

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Férolles et M. Peter, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en [...], travaillait comme hôtesse de caisse auprès de T._____ depuis 2002. Le 5 octobre 2011, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un syndrome douloureux somatoforme et d'une tendinopathie de l'épaule droite depuis février 2011.

Dans un questionnaire « 531 bis » du 27 octobre 2011, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux fixe de 80%, mais en moyenne à 90% comme caissière par besoin financier.

Dans un rapport du 26 septembre 2011 à l'intention de D._____, assureur perte de gain, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a précisé avoir été consulté par l'assurée en juillet 2011 et posé les diagnostics de syndrome fibromyalgique décompensé, de tendinopathie calcifiante du sus-épineux droit, d'uncarthrose de C4 à C7 et canal rachidien à la limite inférieure de C4 à C7 et d'hypothyroïdie substituée après thyroïdectomie bilatérale (2008).

Dans un rapport du 23 août 2011, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme - précisant qu'il s'agissait du diagnostic du rhumatologue établi en juillet 2011 - et de tendinopathie calcifiante et aiguë de l'épaule droite depuis tout début 2011. Selon le Dr W._____, l'incapacité de travail a été totale du 21 février au 12 juin 2011, puis de 50% dès le 13 juin 2011, ce taux étant médicalement raisonnable.

Dans un rapport du 24 février 2012 à l'OAI, le Dr W._____ a fixé la capacité de travail à 50% et posé les diagnostics incapacitants suivants :

« Omalgies D dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante du susépineux D (22.02.2011)
Tendinite diffuse du sous-épineux + tendinopathie du biceps (18.10.2011)
Probable syndrome fibromyalgique décompensé (diagnostic évoqué en juillet 2011)
Etat dépressif sur mobing au travail (juillet 2011)
Tendinite achilléenne D (janvier 2012)
Chondropathie astragalienne et kyste souschondraux de la cheville D (février 2012)».

Sur mandat de l'OAI, une expertise psychiatrique a été exécutée le 26 juin 2012 par les Drs H._____, spécialiste en psychiatrique et psychothérapie, et Q._____, médecin-psychiatre en cursus de formation au L._____. Leur rapport du 24 juillet 2012 se termine ainsi (sic) :

« 4. Diagnostics

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

- Pas de diagnostic psychiatrique exerçant une influence sur la capacité de travail

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

- Episode dépressif majeur d'intensité légère (F32.0)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Autres troubles de la personnalité (personnalité fruste, hypersensible, dépendante) (F60.8)

5. Appréciation du cas et pronostic

Il n'est pas l'objet de cette expertise de déterminer si Madame P._____ a été victime de mobbing ou non. Pour rappel, toutefois, le bureau de l'égalité, à Lausanne, définit le mobbing comme une situation de communication non éthique caractérisée par la répétition, sur une longue durée, de la part d'une ou plusieurs personnes, d'agissements hostiles dirigés systématiquement contre un individu qui développe, en réaction, de graves problèmes physiques ou psychologiques. Le mobbing ou harcèlement au travail (en français) peut être réalisé par des membres de la hiérarchie mais également par des collègues ou même des subordonnés.

Le mobbing n'est pas reconnu en tant que tel comme une maladie mentale dans les classifications psychiatriques internationales. Certains auteurs le considèrent comme un trouble de l'adaptation tel qu'il est décrit dans le DSM-1V-TR (American Psychiatric Association, 1994): il s'agit d'une réaction pathologique inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci. Il s'ensuit une altération du fonctionnement social ou professionnel (scolaire) et/ou une souffrance marquée, plus importante que prévue, en réaction à ce facteur de stress.

La situation conflictuelle au travail est décrite par l'assurée elle-même et par son médecin traitant comme résolue. Dans ce sens, nous devons considérer cet aspect comme causal et non pas comme une pathologie en elle-même. Dans le cas de l'assuré, le diagnostic retenu par le Dr W. _____ a été celui d'un épisode dépressif sur mobbing au travail.

[...]

Dans l'épisode dépressif léger (F32.0) la CIM-10 demande, au moins, que deux ou trois des symptômes cités plus haut soient habituellement présents. Bien que ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités. Le travail à 40%, les activités journalières de l'assurée et la richesse de ses relations sociales sont congruents avec l'examen clinique (psychopathologique) et vont à l'encontre d'une dépression handicapante. Le diagnostic de dépression majeure d'intensité légère est donc en accord avec la symptomatologie observée et le fonctionnement évoqué par Madame P. _____.

Le niveau plasmatique de Cipralax se situe en-dessous du seuil thérapeutique. Ceci ne nous permet pas de conclure à un problème d'observance. On peut, par contre, espérer une amélioration de l'état dépressif et anxieux (éventuellement des somatisations) après une augmentation des doses.

De par l'évolution des douleurs et le comportement de l'assurée, nous pouvons parler également d'un diagnostic de trouble somatoforme persistant. Selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Madame P. _____ ne présente pas de traits de personnalité dysfonctionnels. Rien dans son anamnèse ni dans son vécu n'évoque la présence d'une maladie psychiatrique ou du développement d'un trouble de la personnalité pathologique pendant l'enfance ou l'adolescence. Certes, il s'agit d'une personne sensible et anxieuse. Ce mode relationnel s'inscrit probablement dans la continuité des pertes et traumatismes précoces vécus. Cette articulation entre les éléments de l'histoire personnelle et sa manière d'appréhender les situations est un facteur de vulnérabilité mais il ne représente pas une maladie mentale. Les capacités cognitives de l'assurée et ses compétences professionnelles et sociales sont, d'un point de vue psychiatrique, intactes.

Concernant les **critères de gravité de Meyer-Blaser**, nous constatons qu'il n'y a pas vraiment de comorbidité psychiatrique, l'intensité dépressive est légère au moment de l'entretien et fluctuante de manière générale. Il accompagne de forme naturelle l'évolution du trouble somatoforme. Il n'y a pas de cristallisation psychique. Il n'y a pas d'isolement social, Madame P. _____ étant très entourée par sa famille. Il s'agit d'une affection chronique puisque la douleur est présente depuis plusieurs années.

Compte tenu de ce qui précède et après examen clinique et l'étude du dossier OAI, le diagnostic retenu est celui de trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique handicapante. L'assurée, du point de vue psychiatrique, est capable de travailler à 100%.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Du point de vue physique, des douleurs généralisées dans son corps vécues comme subjectivement handicapantes.

Du point de vue psychique et social, aucune limitation.

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

Le trouble somatoforme n'a pas de comorbidité psychiatrique handicapante.

L'assuré, du point de vue psychiatrique, l'assurée est capable de travailler à 100%.

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

Oui
[...] ».

Le 30 juillet 2012, le Dr W. _____ a écrit ce qui suit au Dr H. _____ :

« Outre le résultat sanguin annexé, permettez-moi d'intercéder en faveur de ma patiente que je connais depuis 1988 et que j'ai encore plus particulièrement suivie ces derniers mois, notamment en raison de ses ennuis physiques et somatiques qui ont motivé une incapacité de travail totale puis partielle dans un contexte professionnel de mob[b]ing et de harcèlement moral.

Dont jusqu'ici je ne m'expliquais pas les tenants complets, puisque, quand bien même je la connais depuis plus de 20 ans, cette patiente enjouée, d'ailleurs appréciée de tous ses collaborateurs et supérieurs (tout le monde s'accorde à le dire), toujours si dévouée professionnellement et toujours prête à rendre service à tout le monde (probablement sa manière de se protéger), ne m'avait jamais confié dans le détail son passé, avec notamment les événements vécus et subis dans son enfance qu'elle m'a enfin révélés cette fin avril.

Des antécédents majeurs qui expliquent bien les raisons pour lesquelles Mme P._____ n'a pas supporté les incompréhensions de son entourage professionnel : j'ai voulu en faire part de manière confidentielle au médecin conseil de D._____ mais ses collaborateurs administratifs y ont fait obstacle.

Je ne tiens pas à dévoiler l'intimité de ma patiente qui a mis 25 ans pour m'en parler.

Je m'en suis par contre ouvert au Dr [...], médecin conseil de l'AI à Vevey, c'est lui qui d'ailleurs vous a demandé votre expertise.

Laquelle, à la lumière de ces révélations pour Mme P._____, dont vous avez par ailleurs très bien su percevoir la sensibilité, devrait démontrer la réalité de son malaise et expliquer les troubles qui l'empêche[nt] de travailler « à plein ».

Mme P._____ a vécu l'incompréhension de ses employeurs comme l'horrible souvenir de l'incompréhension de son entourage à l'époque des faits.

Je vous remercie de l'attention que vous aurez porté à ces révélations ».

Le 21 août 2012, les experts H._____ et Q._____ ont déposé un nouveau rapport médical pour intégrer les remarques du Dr W._____ dans la rubrique « Résumé du dossier médical ».

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée le 10 septembre 2012. Dans son rapport du 28 septembre 2012, l'enquêtrice a déterminé un statut de 100% active.

Par projet de décision du 1^{er} février 2013, l'OAI a reconnu chez l'assurée une incapacité de travail totale du 21 février 2011 au 13 juin 2011, puis à 50% du 14 juin 2011 au 19 mars 2012, considérant que dès le 20 mars 2012, la capacité de travail était totale dans toute activité. Il a relevé que l'incapacité de travail avait duré plus d'une année, mais a constaté que la demande déposée le 5 octobre 2011 était tardive et que six mois après son dépôt, soit en avril 2012, la capacité de travail était totale. L'office a de ce fait indiqué son intention de refuser toute prestation.

Le 20 février 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet par l'intermédiaire du Dr W. _____ qui relevait que l'expertise du Dr H. _____ ne tenait pas compte d'éléments importants du passé de sa patiente.

Le 31 mai 2013, le Dr W. _____ a écrit ce qui suit à l'OAI :

« Pour donner suite à ma lettre recommandée du 20 février dernier, je tiens par la présente à confirmer mon recours sur votre projet de décision/ votre prise de position AI du 1^{er} février dernier pour les motifs suivants.

L'expertise du Dr H. _____ ne tient en effet pas compte d'éléments importants de l'histoire de Mme P. _____. Je lui en ai fait part par lettre recommandée en juillet dernier parce qu'il s'agit là d'éléments d'ordre intime que je ne souhaitais pas partager avec toute une administration, comme me l'avait demandé Mme P. _____. Je me décide donc toutefois à vous adresser, comme nouvel élément du dossier, ma lettre au Dr H. _____.

Et j'y apporte les précisions nécessaires suivantes pour valider mon recours.

En effet les violences subies dans le passé dont l'importance a été toujours refoulée par la patiente, expliquent bien son psychisme et sa réaction aux pressions de son employeur qui se sont manifestées au travers de l'agressivité de certains supérieurs qui ont complètement déstabilisé Mme P. _____ qui n'a pas retrouvé les ressources cette fois pour réagir.

Et l'incompréhension de tous autour d'elle, à sa place de travail mais aussi de la part des services médicaux (de son assureur perte de gains et même de votre expert dont l'avis reste très superficiel à mon sens) et la banalisation de ses plaintes psychosomatiques n'ont pas aidé Mme P. _____ à retrouver les ressources pour dominer ses

douleurs et pouvoir reprendre une activité à plein temps comme l'estime possible votre instance.

Mme P._____ présente une réelle souffrance, si longtemps cachée et, maintenant qu'elle l'avoue, totalement incomprise. Elle mérite mieux qu'un rejet pur et simple, dévastateur dans son cas, pour des motifs administratifs.

Une telle histoire ne va pas encourager les patients porteurs de tels secrets à s'ouvrir de leurs difficultés s'ils n'en obtiennent aucune reconnaissance, par ailleurs passage sans doute obligé pour leur guérison.

Je demande donc une réappréciation et une contre-expertise psychiatrique pour Mme P._____.

Je vous remercie de votre compréhension à l'égard de cette patiente qui a toujours été travailleuse et dévouée mais qui a été rattrapée par les démons de son passé et qui a besoin de reconnaissance ».

Par complément d'expertise du 2 juillet 2013, les experts H._____ et Q._____ se sont déterminés comme suit sur cette correspondance :

« Votre courrier du 12 juin 2013 nous est bien parvenu et a retenu toute notre attention par rapport aux allégations du Dr W._____. Nous vous signalons ce qui suit :

Dans son courrier du 30 juillet 2012, notre confrère nous signalait que l'assurée était une femme dévouée et appréciée de ses collègues de travail et laissait entrevoir que des événements vécus pendant son enfance pourraient jouer un rôle dans son état actuel. Le Dr W._____ ne nous indiquait pas la nature de ces événements, ne souhaitant pas dévoiler l'intimité de sa patiente. Dans son courrier du 31 mai 2013 adressé à l'OAI, il évoque la notion de violences subies, sans toutefois préciser une fois de plus de quelles violences il s'agit.

Notre évaluation sur la capacité de travail s'est axée sur les éléments cliniques et psychopathologiques. Une anamnèse approfondie a été également réalisée, au cours de laquelle l'assurée n'a pas évoqué de traumatismes pendant son enfance. Ce qui différencie le travail d'expertise de celui du thérapeute, c'est la neutralité qui doit prévaloir chez l'expert sur l'empathie vis-à-vis de l'assurée. Cette dernière, par contre, est primordiale dans une prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, notre évaluation sur la capacité de travail de l'assurée s'est basée sur des aspects objectifs sans établir de liens hypothétiques de causalité entre des événements vécus pendant l'enfance et ladite capacité de travail.

Nous confirmons par la présente le diagnostic établi dans notre rapport du 20 août 2012 ainsi que nos conclusions ».

Par décision du 7 août 2013, l'OAI a confirmé son projet du 1^{er} février 2013 et refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Exerçant une activité de caissière chez T._____, vous avez présenté des problèmes de santé et vous avez été en incapacité de travail à 100% du 21 février 2011 au 12 juin 2011 puis à 50% dès le 13 juin 2011.

Après examen de votre dossier et selon l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr [...] de la Clinique [...], à la demande de votre assurance perte de gain, dès le jour de l'expertise, soit le 19 mars 2012, votre capacité de travail est considérée comme entière dans votre activité habituelle.

Le Service médical régional AI (SMR) a donc mandaté un psychiatre pour effectuer une expertise afin d'examiner si au plan psychiatrique vous présentiez une atteinte invalidante au sens de l'assurance invalidité.

A réception de cet examen, le SMR a pu constater que vous ne présentez pas de pathologie psychiatrique incapacitante au sens de l'AI.

Dans ces conditions, nous pouvons retenir une incapacité de travail de 100% du 21 février 2011 au 13 juin 2011 puis à 50% du 14 juin 2011 au 19 mars 2012. Dès le 20 mars 2012, votre capacité de travail est considérée comme entière dans votre activité habituelle et dans toute activité.

Une invalidité dès 40% ouvre le droit à un quart de rente, dès 50% à une demi-rente, dès 60% à trois quarts de rente et dès 70% à une rente entière (art. 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)).

Votre incapacité de travail a duré plus d'une année.

Toutefois, le droit prend naissance

- si la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et présente, après l'échéance du délai d'une année une invalidité de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI)

- au plus tôt après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations.

La demande déposée le 5 octobre 2011 est donc tardive. En avril 2012 (soit six mois après le dépôt de la demande AI), votre capacité de travail était déjà estimée à 100%.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée ».

B. Par acte du 9 septembre 2013 (date du timbre postal), P._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle joint à son recours une attestation du Dr W._____ du 6 septembre 2013.

Dans sa réponse du 29 octobre 2013, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il soutient que le rapport d'expertise psychiatrique du 20 août 2012 a pleine valeur probante et précise que le courrier du Dr W._____ du 6 septembre 2013 ne remet pas en cause sa position, soulignant qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire.

Répliquant le 22 novembre 2013, la recourante confirme ses conclusions et annexe un courrier du Dr W._____ du 20 novembre 2013, dont la teneur est la suivante ;

« Ma patiente, Madame P._____, m'a informé que l'office AI ne modifiait pas sa position la concernant.

A sa demande et avec son accord, je me permets, en ma qualité de médecin traitant, de me déterminer sur la non-entrée en matière de l'AI sur le recours de celle-ci.

Je rappelle que Madame P._____, qui n'avait jamais bénéficié d'un arrêt de travail jusqu'ici et qui n'a jamais eu l'intention de demander une rente invalidité, a présenté début 2011 des plaintes possiblement assimilables à des troubles somatoformes douloureux.

Des troubles somatoformes douloureux ne justifient en principe pas l'obtention d'une rente invalidité, *sauf en cas d'atteinte psychiatrique concomitante.*

Dans son expertise, le psychiatre mandaté par l'AI ignore l'élément essentiel de l'anamnèse que représentent les sévices et les violences subis dans son enfance par Madame P._____.

Bien qu'informé par mes soins à ce sujet, ce qu'il reconnaît d'ailleurs, il n'a guère jugé utile d'en tenir compte alors qu'il s'agit là du principal problème à examiner et surtout à soigner !

Le mentionner sans l'investiguer et prétendre ensuite en avoir tenu compte n'est à l'évidence pas suffisant. Au contraire, banaliser une telle souffrance en n'y accordant aucune importance, voire même l'ignorer, est profondément injuste et très mal vécu par la patiente.

La première expertise réalisée par le psychiatre mandaté par l'AI est ainsi incomplète.

Il n'est donc en l'état pas possible de juger l'état de santé de Madame P. _____ sans une expertise psychiatrique complète, qui tienne notamment compte des problèmes précités.

Pour ce motif, Madame P. _____ confirme ainsi son recours et sollicite la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise ordonnée par votre instance, qui doit être confiée à un médecin indépendant FMH en expertise psychiatrique.

Il s'agit là non seulement de reconnaître enfin sa souffrance et de la rétablir dans son honneur, mais surtout de la soigner, de lui permettre de retrouver sa combativité et, qui sait, sa capacité de travail.

C'est là la raison principale pour laquelle elle a fait recours.

Le soussigné, même si sa demande et son avis n'ont pas été pris en considération par le service médical de l'AI, peu déontologique à son égard, n'a aucun grief à l'encontre de cet office.

Son seul souhait est de voir sa patiente être prise en charge de manière adéquate par l'autorité AI afin qu'elle puisse être dans les meilleures conditions pour que son état de santé s'améliore.

Je suis persuadé que les instances du Tribunal des assurances sociales feront preuve de compréhension à l'égard de Madame P. _____».

Dans sa duplique du 12 décembre 2013, l'OAI maintient ses conclusions, concluant que le courrier du 20 novembre 2013 n'apporte aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

C. Par courrier du 25 février 2015, la recourante a transmis à la Cour de céans les documents suivants :

- un courrier du 25 février 2015 du Dr W. _____ à l'attention de la Cour, dont la teneur est la suivante :

« Permettez au médecin-traitant soussigné de Mme **P.** _____, née le 15.10. [...], de vous livrer **1)** sa catamnèse à partir de ma lettre du 20 novembre 2013 à votre adresse et **2)** de vous faire parvenir l'important complément d'information médicale que constitue le rapport du psychiatre auquel j'ai demandé de prendre en charge Mme P. _____ afin d'évaluer de manière très complète et fouillée son état de santé psychique.

1) La faiblesse de sa cheville droite, à l'origine première de son incapacité, connue depuis février 2012, avec le diagnostic retenu de

chondropathie de l'astragale droite avec des kystes sous-chondraux, a entraîné le 13 avril 2014 une chute dans les escaliers avec torsion de la cheville gauche et fracture de la cheville gauche type Weber 2 traitée conservativement (par le Dr Y._____, médecin-chef traumatologie de l'Hôpital [...] à C._____, *copie no 1a et b*) ce qui a imposé un arrêt de travail du 13.04 au 22.07.14 Un long traitement (Mme P._____, pour soulager sa cheville fracturée gauche, a dû forcer sur sa mauvaise cheville droite) qui a repoussé le traitement, celui-là chirurgical, devenu incontournable de son kyste supéro-médial du dôme du talus du pied droit. L'intervention du Dr B._____, spécialiste dans ce genre d'affection (voir sa détermination en annexe, *copie no 2a et b*), est prévue ces jours, soit le 3 mars 2015.

2) En annexe surtout le rapport du 20 janvier 2015 (copie 4a,b,c,d) du Dr G._____, chef de clinique à l'Unité [...] à C._____, un résumé de tous les éléments récoltés par ce spécialiste à l'occasion de son long concilium qui détaille les dysfonctions opérationnelles de Mme P._____ et qui nous permet de comprendre les réactions de ma patiente aux pressions vécues en raison de l'attitude de sa hiérarchie, de son employeur, comme de son entourage en relation avec les sévices (enfin reconnus par le corps médical) subis dans son enfance, enfin de comprendre aussi sa déstabilisation après l'expertise psychiatrique faite par le Dr H._____.

La situation implique donc « une entrave à toute activité, qui plus est, un obstacle à toute activité lucrative » ;

- un rapport du 20 janvier 2015 du Dr G._____, chef de clinique adjoint au Service [...], au Dr W._____ dont la teneur est la suivante (sic) :

« Au terme de l'investigation de cette patiente, en cours depuis décembre 2013, comportant également une investigation psychologique, je me permets de vous en fournir des éléments essentiels.

Eléments anamnestiques :

Je ne reviendrai pas ici en détail sur l'historique des symptômes, investigations et difficultés relationnelles dans le contexte professionnel que vous connaissez bien. Ces éléments ainsi que le parcours de formation et professionnel de la patiente sont décrit de façon détaillée et fiable dans l'expertise des docteurs H._____ et Q._____ dont vous disposez d'une copie. Je me permets par contre de mieux préciser l'apparition et la fluctuation des symptômes clés de l'affection qui invalide la patiente actuellement. Ce tableau clinique semble être relativement stable depuis 2009, présentant néanmoins dans l'ensemble une augmentation progressive en intensité. Une partie des symptômes aurait été déjà présente de façon moins marquée depuis 1996, voire depuis 1982 (céphalées, anxiété de séparation d'avec ses filles, difficultés de concentration et oublis dans certaines situations, méfiance diffuse par rapport aux personnes de sexe masculin et difficultés conjugales autour de la

sexualité, irritabilité et impulsivité face aux enfants). Depuis 2009, Madame P._____ observe de façon massive les difficultés suivantes :

- Une labilité émotionnelle importante avec des intrusions intenses d'un sentiment de colère, de tristesse, de détresse, d'impuissance, de sentiment d'abandon. Ces intrusions peuvent survenir parfois dans des situations où la patiente est confrontée à des éléments de son histoire personnelle et familiale ou à des situations conflictuelles dans son entourage ainsi qu'à la confrontation de souvenirs d'éléments de ce type.
- Episodes d'oppression thoracique intense, de sentiment de menace vitale, de dyspnée, de sécheresse de la gorge, de constriction de la tête.
- Sensation douloureuse diffuse, touchant presque exclusivement l'hémicorps droit, particulièrement la cheville, la nuque et la tête et l'épaule, d'intensité très fluctuante, corrélé souvent avec l'intensité du vécu émotionnel et relationnel.
- Cauchemars fréquents comportant souvent des scènes d'agression corporelle et sexuelle provoquant des réveils brusques, des cris pendant le sommeil, des réactions neurovégétatives intenses.
- Sensibilité intense au vécu d'autrui, qu'il soit favorable ou défavorable (émotivité) et tendance à être constamment envahie par des pensées ou poussée à des actions en lien avec les personnes décédées.
- Capacité discontinuée à rester concentrée (ce qui est au demeurant la plupart du temps possible) et oublis subits qui perturbent le fonctionnement pratique (emplacement d'objets, rendez-vous). Quoique inconstant, elle relate que ces difficultés peuvent limiter lourdement ses compétences en ce qui concerne par exemple la lecture, mais aussi le récit d'événements vécus. Ses filles lui auraient signalé à plusieurs reprises que ses récits peuvent être décousus ou incompréhensibles.
- Des difficultés sur le plan relationnel, marquées essentiellement par une irritabilité et une tendance à l'isolement, même dans le contexte familial et soutenant.

Les entretiens ont en outre permis de préciser davantage le vécu biographique et familial. La région d'origine est décrite comme peu fertile, pauvre et surpeuplée, le revenu provenant presque exclusivement de l'exploitation de domaines agricoles minuscules et peu rentables. La migration saisonnière vers la France et l'Espagne y était courante et pratiquée régulièrement par son père jusqu'en 1974. Ce dernier est décrit comme dépendant à l'alcool, imprévisible, violent, ayant recours à l'arbitraire, cherchant à avoir une emprise sur les décisions des personnes de sa famille, y compris après leur majorité. Elle décrit des situations qu'elle vit comme un mépris profond de sa part envers les autres membres de la famille. Elle affirme que sa consommation de tabac et d'alcool passait avant l'alimentation élémentaire de sa famille, que femmes et enfants devaient porter les charges sur leur tête et leur dos alors que lui-même montait à cheval. Il exigerait encore actuellement que son épouse ait recours à des pratiques traditionnelles dans les travaux de ménage qui engendrent une lourdeur significativement accrue des tâches. Elle dit avoir été témoin de violences marquées à

l'encontre de sa mère, allant des coups à la séquestration même en postpartum récent. Elle dit avoir été victime, à l'âge de 4-5 ans, d'abus sexuels de la part d'un voisin. Lors du signalement explicite des faits à sa famille, elle se serait fait ridiculiser et réprimander. Elle dit avoir vécu de près les décès de 2 enfants d'âge comparable, l'une accidentelle (ingestion de pétrole) et l'autre inexplicée. Depuis la fin de l'enfance, elle aurait développé un tempérament « joyeux » et « travailleur ». Les conflits et l'envie à l'intérieur de la fratrie prennent une place importante, comme la prendra par la suite les difficultés avec des membres de sa belle-famille dont elle pense que les intérêts sont mieux défendus que les siens par son mari.

Elle dit avoir subi, à l'âge de 22 ans, un avortement spontané à 3 mois $\frac{1}{2}$ de grossesse, alors qu'elle ignore être enceinte, se manifestant comme une hémorragie vaginale massive avec perte d'une masse. Cet événement survient dans un contexte d'emploi précaire où le couple est encouragé à ne pas avoir recours à de l'assistance médicale. Elle est néanmoins hospitalisée pendant 2 semaines et nécessite des transfusions sanguines. Cet événement semble avoir laissé des marques profondes, connotant très négativement une nouvelle hémorragie au début du 2^{ème} trimestre de sa deuxième grossesse (de sa fille née en 1984). Au terme de sa 3^{ème} grossesse (1989), elle est renvoyée par son gynécologue à domicile, qui estime qu'il est trop tôt pour l'admettre pour l'accouchement. L'évolution se précipite et il se fera à domicile, ce que la patiente vit comme très déstabilisant et anxiogène.

Elle dit avoir « oublié complètement » à ce moment là les événements défavorables de l'enfance et s'être souvent posé la question lors de l'enfance de ses filles, pourquoi elle avait autant de difficultés à les confier à autrui, à les quitter de vue. Lorsqu'elles ont respectivement 6 ans et 6 mois, la famille aurait fait une expérience traumatisante avec une jeune fille au pair qui encourage l'aînée au mensonge et utilise la menace à son encontre. La patiente se pose en outre la question pourquoi elle était si réticente face à des contacts physiques de courtoisie avec des hommes pourtant communément admis dans les usages sociaux de son pays d'accueil.

Le voisin qui a perpétré les abus décède en 1996, dans un contexte de maladies multiples touchant notamment le pied droit, nécessitant une amputation. Peu avant ce décès, sa famille l'encourage à aller lui rendre visite, ce qui déclenche la résurgence des contenus mnésiques de l'abus. Interprétant le bouleversement émotionnel et perceptif qui survient alors comme un événement de « possession. » elle sollicite, en 2002, l'intervention d'un exorciste et ses proches auraient été témoins lors de cette procédure de la présence d'une voix en elle qui représente l'agresseur. Ses tentatives de trouver un soulagement par des approches thérapeutiques dites parallèles, déjà présentes depuis 1982, s'intensifient depuis 1996 avec l'impression d'une intensité et d'une fréquence allant en augmentant malgré les démarches entreprises. La patiente identifie elle-même les émotions et les perceptions vécues comme compatibles avec celles que vivrait une fille de 4 à 5 ans en détresse.

En 2009, la patiente subit 2 interventions (à la thyroïde et résection d'un mélanome) dont la seconde est donc en lien avec un diagnostic qui pourrait représenter une menace vitale.

Observations cliniques :

Patiente de [...] ans, présentant un excès pondéral significatif, se déplaçant avec difficulté, se présentant régulièrement aux entretiens accompagnée d'un proche et présentant des oublis plausibles de rendez-vous. Dans le contact, on est frappé par un positionnement plutôt immature qui place l'interlocuteur dans le rôle de compétence. La patiente se confie facilement et peut se laisser diriger dans l'entretien dans une certaine mesure, avec une tendance nette à persévérer dans ou revenir à des propos centrés sur le tort subi ou la crainte de menaces ou d'événements défavorables, suscitant chez l'interlocuteur une alternance d'un sentiment d'empathie et d'impuissance.

On observe par moments de discrets mouvements des membres inférieurs.

La thymie est modulable en fonction des sujets abordés. On observe une labilité émotionnelle importante lorsque sont évoqués des événements défavorables concernant la patiente ou autrui. On assiste alors à un débordement d'expressions évoquant la tristesse, l'impuissance et l'abandon, plus rarement du registre de la colère, et de l'agressivité contenue. A d'autres moments, on peut percevoir son attitude comme une tentative de maintien de l'image d'une personnalité enjouée et aproblématique. Le flou dans les limites « moi-non-moi » (ipséité) du vécu que suggèrent certains récits faisant allusion à des états évoquant la transe, n'est pas observé pendant les entretiens, il en va de même pour le vécu de dépersonnalisation ou de déréalisation qu'elle dit avoir expérimenté dans des formes discrètes au cours de son existence.

Conclusions de l'examen psychologique :

Madame P. _____ présente un soubassement psychotique de la personnalité, marqué par un certain attachement au concret et par une immaturité avec, sur le plan défensif, des velléités hypomanes et paranoïaques, qui la laissent cependant souvent démunie face aux angoisses de perte d'intégrité corporelle et d'agression. Le conflit et le rapprochement, tant physique qu'affectif, sont mis à distance. Madame P. _____ semble lutter contre des éléments traumatiques qui semblent avoir un effet désorganisateur sur son fonctionnement.

Diagnostic :

F62.8 Modification post-traumatique durable et complexe de la personnalité (état de stress post-traumatique complexe) avec atteinte perceptivo-affective, relationnelle, exécutive, mnésique et attentionnelle intermittentes.

Discussion :

L'hypothèse diagnostique retenue met en lien les dysfonctions cognitives et métacognitives actuelles avec un passé d'enchaînement traumatique à l'âge adulte, mais surtout avec une base post-traumatique précoce, déterminée par le vécu de la petite enfance. Cette période de l'existence de la patiente marquée par la précarité économique, la violence intrafamiliale massive, l'abus sexuel très précoce face auquel elle n'obtient pas de soutien évident de la part de ses parents, l'exposition au décès accidentel ou subit de deux enfants proches, paraît en effet susceptible d'avoir pu engendrer une désorganisation des comportements en liens avec le recours aux soins de « l'adulte de référence » (attachement). Les

différentes stratégies que la patiente semble avoir mis en place pour recouvrir cette désorganisation semblent avoir abouti à un fonctionnement essentiellement hypomane favorable à l'intégration sociale et professionnelle qui a pu être maintenu jusqu'en 1982. Le traumatisme massif avec sensation d'exposition à une menace vitale qu'a constitué l'avortement spontané qui survient alors semble avoir débuté une mise en échec par paliers (aggravé massivement en 1996 et 2009) de ce fonctionnement. Surgissent dès lors par intermittence la sensation de menace vitale concrète (attaques de panique) comme intrusion de contenu mnésique du passé dont les répercussions cognitives et métacognitives (interprétation du perçu) déterminent de plus en plus significativement le présent, notamment en ce qui concerne la sécurité de ses filles. L'intensité du vécu augmente encore très significativement en 1996, au moment où les souvenirs de l'abus sexuel redeviennent accessibles ainsi que les contenus émotionnels associés (sensation intense d'impuissance, d'abandon, de colère et de tristesse).

L'intrusion de ces états émotionnels et perceptifs semble avoir encore davantage affecté le fonctionnement en termes de continuité attentionnelle et mnésique, entravant suffisamment les capacités de la patiente pour justifier une réaffectation à une tâche moins exigeante auprès de son employeur (SAIA) à la fin des années 1990. Lors de son activité chez T. _____, la patiente signale également avoir dû refuser des tâches plus complexes ou à responsabilités supérieures pour ces motifs.

Les lourdes affections somatiques qui touchent la patiente en 2008 et 2009 dont un diagnostic à l'issue possiblement fatale (mélanome), semble avoir suscité une nouvelle aggravation des difficultés. Il ne paraît pas exclu qu'une certaine irritabilité et une part d'interprétativité accrue aient contribué défavorablement aux conflits professionnels qui ont marqué les dernières années. La part qu'y aurait joué des tiers ne peut évidemment pas être abordée ici.

Il n'en reste pas moins que la situation décrite semble entraver de façon majeure le fonctionnement opérationnel de la patiente et représenter actuellement un obstacle à toute activité lucrative. La patiente dit être même incapable de faire face à une partie significative de sa charge de travail domestique. Les limitations fonctionnelles retenues sont :

- Sur le plan attentionnel et mnésique :
Une discontinuité de l'activité opérationnelle, qui déstructure cette dernière. Elle semble être due aux intrusions émotionnelles et perceptives post-traumatiques qui paraissent d'une intensité et d'une fréquence suffisantes pour l'influencer de façon délétère même en ce qui concerne des activités simples.
- Sur le plan opérationnel :
Pour les mêmes raisons, il apparaît que la continuité attentionnelle requise pour certaines activités ne soit pas donnée, mettant la patiente en difficultés ou en échec face à des tâches même relativement simples.
- Sur le plan perceptif et métacognitif :
La patiente décrit des situations dans lesquelles les vécus perceptifs, notamment douloureux, et les interprétations qui y

sont associées sont d'une intensité telle que toute activité doit être interrompue instantanément et pour une durée variable. Il en va de même pour les attaques de panique, flashbacks intenses.

- Sur le plan relationnel :

Les intrusions émotionnelles et perceptives mentionnées semblent générer un climat d'insécurité généralisée dont découle, sur le plan relationnel, une méfiance, une irritabilité et interprétativité. Pour se mettre à l'abri de réactions impulsives, la patiente décrit avoir recours fréquemment à des stratégies d'isolement impossibles en milieu professionnel. La forte susceptibilité à entrer en résonance avec le monde émotionnel d'autrui est en outre un facteur limitant pour côtoyer des personnes dans un monde non familial.

Propositions :

Compte tenu du fait que le dosage sanguin de Cipralex effectué lors de l'expertise était infra-thérapeutique, nous avons proposé récemment (13 janvier 2015) à la patiente d'augmenter le dosage de ce médicament à 20mg par jour avec le projet de refaire un dosage sanguin dans 1 à 2 mois et d'en réévaluer l'efficacité clinique. Ce médicament nous semble surtout susceptible de pouvoir montrer un effet bénéfique sur la symptomatologie panique.

Nous avons également proposé à la patiente de poursuivre le suivi pour tenter des adaptations du contexte de vie qui permettraient une exposition dans un cadre protecteur à de nouvelles activités et rencontres et pour poursuivre un travail sur les métacognitions post-traumatiques ainsi qu'éventuellement sur le vécu corporel (pistage somato-sensoriel). »

- une lettre du 5 septembre 2014 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr S._____, du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z._____, expliquant ceci :

« Je te remercie de bien vouloir convoquer cette patiente à ta consultation spécialisée du team pied. J'ai récemment soigné Madame P._____ pour une fracture de la malléole externe Weber B à gauche de manière conservatrice. L'évolution est favorable, la patiente a été progressivement rééduquée à la marche selon un schéma conservateur standard.

La patiente est connue pour des douleurs au niveau de la cheville droite ayant déjà justifié des investigations mettant en évidence des kystes au niveau du dôme supéro-médial du talus. Ces douleurs occasionnent des lâchages de cheville droite dont un énième épisode a précisément occasionné une chute et cette fracture de péroné distal à gauche.

En attendant la guérison de la cheville gauche, j'ai fait réalis[er] une nouvelle IRM de cheville droite qui montre une taille augmentée des kystes du dôme supéro-médial du talus.

Status

Aujourd'hui la patiente se déplace sans les cannes avec une petite boiterie persistante à gauche.

En ce qui concerne la cheville droite, la patiente peut se positionner sur les talons et les orteils. La proprioception semble satisfaisante. La mobilité de la cheville et du pied est sp. Pas de laxité de la cheville dans le plan frontal et sagittal. La palpation est douloureuse au niveau de l'interligne talo-tibial médial. Pas de troubles sensitivomoteurs des membres inférieurs.

Diagnostic

- **Status post fracture du péroné distal Weber B à gauche traitée conservativement en avril 2014.**
- **Kyste supéro-médial du dôme du talus à droite occasionnant une instabilité de cheville » ;**

- un courrier du 9 février 2015 du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr Y._____, dont la teneur est la suivante :

« Je te remercie de m'avoir adressé la patiente susmentionnée que j'ai vue à ma consultation du 4 février 2015.

Patiente connue pour une fibromyalgie, actuellement en arrêt de travail pour des douleurs principalement des membres supérieurs et dorsolombaires qui se plaint de douleurs et de lâchages douloureux autour de sa cheville droite suite à une entorse au printemps 2014. La patiente a fait de nombreuses séances de physiothérapie en mettant le point fort sur la proprioception et elle a aussi eu un traitement médicamenteux antalgique et anti-inflammatoire. Sinon, elle a été dernièrement traitée pour une fracture de la malléole externe gauche par des moyens conservateurs.

La patiente n'a plus de gêne autour de sa fracture à la cheville gauche. Par contre, elle garde des douleurs lancinantes au niveau de la cheville droite. Ces douleurs déclenchent des lâchages de son membre inférieur droit, la patiente ne relate néanmoins pas d'instabilité latérale de sa cheville.

A l'examen clinique, la marche se fait avec une discrète boiterie d'épargne aux dépens du membre inférieur droit. L'alignement des arrière-pieds montre un valgus physiologique qui se met dans un discret varus sur la pointe des pieds. L'articulation sous-talienne est souple, indolore à la mobilisation passive. Douleurs à la palpation antérieure de la cheville, augmentée lorsque la cheville est mise en extension. Ces douleurs se situent principalement antéro-médial et, moindre, du côté antéro-latéral. Pas de douleur à la palpation des faisceaux antérieur et moyen du LLE [ligament latéral externe], pas de douleur autour des tendons péroniers. Pas de douleur au sinus du tarse. Le tiroir antérieur est négatif, le tilt talar légèrement rallongé uniquement. Pas de trouble neurovasculaire.

Les radiographies standards ne montrent pas de trouble dégénératif mais une lésion ostéochondrale du dôme talien médial. Une IRM datant du mois d'avril 2014 démontre clairement une lésion kystique, sous-chondrale, au niveau du dôme talien médial, la surface cartilagineuse a l'air intacte mais il faut considérer qu'il ne s'agit pas d'une arthro-IRM. Au niveau du faisceau antérieur du LLE, on constate un remaniement inflammatoire témoignant une entorse relativement récente.

Diagnostics :

- Conflit antérieur à la cheville droite et lésion ostéochondrale du dôme talien médial.
- Status post entorse itérative de sa cheville droite, actuellement pas d'instabilité subjective ou clinique.

Discussion :

La patiente a déjà bien été suivie par des moyens conservateurs. Malheureusement, ses gênes douloureuses persistent. C'est pour cela que je lui propose une sanction chirurgicale sous forme d'arthroscopie avec, d'abord, une résection du conflit antérieur puis micro-fractures de la lésion ostéochondrale si la couverture cartilagineuse était endommagée. Si la surface cartilagineuse était intacte, je procéderai à un forage rétrograde de la lésion ostéochondrale sous guidage scopique. Les tenants et aboutissants de cette intervention chirurgicale sont expliqués à la patiente et nous remplissons ensemble les formulaires d'information et de consentement que la patiente signe ce jour. Elle sera opérée au courant du mois de mars 2015 lors d'un bref séjour à l'hôpital selon son désir. »

Le 30 mars 2015, l'intimé a pris position sur les divers rapports médicaux, par l'intermédiaire de l'avis médical de son Service médical régional (ci-après : le SMR) du 17 mars 2015. S'agissant du rapport de l'UPA, le Dr R. _____ a retenu que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé lors de l'expertise de 2012 et que l'avis du Dr G. _____ représentait une appréciation différente d'une même situation sur le plan de la capacité de travail. Il a ajouté qu'il était cependant possible que la recourante, après la décision de l'OAI et son accident récent, ait développé une aggravation de sa dépression qui devait être considérée comme réactionnelle. Il a relevé que compte tenu du dosage du traitement, il ne s'agissait certainement pas d'un épisode dépressif de gravité sévère qui aurait pu dans le cadre du syndrome somatoforme représenter un motif d'invalidité et conclu qu'il n'existait donc pas, sur le plan psychiatrique, de fait nouveau représentant une incapacité de travail durable. Sur le plan orthopédique, le Dr R. _____ a retenu que l'atteinte à

la cheville gauche était un nouveau fait accidentel qui ne présentait pas de caractère durable, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

D. Le 31 mai 2016, la juge instructrice a, compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Centre d'expertises du Centre hospitalier Z._____, plus précisément au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et à la Dresse V._____, médecin-assistante. Leur rapport du 15 décembre 2016, se clôt ainsi :

« DIAGNOSTICS (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement)

Diagnosics psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ;
- Trouble mixte de la personnalité dépendante, immature, soubassement psychotique, hypersensible, fruste (F60.8) ;
- Dysthymie (F34.1) ;

Diagnosics physiques (selon le dossier, évalués par les somaticiens)

- Céphalées tensionnelles diagnostiquées en novembre 2014 ,
- Syndrome d'apnée hypopnées du sommeil de degré sévère, diagnostiqué par polygraphie respiratoire en décembre 2012, sous CPAP nocturne depuis le 9.02.2016 ;
- Obésité de stade I selon les critères de l'OMS.
- Status post-fracture du péroné distal gauche en avril 2014 ;
- Status après thyroïdectomie totale bilatérale le 15.08.2008 pour remaniements d'origine kystique ;
- Status après l'excision d'un mélanome in situ au niveau de la malléole interne droite ;
- Tendinopathie calcifiante du sus-épineux droit ;
- Kystes sous-chondraux de l'astragale de la cheville droite depuis 2012 ;
- Dolicho-colon (status après multiples examens digestifs en 2009 et 2013).

APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC :

Madame P._____ est une expertisée âgée de [...] ans d'origine portugaise, en Suisse depuis 36 ans. Elle est mariée et mère de deux

filles, elle vit seule avec son mari. Elle présente plusieurs comorbidités somatiques et somatoformes :

Thyroïdectomie sous traitement substitutif, mélanome in situ excisé au niveau de la malléole interne droite, pas de récurrence maligne sous contrôle régulier, obésité stade I, dolicho colon sous traitement symptomatique, syndrome d'apnée hypopnées du sommeil de degré sévère appareillé, céphalées de tension récente, syndrome fibromyalgique ancien persistant et chronique, décompensé les dernières années. En 2011, suite à une tendinopathie calcifiante du sus-épineux droit, Madame P._____ a été mise en arrêt maladie pendant quatre mois, puis elle poursuit son activité professionnelle en qualité de caissière chez le magasin T._____ à 50%. Cet épisode a été précédé par des conflits et des tensions relationnelles entre elle et sa cheffe. Malgré l'évolution favorable lors des contrôles radiologiques et l'examen rhumatologique, l'expertisée est restée symptomatique avec des plaintes somatiques et douloureuses des polyarthralgies, associées à une symptomatologie dépressive et anxieuse.

Le 5.10.2011, Madame P._____ dépose sa demande à l'assurance invalidité. L'expertise rhumatologique demandée en mars 2012 par l'assurance perte de gain maladie a conclu sur la capacité totale de travail de Madame P._____.

L'expertise psychiatrique demandée par l'AI en août 2012 a retenu le diagnostic de trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique handicapante ainsi que l'absence d'une pathologie psychiatrique influençant la capacité de travail. Entre temps, l'expertisée a été mise par son médecin traitant le Docteur W._____ sous traitement antidépresseur devant un épisode dépressif majeur avec recrudescence de stress émotionnel en rapport à des traumatismes et abus que Madame P._____ aurait vécus durant son enfance.

La demande de l'AI a été ainsi refusée suite à la décision des deux expertises avec confirmation d'une capacité de travail à 100%.

Un mois après cette décision, l'expertisée demande un recours auprès du Tribunal cantonal.

Madame P._____ a commencé un suivi psychiatrique depuis décembre 2013 chez le Docteur G._____ qui a augmenté sa dose d'antidépresseur et a conclu à un diagnostic de modification post-traumatique durable et complexe de la personnalité (état de stress post-traumatique complexe) avec atteinte perceptivo, affective, relationnelle, exécutive, mnésique et attentionnelle intermittentes.

Madame P._____ a été mise en arrêt maladie par son psychiatre jusqu'au 30.04.2014.

Le 13.04.2014, Madame P._____ fait une torsion avec fracture de la cheville gauche suite à une chute dans les escaliers. Cette fracture est expliquée par un lâchage de la cheville droite dû à un conflit antérieur avec lésion ostéochondrale du dôme talien médial avec lambeaux cartilagineux instables, pour lequel elle a été opérée en mars 2015 sans complications post-opératoires.

Au terme de nos investigations, nous retenons les diagnostics : de trouble somatoforme douloureux persistant chronique, qui se manifeste par des douleurs diffuses polyarticulaires subjectives continues dans le temps sur plusieurs années, non améliorées par les traitements conformes aux règles de l'art avec échec de mesures de réadaptation, sans étiologie organique objectivée et qui entraînent un retentissement sur l'intégration sociale de Madame P._____ avec tendance à l'isolement et apparition d'un sentiment

d'irritabilité et de frustration en contact avec des proches ou des inconnus. Nous retenons le diagnostic de trouble de la personnalité mixte, constitué à l'enfance suite à des traumatismes sévères précoces (violences parentales, abus sexuels, décès de l'abuseur), ce trouble met l'expertisée en difficulté sur le plan relationnel et fragilise sa tolérance au stress. Dans le passé elle exprimait son agitation interne par des crises fonctionnelles complexes de type conversives stabilisées il y a deux ans sous suivi psychiatrique. Elle présente aussi depuis 2011, un trouble dysthymique avec une symptomatologie dépressive, une humeur abaissée, une fatigue diurne, une hypersomnie, une baisse de la libido et des troubles de la concentration.

Tous ces troubles ont eu un impact sur la vie quotidienne de Madame P. _____ avec réduction de son activité à son domicile et ont nécessité aide et soutien de son mari et de ses deux filles. Par ailleurs, elle n'a pas réussi à poursuivre son activité professionnelle à temps partiel (40%).

INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATION EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES :

Au plan physique

REPONSE : *Nous vous prions de vous référer à l'avis de ses médecins généraliste, rhumatologue, pneumologue et orthopédiste.*

Au plan psychique et mental

REPONSE : *L'expertisée présente un trouble somatoforme douloureux chronique qui engendre une souffrance clinique avec fatigue diurne importante, irritabilité, trouble de l'attention et retrait social, associée à une dysthymie décompensée par des facteurs de crise apparus au travail (conflits avec sa cheffe) et un trouble mixte de la personnalité constitué suite à des traumatismes précoces de l'enfance qui s'est décompensé ces dernières années et qui retentit négativement sur son intégration sociale et professionnelle.*

Au plan social

REPONSE : *Tendance à l'isolement, difficultés relationnelles, méfiance, intolérance au stress.*

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

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

REPONSE : *Madame P. _____ est en arrêt de travail depuis mai 2012. Elle n'a pas repris d'activité depuis lors. Sur le plan strictement psychiatrique l'intrication des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité et du trouble somatoforme a empêché la reprise d'une activité depuis.*

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

REPONSE : Incapacité de travail de 100% en raison des troubles susmentionnés depuis décembre 2013, date du début du suivi chez le psychiatre traitant.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure ?

REPONSE : Non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

REPONSE : Incapacité complète depuis décembre 2013.

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

REPONSE : Depuis décembre 2013 sur un plan strictement psychiatrique.

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

REPONSE : Pas d'évolution.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ?

REPONSE : Le trouble de personnalité de Madame P. _____, associé au trouble dysthymique, retentit négativement sur les rapports relationnels au sein de son environnement professionnel.

C INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ?

REPONSE : Madame P. _____ semble incapable pour le moment de tenir un rythme de travail régulier, cela quelle que soit l'activité.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ?

REPONSE : Il semble difficile de se prononcer à l'heure actuelle sur le pronostic en ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme et de ses troubles psychiatriques. Le suivi médical en cours doit être poursuivi. La situation devrait être réévaluée d'ici à 2 ans.

2.1 Si oui par quelles mesures ?

REPONSE : Cf. ci-dessus.

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

REPONSE : S'évalue d'ici à 2 ans.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSUREE ?

REPONSE : Pas pour l'instant. Les ressources d'adaptation de l'expertisée sont diminuées du fait de sa problématique psychiatrique et de son trouble somatoforme décompensé.

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 ?

REPONSE : La question devrait être évaluée dans 2 ans avec stage d'observation le cas échéant.

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

REPONSE : Cf. ci-dessus.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

REPONSE : Incapacité totale.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelle en sont les raisons ?

REPONSE : Cf. ci-dessus ».

Dans un avis médical du 23 janvier 2017, les médecins du SMR, et plus particulièrement les Drs R. _____ et F. _____, psychiatre, ont exposé ceci :

« [...] Nous avons pris connaissance de l'expertise judiciaire établie le 15.12.2016 par le département de psychiatrie. Sont retenus un syndrome somatoforme douloureux persistant, une dysthymie et un trouble de la personnalité dépendante, immature avec soubassement psychotique, hypersensible, fruste (F60.8 = autres troubles de la personnalité). Les diagnostics physiques ont été repris tels quels du dossier mis à disposition. L'IT est jugé totale.

En fait la différence entre les deux expertises résulte dans le degré d'incapacité qui resterait attaché aux diagnostics. Il s'agit en fait d'une appréciation d'une situation qui n'a pas changé, le diagnostic d'épisode dépressif majeure d'intensité légère posé en 2012 n'étant pas repris en 2016, ce qui tendrait à valider une amélioration.

Nous avons présenté le cas au Dr. F. _____, psychiatre FMH au SMR.

Les diagnostics psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail doivent être commentés comme suit :

- Une dysthymie se définit par un abaissement chronique de l'humeur dont l'intensité n'atteint jamais celle d'un épisode dépressif caractérisé. Ce diagnostic ne présente donc jamais de caractère incapacitant.
- Rien n'indique que le diagnostic d' « *autre trouble de la personnalité* » (F60.8) se soit décompensé depuis l'expertise de 2012, date à laquelle il était connu et jugé non-incapacitant. Cette décompensation résulte plus d'une spéculation que d'une constatation de fait. Il est cependant possible qu'une décompensation de la personnalité se soit manifestée par des crises d'angoisses telles que décrites en page 8/16 de l'expertise, mais depuis la mise sous Cipralex depuis 2 ans, l'état de l'assurée doit être considéré comme stabilisé.
- Le diagnostic de SPECDO doit être évalué à l'aune des indicateurs standards pour être classé sous la rubrique de diagnostics incapacitants. Or, il n'en est rien ».

La juge instructeur de la Cour des assurances a, le 10 février 2017, ordonné un complément d'expertise, celle-ci ne répondant pas aux critères jurisprudentiels applicables en matière de trouble somatoforme douloureux. Les Drs J._____ et V._____ ont rendu leur rapport complémentaire le 11 septembre 2017, dont la teneur est la suivante :

« Nous pouvons répondre comme sui[t] à vos questions :

1. **Comment justifiez-vous l'inclusion d'une dysthymie, n'atteignant pas par définition l'importance d'un épisode dépressif caractérisé, sous la rubrique des diagnostics incapacitant ?**

REPONSE :

L'expertisée présente une symptomatologie dépressive persistante et chronique. La dysthymie qu'elle présente depuis des années n'entraîne pas uniquement des désordres thymiques isolés, mais une efficacité mentale est également atteinte par une fatigue psychique, des troubles mnésiques touchant les faits récents, de troubles de la concentration. C'est un trouble qui peut entraîner une atteinte de la construction cognitive et émotionnelle du Soi.

La dysthymie présente également un retentissement sur le plan moteur, l'expertisée se plaint d'une adynamie, d'une asthénie psychique, physique et sexuelle, d'une fatigabilité, d'une lourdeur corporelle, d'une passivité morose et d'un dégoût de l'effort physique.

L'expertisée, du fait de ce trouble, souffre d'une incapacité dans la gestion des relations interpersonnelles stressantes. La relation

à l'autre est appauvrie avec difficultés à maintenir une relation stable. On peut ainsi noter une altération de son réseau social et une perpétuelle insécurité.

Au vu des éléments cités ci-dessus, la dysthymie, dans le cas de cette expertisée, engendre des difficultés à affronter les exigences de la vie quotidienne et une détresse profonde l'empêchant d'accomplir d'une manière normale ses tâches à la maison et au travail. En tant que comorbidité au syndrome douloureux, la dysthymie entraîne une difficulté supplémentaire pour faire face à ce syndrome et de ce fait participe aussi à l'incapacité de travail.

2. **Quelles sont les manifestations observées ou recueillies qui ont pu vous permettre d'évaluer le trouble de la personnalité comme actuellement encore décompensé (cf page 13/16 de votre expertise) alors que l'assurée semble être compensée depuis deux ans que le Cipralex a été introduit, comme en témoigne la disparition des crises décrites en pages 8/16 ?**

REPONSE :

Le trouble de personnalité que l'expertisée présente est par définition un trouble qui a tendance à persister, profondément enraciné et durable (définition CIM1 0).

Le Cipralex a été introduit afin de traiter les symptômes thymiques. Il n'y a pas d'étude qui prouve l'efficacité du Cipralex sur les troubles de la personnalité en dehors d'une action possible sur l'impulsivité qui n'est pas un trait prépondérant chez l'expertisée. Les crises, qui ont disparu après sa mise sous traitement antidépresseur, sont plutôt comprises comme des symptômes somatoformes que Madame P._____ présentait dans le passé (des crises ressemblant à des crises d'épilepsie, d'évanouissements ou malaises). On peut noter que le trouble de personnalité présenté par l'expertisée est caractérisé par une hyperesthésie relationnelle, une intériorisation douloureuse de l'échec et une susceptibilité entraînant une grande vulnérabilité dans les contacts sociaux (présence de conflits relationnels au sein de la famille, un isolement social aggravé dernièrement), et aussi des difficultés en matière de la cognition, d'affectivité et de la gestion de certaines pulsions.

3. **Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne peut être classé avec certitude dans la catégorie des diagnostics incapacitants s'il n'a pas été évalué à l'aune de critères jurisprudentiels. Cela avait été effectué lors de l'expertise de Dr H._____ en 2012 par l'examen détaillé des critères de Meyer-Blaser (pages 8/9/10 de l'expertise H._____). Aucune référence n'est effectuée dans votre expertise par rapport à l'arrêt du 6.6.2015 du TF et des indicateurs standards édités par l'OFAS. L'expertise souffre de cette omission.**

REPONSE :

En se basant sur la nouvelle procédure d'instruction pour les atteintes psychosomatiques (arrêt du 3 Juin 2015) :

L'expertisée présente des symptômes fonctionnels à type essentiellement de douleurs et d'une lourdeur touchant l'hémicorps droit coté à 9/10 à l'effort et 4-5/10 au repos aggravé par le changement des saisons et amélioré partiellement par le traitement antalgique prescrit par son médecin généraliste ainsi que par un sommeil profond au cours de la journée. Cette symptomatologie décrite lors des entretiens est caractérisée par une limitation significative dans les activités de la vie quotidienne, la patiente relève que la majorité de son travail domestique nécessite l'aide d'une tierce personne. De ce fait, on note un degré de gravité fonctionnel assez significatif de ce trouble.

L'expertisée ne présente aucun critère d'exclusion, la description de la douleur est précise et authentique et les limitations sur les activités de la vie quotidienne et l'entourage psycho-social sont importantes.

L'expertisée est sous traitement symptomatique prescrit par son médecin généraliste Dr W. _____ avec lequel elle a une bonne alliance thérapeutique, ce dernier rapporte une bonne compliance au traitement.

Au niveau de la cohérence de cette symptomatologie avec son comportement, on relève chez l'expertisée une altération dans toutes les sphères de la vie et plus particulièrement une altération de son réseau social avec un isolement malgré la présence de ressources familiales.

La comorbidité psychiatrique présentée par Madame que ce soit sur le plan thymique ou l'atteinte de la personnalité présente un facteur aggravant du trouble somatoforme douloureux persistant et entraîne une vulnérabilité importante empêchant une stabilisation de longue durée.

Les activités de la vie quotidienne sont extrêmement limitées retentissant d'une manière directe sur sa vie familiale et sociale ».

Dans un avis du 25 octobre 2017, les Drs R. _____ et F. _____ du SMR, se sont exprimés ainsi :

« Se référer à notre avis détaillé du 23.1.2017 sur recours pour un résumé du cas, ayant pris en compte le contenu de l'expertise judiciaire datée du 15.12.2016 avec la critique y relative et les questions qui devaient être posées aux experts. Nous nous prononçons sur les réponses données à ces questions.

1. La dysthymie F34.1, selon la définition de la CIM-10-GM 2012 — version française Volume 1 page 194 est définie comme « un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.) ». Nous ne sommes donc ni dans la gravité et surtout pas dans la durée d'un épisode dépressif qui pourrait justifier d'un quelconque Incapacité de travail, et ce dans la

mesure où il est communément admis qu'un épisode dépressif d'intensité légère n'entraîne pas une incapacité de travail. Dans son expertise de 2012 en page 8/9, le Dr. H._____ le rappelle dans son second paragraphe. Les symptômes et répercussions décrits par l'expert J._____ doivent être pesés à l'aune du diagnostic de dysthymie selon une classification internationale et donc dans le cas d'espèce rapportés à une sévérité et une durée non comparables avec celles d'un épisode dépressif caractérisé. On doit cependant souligner que l'expertise du Dr. H._____ de 2012, mettait en évidence un épisode dépressif léger, parfaitement compatible avec la coexistence d'une dysthymie, et que donc en l'absence d'un tel épisode dépressif actuel, il faut conclure que depuis 2012, l'état psychique de l'assurée s'est amélioré.

2. De fait l'expert J._____ ne répond pas à la question qui lui a été posée, à savoir en quoi le trouble de la personnalité serait décompensé. En effet, il se contente de donner la définition d'un trouble de la personnalité, dont il confirme la réalité avec un état stable depuis 40 années. Or durant ces 40 ans, l'assurée a pu travailler jusqu'à l'année 2011. Le trouble de la personnalité, tel que décrit, ne l'a donc pas empêché de travailler. Par ailleurs, l'expert J._____ confirme la disparition des symptômes liés au trouble de l'humeur décrit par le Dr. H._____, ce qui suggère que si jamais le trouble de la personnalité s'est trouvé à un moment décompensé, on est en droit d'estimer que l'assurée est maintenant à même de mieux fonctionner.
3. Dans l'expertise du 15.12.2016, il n'y a rien qui puisse se rattacher de manière objective aux indicateurs de l'OFAS concernant l'arrêt du 6.6.2015 du tribunal fédéral. En effet, on peine à y trouver une description détaillée de la vie quotidienne mis à part la pratique de la sieste, et en ce qui concerne l'environnement social, non pas un isolement mais « une tendance à l'isolement », l'intolérance au stress étant incluse dans le diagnostic de trouble de la personnalité mixte, présent depuis l'adolescence. Il n'y a pas là matière à retenir une « décompensation » évoquée page 13/16 de l'expertise.

C'est après coup, que sont avancés le 11.9.2017 divers symptômes. La lourdeur de l'hémicorps droit évaluée à 9/10 à l'effort est essentiellement subjective. La description des activités quotidiennes n'est que peu étoffée et fait appel à « la nécessité d'une tierce personne » pour le travail domestique. Malgré « l'altération du réseau social » qui n'est pas décrite dans les détails autrement que par cet énoncé (qui plus est décrite comme absente par l'expert H._____), on note toujours la présence de « ressources familiales ». Nous ne pouvons valider l'impact de la comorbidité psychiatrique constituée par une dysthymie non incapacitante et un trouble de la personnalité qui ne l'ont jamais empêché de travailler jusqu'en 2011.

De fait Il n'y a pas d'élément apporté par l'expertise J._____ qui puisse contredire l'expertise H._____ par rapport au projet de décision du 1.2.2013. Il faut rappeler que l'expert psychiatre H._____ ayant estimé la CT totale dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme avait été réinterrogé et avait

confirmé au 2.7.2013 ses diagnostics (épisode dépressif majeur d'intensité légère (F32.0), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et autres troubles de la personnalité (frustré, hypersensible, dépendante) (F60.8). Il avait en page 8/9 considéré les critères de gravités de Mayer-Blaser en cours, mentionnant entre autres qu'il n'y avait pas d'isolement social, Madame P._____ étant très entourée par sa famille. Enfin l'assurée était déjà sous traitement antidépresseur Cipralex qui n'a été augmenté qu'après que le Dr. W._____ se soit décidé à demander un avis psychiatrique à l' [...] de C._____, avec l'amélioration que l'on sait sur le plan de la disparition de la dépression.

En conclusion, il n'y a pas de fait nouveau depuis l'expertise du Dr. H._____ qui puisse l'invalider, hormis une amélioration de l'humeur ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294

consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 398 consid. 5.3 et 6).

c) 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 syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant

référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration –en cas de recours, le juge –se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées; TF8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid.4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid.4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid.5.2.1 et les références citées).

5. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6. **a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée souffre d'un trouble somatoforme douloureux, les médecins et experts ayant examiné la recourante s'accordant sur ce diagnostic. Les avis des médecins

divergent en revanche s'agissant du caractère invalidant ou non de cette atteinte. L'OAI a en effet retenu, en se basant sur l'expertise du Dr H._____ du 24 juillet 2012, - qui retient, outre le trouble somatoforme douloureux, les diagnostics non incapacitants d'épisode dépressif majeur d'intensité légère et d'autres troubles de la personnalité -, que la recourante conservait une capacité de travail entière dans toute activité. Cette expertise retenait en particulier qu'il n'existait aucune comorbidité psychiatrique. L'intéressée conteste cette appréciation en se basant sur les conclusions des Drs J._____ et V._____ lesquels retiennent une incapacité de travail totale en raison des diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux, dysthymie et trouble mixte de la personnalité dépendante, immature, soubassement psychotique, hypersensible, fruste.

b) Telles que retenues par les experts judiciaires, les différentes atteintes à la santé psychique présentées par la recourante ne sont pas remises en cause par l'intimé. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte de l'appréciation clinique des autres médecins, ainsi que des plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Le rapport d'expertise initiale a été parfait par un complément répondant de manière circonstanciée à l'avis du SMR du 23 janvier 2017 et mettant en évidence les indicateurs de l'OFAS en matière de trouble somatoforme douloureux. L'expertise judiciaire remplit par conséquent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître *a priori* une pleine valeur probante.

aa) S'agissant plus particulièrement du trouble somatoforme douloureux, il sied de constater que ce diagnostic a été posé selon les règles de l'art, par des experts psychiatres, sur la base de l'anamnèse, des indications subjectives et de l'examen clinique de l'expertisée. Les experts ont mis en évidence un degré de gravité fonctionnel assez significatif du trouble somatoforme douloureux, retenant en particulier que la recourante présentait des symptômes fonctionnels à type essentiellement de douleurs et d'une lourdeur touchant l'hémicorps droit coté à 9/10 à l'effort et à 4-

5/10 au repos, ceux-ci étant aggravés par le changement des saisons et amélioré partiellement seulement par le traitement antalgique prescrit par le Dr W._____ et par un sommeil profond durant la journée. Les experts ont également mis en évidence que la symptomatologie décrite par l'assurée lors des entretiens était caractérisée par une limitation significative des activités de la vie quotidienne, la majorité du travail domestique devant être assumé par une tierce personne. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les experts judiciaires résiste en outre aux critères d'exclusion, les psychiatres relevant que la description de la douleur est précise et authentique et les limitations sur les activités de la vie quotidienne et l'entourage psycho-social importantes.

Le complément d'expertise psychiatrique permet également de retenir que la situation de l'assurée n'évolue guère nonobstant un traitement suivi. Au niveau de la cohérence, les experts judiciaires mentionnent une altération dans toutes les sphères de la vie, et particulièrement une altération du réseau social avec isolement malgré la présence de ressources familiales.

bb) S'agissant plus particulièrement de l'influence des atteintes psychiatriques sur la capacité de travail, les experts judiciaires exposent de manière détaillée les raisons pour lesquelles ils retiennent dans le cas particulier l'influence du trouble somatoforme douloureux, couplé à la dysthymie, sur la capacité de travail de l'intéressée. Ils relèvent en particulier que du fait de la dysthymie, la recourante présente une altération de son réseau social et une perpétuelle insécurité. Ils constatent également des difficultés à affronter les exigences de la vie quotidienne et une détresse profonde empêchant l'assurée d'accomplir d'une manière normale ses tâches domestiques.

La lecture de l'expertise permet aussi de comprendre que ce n'est pas la dysthymie qui entraîne à elle seule une incapacité de travail, mais son lien étroit avec le trouble somatoforme douloureux qui participe également à cette incapacité. A cet égard, les experts judiciaires relèvent que la symptomatologie dépressive persistante et chronique présentée

par la recourante n'entraînent pas uniquement des désordres thymiques isolés, mais également une fatigue psychique, des troubles mnésiques, des troubles de la concentration, ainsi que des répercussions sur le plan moteur (adynamie, asthénie, fatigabilité, lourdeur corporelle et passivité), impliquant une incapacité dans la gestion des relations interpersonnelles conduisant à une altération du réseau social de l'assurée. Il en découle que la supposée amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, alléguée par les médecins du SMR dans leur avis du 25 octobre 2017 compte tenu de l'absence de diagnostic de troubles dépressif léger dans l'expertise judiciaire, ne saurait être retenue. Par ailleurs, l'introduction d'un traitement antidépresseur postérieurement à l'expertise de 2012, puis l'augmentation du dosage, ne plaide à toute évidence pas en faveur d'une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante.

Le Dr R._____ critique également l'expertise judiciaire en tant qu'elle ne contiendrait pas de mention d'un isolement social. Or, force est de constater que le complément d'expertise établi en septembre 2017 fait apparaître que l'isolement social de la recourante s'était récemment aggravé.

Enfin, les arguments du Dr R._____ quant à l'absence de preuve de décompensation du trouble de la personnalité ne sont pas non plus de nature à nuire à la valeur probante de l'expertise judiciaire. Selon le médecin du SMR, le trouble de la personnalité était déjà connu lors de l'expertise de 2012, laquelle l'avait considéré comme sans incidence sur la capacité de travail. Selon ce praticien, il ne figurerait aucun indice démontrant une décompensation de ce trouble, qui aurait en tout état de cause dû être stabilisé par l'introduction du traitement. Or, comme le précisent les experts judiciaires, le Cipralex a été introduit, puis ses dosages augmentés, dans le but de traiter non pas les troubles de la personnalité mais la symptomatologie dépressive, ce qui explique l'absence d'amélioration de cette atteinte.

c) Vu ce qui précède, il apparaît que la situation médicale de la recourante a été investiguée de manière complète et convaincante dans le cadre de l'expertise judiciaire, ce qui permet de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'existence d'une incapacité totale de travail. Cela étant, les experts J._____ et V._____ arrêtent l'incapacité totale de travail au mois de décembre 2013 - correspondant au début du suivi psychiatrique de l'intéressée par le Dr G._____ - soit postérieurement à la décision litigieuse rendue le 7 août 2013. Par conséquent, la décision litigieuse, en tant qu'elle se base sur une capacité de travail totale à la date de sa reddition, doit être confirmée.

d) S'agissant de l'aggravation substantielle de l'état de santé de la recourante qui a été constatée sans équivoque par les experts judiciaires à compter du mois de décembre 2013, il incombera à l'OAI, dans le cadre d'une nouvelle décision, d'en déterminer les conséquences à compter de cette date sur le droit à la rente de la recourante, la cause étant renvoyée à cette fin en tant que de besoin à l'intimé.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 7 août 2013 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La cause est au surplus renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il statue sur les conséquences de l'aggravation observée à compter du mois de décembre 2013.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- P. _____,
- 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 :