coopérative dans le sens où elle se rend à I. _____ pour des entretiens psychologiques au moins une fois

par mois, qui nous paraît une approche thérapeutique cohérente. En ce qui concerne une éventuelle médication antidépressive mieux conduite, la présence du trouble somatisation rend ce traitement plus qu'aléatoire (cf. discussion).

18. Existe-t-il des éléments au dossier vous permettant de retenir que Madame F. _____ simulerait ou exagérerait ses plaintes?

Non. Cf. discussion et notamment le fait que, tant les médecins traitants, les spécialistes auxquels Madame F. _____ a recours (comme l'allergologue) que les psychiatres-psychologues d'I. _____, ont observé le même comportement, les mêmes plaintes. Il ne s'agissait alors pas d'observations effectuées pour des expertises médicales en vue de prestations AI. La démonstrativité qui a été observée par tous ces cliniciens, et que nous observons également dans le cadre de notre expertise, fait partie intégrante des diagnostics apparentés aux troubles somatoformes. Il s'agit avant tout de phénomènes dont l'origine est inconsciente, alors que la simulation ou l'exagération des plaintes comportent une dimension consciente.

19. Madame F. _____ dispose-t-elle en l'état de suffisamment de ressources psychiques pour lui permettre de surmonter ses douleurs et d'exercer (partiellement) une activité sur le marché du travail?

Non, comme noté dans la discussion.

20. Le Tribunal fédéral relève encore que l'expertise se fonderait uniquement sur les plaintes et informations transmises par l'assurée et regreffe l'absence de tests sur le plan psychiatrique et d'autres moyens d'investigation médicale. De tels tests et autres moyens d'investigation pour répondre aux questions susmentionnées existent-ils et, si oui, sont-ils pertinents dans le cas d'espèce?

Cf. consilium de psychiatrie où la sémiologie psychiatrique est bien détaillée. Nos diagnostics se basent sur l'observation de plusieurs experts et également sur l'échelle de dépression MADRS, en plus de l'anamnèse de l'entourage de Madame F. _____ et de ses médecins traitants.

Questionnaire complémentaire de l'OAI à l'expert :

21. Prière de vous déterminer sur l'aspect incapacitant de la somatisation en conformité avec la jurisprudence en la matière; quelles sont les raisons pour lesquelles le trouble douloureux ne serait pas surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible?

Cf. discussion Se référer également au consilium psychiatrique dans lequel les critères de gravité sont soigneusement examinés.

22. Vos conclusions sont en contradiction avec celles de l'expertise V. _____ de 2006; pourriez-vous motiver en détail cette divergence?

Voir dans la discussion où sont discutés les symptômes et signes cliniques qui permettent de poser le diagnostic de comorbidité psychiatrique sous forme d'épisode dépressif de degré moyen à sévère actuellement et la démonstration des critères de gravité du trouble somatisation.

L'état de dépendance pathologique de Madame F. _____ à sa famille, témoignant de l'aggravation du trouble somatoforme s'est

installé progressivement depuis 2004. Le suivi psychiatrique à l._____ a débuté en 2007, montrant bien l'épuisement des ressources de l'expertisée et la nécessité de prendre en charge sa symptomatologie globale, dont la symptomatologie dépressive. La situation lors de notre évaluation de 2011 était donc bien différente de celle faite au V._____ 5 ans plus tôt où aucune pathologie psychiatrique n'avait été retenue. Actuellement, nous avons encore des critères supplémentaires d'aggravation psychique, avec l'état dépressif décrit plus haut, en plus de l'évolution défavorable des somatisations au cours des années ».

Dans ses déterminations du 1^{er} mai 2014 sur le rapport d'expertise, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il retient, sur la base de l'avis médical du Dr CJ._____ du SMR du 24 avril 2014 qu'il joint à son écriture, que le début de l'incapacité de travail se situerait entre avril 2011 et février 2014 et en déduit que la décision attaquée, de novembre 2011, est dans tous les cas de figure envisageables antérieure à l'échéance du délai de carence d'une année à compter du début de l'incapacité de travail. Pour l'intimé, la somatisation n'était pas invalidante au sens de l'AI lorsqu'a été réalisée l'expertise de la H._____ du 19 avril 2011, faute d'une comorbidité psychiatrique. Or, une telle comorbidité ne pouvait être apparue avant la réalisation de l'examen psychiatrique de l'assurée. L'avis médical du Dr CJ._____ du SMR du 24 avril 2014 précité a notamment la teneur suivante :

« Discussion : La présente expertise confirme l'absence d'atteinte somatique incapacitante. Actuellement, au vu de la description anamnestique et clinique, la présence d'un épisode dépressif moyen à sévère ne fait aucun doute (cette affirmation a été confirmée en permanence psychiatrique au SMR, Dr DK._____). L'épisode dépressif constitue une comorbidité psychiatrique incapacitante, responsable d'une incapacité de travail totale. Reste à examiner à quand remonte l'incapacité de travail.

Comme mentionné par les experts, au vu de la fluctuation des symptômes physiques et psychiques et de l'absence de trouble psychiatrique retenu au V._____ en 2006, l'incapacité ne peut être considérée comme remontant à 2004.

Lors de la précédente expertise (datée du 19.04.11), et au vu de l'argumentation détaillée dans l'avis SMR du Dr Q._____ (06.05.11) et l'avis juriste de M. [...] (27.05.11), l'assurée ne présentait à ce moment pas de comorbidité psychiatrique incapacitante (les symptômes dépressifs présents ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct) et le trouble somatisation ne remplissait pas les critères permettant de justifier un caractère

incapacitant. Dès lors, l'incapacité de travail totale retenue depuis 2007 ne nous paraît pas justifiée.

Nous relevons enfin que malgré le pronostic défavorable établi par l'expert psychiatre en lien avec la réponse à un quelconque traitement, l'assurée ne bénéficie actuellement et depuis 2011 d'aucun traitement antidépresseur.

Conclusion : Jusqu'à la précédente expertise datée du 19.04.11, nos conclusions restent inchangées.

Il semble exister au moment de la présente expertise une atteinte psychiatrique dépressive incapacitante dont le diagnostic distinct au trouble somatisation est justifié, représentant dès lors une comorbidité psychiatrique. Toutefois, en l'état, nous ne pouvons nous déterminer sur la date à laquelle l'assurée a présenté une symptomatologie dépressive suffisamment intense pour justifier le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère. La date du début de l'incapacité de travail se situe selon nous entre avril 2011 et février 2014 ».

Dans ces déterminations du 5 mai 2014, la recourante a relevé qu'au vu du rapport d'expertise du 1^{er} avril 2014, il convenait d'admettre qu'elle présente des troubles somatoformes douloureux à caractère invalidant justifiant l'octroi d'une rente AI entière.

Le 20 mai 2014, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours.

Dans ses observations du 11 juin 2014, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Par arrêt du 9 juillet 2013, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 4 juillet 2012 et renvoyé la cause à la présente instance pour complément d'instruction et nouveau jugement.

Il convient dès lors de déterminer si la recourante a droit à une rente d'invalidité, singulièrement d'évaluer son incapacité de travail, à la

lumière de l'instruction complémentaire menée à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

2. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

b) Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales; RS 830.1) et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette législation, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

Un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et les références citées; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

4. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndrome. Selon la jurisprudence, ceux-ci n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères

peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), 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 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_832/2012 du 20 juin 2013 consid. 2.2 et 9C_953/2011 du 25 octobre 2012 consid. 5.2).

En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3; TF 9C_953/2011 précité consid. 5.3).

5. a) A la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, la recourante a fait l'objet de nouveaux examens complets de la part des médecins du H._____. Dans ce contexte, elle a été examinée par les Drs K._____, T._____, X._____, L._____ et BH._____.

Après avoir pris connaissance de la documentation médicale au dossier, établi un rappel anamnestique et décrit les plaintes de l'assurée, les experts ont procédé à une nouvelle évaluation de cette dernière avec examen des status notamment cardiovasculaire, respiratoire, digestif, ostéo-articulaire, et neurologique avec écho-doppler et EEG. Au plan psychiatrique, la recourante a en outre été soumise à des tests (échelle de dépression MADRS).

Les experts judiciaires ont constaté qu'ils ne détenaient pas d'élément organique qui expliquerait une diminution des aptitudes professionnelles de l'assurée. Ils ont ainsi confirmé l'hypertension artérielle, relevant des valeurs tensionnelles sous traitement normales lors de l'expertise, l'obésité, le status après opération pour varices du membre inférieur droit en novembre 2003, sans évidence par la suite de thrombose veineuse profonde, ces diagnostics n'influençant pas la capacité de travail. S'agissant de la rhino-conjonctivite, bien que chronique et ne répondant pas de manière tout à fait satisfaisante au traitement classique, les experts sont d'avis qu'elle ne représente pas non plus une entrave à une capacité de travail dans une activité légère hors expositions répétées aux acariens de manière importante.

Sur les plans rhumatologique et neurologique, les experts judiciaires ont constaté que leurs appréciations actuelles rejoignent celles de leur expertise précédente de 2011, à savoir l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative pouvant expliquer la généralisation des douleurs à tout l'appareil locomoteur. On notera toutefois que le Dr X. _____ a retenu dans le rapport d'expertise d'avril 2014 le diagnostic rhumatologique de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'étiologie indéterminée, sans mise en évidence de pathologie ostéo-articulaire significative, alors qu'il n'avait pas retenu un tel diagnostic en avril 2011. Pour les experts, l'examen physique objectif montre une bonne mobilité articulaire globale et du rachis tant à l'examen par l'interniste que par le rhumatologue. Quant à l'examen neurologique, il est à nouveau entièrement normal, avec un EEG sans anomalie significative. Il n'y a pas non plus à l'écho-doppler des vaisseaux précérébraux d'éléments pour une pathologie vertébro-basilaire à l'origine des troubles vertigineux. Le Dr T. _____ a ainsi confirmé l'absence d'atteinte neurologique structurelle tant au niveau du système nerveux périphérique que central. Quant à la symptomatologie vertigineuse, visuelle et les états de faiblesse allant jusqu'à la perte de connaissance, ils ne sont pas liés à une pathologie somatique et notamment à une pathologie migraineuse mais correspondent à des phénomènes psychogènes.

L'appréciation qui précède est superposable à celle retenue dans l'expertise d'avril 2011. On retiendra dès lors que la recourante présente des symptômes somatiques sans substrat organique.

b) Il convient donc d'examiner à la lumière de la jurisprudence relative à l'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique si le trouble somatisation mis en évidence par les experts judiciaires doit – ou non – conduire à retenir une incapacité de travail chez la recourante, et dans l'affirmative dès quelle date.

A cet égard, selon les experts judiciaires, la recourante présente désormais, avec effet sur la capacité de travail, en sus d'un trouble somatisation (F45.0), un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.1). Or les premiers experts du H._____, dans leur rapport d'expertise du 19 avril 2011, avaient retenu avec effet sur la capacité de travail le seul diagnostic de somatisation, en relevant que si les symptômes dépressifs étaient présents, ils ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct.

Dans ce contexte, il ne fait nul doute, et le Dr CJ._____ du SMR n'en disconvient pas dans son avis du 24 avril 2014, que l'épisode dépressif moyen à sévère diagnostiqué par les experts du H._____ dans leur expertise complémentaire du 1^{er} avril 2014 constitue une comorbidité psychiatrique déterminante, qui entraîne une incapacité totale de travailler, qui est survenue postérieurement à l'expertise initiale d'avril 2011 du H._____, mais avant le complément d'expertise dont le volet psychiatrique a été effectué en février 2014. On retiendra donc pour établi que l'incapacité de travail de la recourante a été totale dans toute activité à tout le moins à compter du mois de mai 2011.

Il convient toutefois d'examiner également ce qu'il en est de la période antérieure, dès lors que les experts judiciaires font remonter l'incapacité de travail totale à 2007.

A cet égard, les experts ont relevé que l'assurée ne mentionnait aucun antécédent dépressif clair avant l'apparition de ses plaintes somatiques. Par la suite, l'état psychique semblait avoir été fluctuant, avec la présence constante d'un degré d'anxiété et de dépression, qui paraissait en accentuation, notamment depuis la précédente expertise [d'avril 2011].

Au regard de ces observations médicales, on ne saurait retenir que le trouble somatisation dont souffre la recourante était accompagné entre 2007 et 2011 d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Toutefois, en l'absence de comorbidité psychiatrique déterminante, certains critères permettent de reconnaître exceptionnellement le caractère invalidant d'un trouble somatoforme (respectivement d'un trouble somatisation, s'agissant d'une affection qui présente le même tableau clinique).

A cet égard, les experts judiciaires ont constaté que la recourante n'était pas apte à montrer un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique. Cela n'était pas exigible, au vu de l'état dépressif moyen à sévère, mais également de l'importance du trouble somatisation, qui s'étendait sur plusieurs années sans rémission durable et surtout au vu de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La recourante n'était pas capable de sortir seule pour avoir des activités sociales, ni de tenir seule son ménage et de s'occuper d'elle-même dans la vie de tous les jours. L'état psychique était cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Il s'agissait d'un processus inconscient découlant des limitations émotionnelles inhérentes aux phénomènes de somatisation. Il y avait par ailleurs échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art, alors même que la recourante était coopérative dans la mesure où elle se rendait au moins

une fois par mois à I._____ pour des entretiens psychologiques. L'approche ethno-psychiatrique via I._____, avec des entretiens psychologiques une fois par mois, représentait un dispositif thérapeutique adapté et expérimenté dans ce genre de situation, avec certes une médication antidépressive qui pourrait être mieux conduite, mais toutefois de faibles chances de succès au vu du profil global des troubles de l'expertisée.

Interpellés spécifiquement sur la date dès laquelle les troubles de la recourante l'avaient empêchée d'exercer une activité, les experts ont expliqué qu'il leur était difficile d'affirmer que la recourante présentait déjà une incapacité de travail complète depuis 2004, soit au début des plaintes et investigations, en raison de la fluctuation des symptômes physiques et du trouble psychique et de l'absence de trouble psychiatrique retenu au V._____ en 2006. Par contre, la situation s'était par la suite nettement aggravée progressivement, en tout cas en 2007, au vu de la prise en charge psychiatrique instaurée à ce moment-là et de la dépendance à la famille depuis cette période. Les experts jugeaient ainsi l'incapacité de travail totale depuis 2007. La situation médicale de l'expertisée était restée inchangée jusqu'à l'expertise de 2011 au sujet de laquelle les experts soulignaient rétrospectivement quant à la gravité du trouble somatisation, sa chronicité, l'état psychique cristallisé, l'importance des répercussions sociales, familiales et personnelles qu'il engendrait, et l'absence de ressources dont disposait l'assurée pour y faire face (capacités d'introspection limitées). Entre 2011 et l'expertise de 2014, une aggravation psychique était mise en évidence, avec l'apparition d'un état dépressif.

Finalement, il ressort de ce qui précède que les critères permettant de reconnaître exceptionnellement le caractère invalidant du trouble somatoforme (respectivement trouble somatisation) sont réalisés. Par conséquent, il apparaît au terme d'une appréciation (juridique) des constatations médicales des experts - dont le rapport du 1^{er} avril 2014 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante - que la présomption selon laquelle cette atteinte et ses

effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante est renversée. On retiendra dès lors que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2007.

Il s'ensuit que le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI (désormais art. 28 al. 1 let. b LAI) a commencé à courir en janvier 2007, pour arriver à échéance en janvier 2008. La recourante a dès lors droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2008.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante avec effet au 1^{er} janvier 2008.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI.

La recourante obtenant gain de cause et qui a procédé avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 3'500 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]; art 61 let. g LPGA), ces dépens comprenant les dépens de la précédente cause (AI 363/11 - 234/2012), conformément au ch. 4 du dispositif de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 9 juillet 2013, ainsi que les dépens de la présente espèce.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à F._____ avec effet au 1^{er} janvier 2008.
- III. 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.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 3'500 fr. (trois 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 :

- Me Olivier Subilia (pour F._____),
- 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 :