COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2015

Composition : M. NEU, président
Mmes Thalmann et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Monod

*****

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1950, mère de quatre enfants désormais adultes, a appris la profession de couturière et exercé des activités de vendeuse, d'enseignante en couture et de concierge.

B. Elle a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc le 24 mai 1994, motif pris de douleurs aux jambes et à la colonne vertébrale.

Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire, réalisée les 26 mai 1995 (examen clinique), 14 septembre 1995 (consultation de neurologie) et 4 octobre 1995 (consultation de psychiatrie) par la Policlinique C._____. Le rapport corrélatif, émis le 28 novembre 1995, a fait état des diagnostics de « lombalgies », de « somatisations », de « troubles anxio-phobiques chez une personne démontrant une personnalité pathologique » et un « status après hépatite B », les experts ayant communiqué leur appréciation du cas en ces termes :

> « L'expertisée a été polyinvestiguée dès 1992 suite à une diminution de l'acuité visuelle objective. Le premier diagnostic retenu est celui d'une névrite rétro-bulbaire. Le diagnostic différentiel de cette affection retient notamment les maladies démyélinisantes dont fait partie la sclérose en plaques.
> Diverses consultations et séjours hospitaliers n'ont jamais permis de mettre cette pathologie en évidence, cependant, l'expertisée a été mise au courant de cet éventuel diagnostic. Jusqu'à ce jour, aucun élément objectif ne permet de retenir le diagnostic de sclérose en plaques.
> Le diagnostic évoqué lors de la consultation de neurologie est celui d'un lumbago ne nécessitant pas d'investigations ou d'hospitalisations ultérieures. Un consilium psychiatrique démontre que cette patiente souffre avant tout de somatisations et d'un trouble anxio-phobique chez une personnalité pathologique.
> C'est la pathologie psychiatrique qui domine le tableau et qui interfère avec la capacité de travail. Actuellement, nous estimons

> que [l'assurée] est incapable de travailler à 80% en tant que couturière ; dans son propre ménage, l'incapacité est évaluée à environ 30%. La situation devrait être réévaluée dans environ 2 ans après une prise en charge de soutien psychologique associé à un traitement antidépresseur. »

L'assurée a également requis une allocation pour impotent de l'AI en complétant le questionnaire correspondant le 4 juillet 1996.

A l'issue d'une décision du 13 mai 1996, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1er décembre 1993, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%, après avoir effectué une enquête à son domicile.

Par décision du 17 mars 1997, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1er janvier 1995, compte tenu d'un besoin d'aide pour les actes « se vêtir », « se lever », « faire sa toilette » et « se déplacer ».

C. Des procédures de révision d'office des prestations allouées se sont soldées par des communications de l'OAI, respectivement datées des 8 décembre 2000 et 16 mai 2003, maintenant le versement d'une rente entière d'invalidité et d'une allocation pour impotent de degré moyen.

D. L'OAI a entamé de nouvelles procédures de révision d'office du droit à la rente et de l'allocation pour impotent en date du 8 septembre 2005.

Dans ce contexte, le médecin généraliste traitant de l'assurée, le
Dr J._____, a convoqué sa patiente qu'il n'avait plus revue depuis mai 2004, et fait parvenir son rapport à l'OAI le 27 décembre 2005. Il a retenu les diagnostics suivants :

> « Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
> - Lombosciatalgies chroniques avec irradiation paresthésiante depuis 1993. Peu spécifique vers le membre inférieur droit. Suspicion de TC [réd. : tunnel carpien] ddc [réd. : des deux côtés].

Petite hernie discale médiane L5/S1 (latéralisée discrètement ddc). Discopathie arthrosique sévère L5/S1.
- Trouble dégénératif du rachis cervical avec cervicalgie post-traumatique « coup du lapin » le 02.12.2005).
- Fatigue (déficit relatif en fer) multifactorielle.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :
- Ancien tabagisme (stoppé en 2003).
- Suspicion non confirmée de SEP [réd. : sclérose en plaques] à Genève (1993).
  Semble être un début de tunnel carpien ddc.
  Semble être associé aux troubles dégénératifs cervico-lombaires.
- Colon spastique.
- Status après hépatite A. »

Il a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible de l'assurée, tandis que l'exercice d'une autre activité était à évaluer.

Une enquête au domicile de l'assurée, effectuée le 13 mars 2006, a conclu que l'assurée n'avait « besoin d'aide constante, importante et régulière pour aucun acte ordinaire de la vie ».

Par décision du 23 mars 2006, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent de degré moyen précédemment versée à l'assurée, laquelle y a formé opposition par courrier du 2 mai 2006.

En date du 1er mai 2007, l'assurée a été examinée au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR) sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont tenu compte des diagnostics suivants dans leur rapport du 1er juin 2007 :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :
- Aucun (Z71.1).

Sans répercussion sur la capacité de travail :
- Lombalgies et cervicalgies sur troubles statiques modérés du rachis avec discopathie L5-S1 gauche s'accompagnant d'une hernie discale (M54).
- Périarthrite scapulo-humérale gauche (M75.1).
- Discrète arthrose nodulaire des doigts (M19.0).
- Obésité. »

Sur le plan somatique, les spécialistes du SMR ont mentionné les limitations fonctionnelles ci-dessous :

> « Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongée du tronc.
>
> Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 8 kg avec le membre supérieur gauche, l'assurée étant par ailleurs droitière. »

L'assurée ne souffrait par ailleurs d'aucune affection psychiatrique incapacitante aux dires des spécialistes, de sorte que sa capacité de travail était entière dans toutes activités, y compris dans ses activités antérieures de couturière et vendeuse, ce depuis que « le diagnostic de maladie démyélinisante [avait] pu être infirmé, en tout cas depuis mai 2007 ».

L'OAI a rendu une décision sur opposition le 18 octobre 2007, confirmant la suppression de l'allocation pour impotent de degré moyen décidée le 23 mars 2006.

Par projet de décision du 23 octobre 2007, il a par ailleurs envisagé de supprimer la rente d'invalidité allouée à l'assurée, ce qu'il a effectivement prononcé dans une décision subséquente du 4 décembre 2007 avec effet le premier jour du deuxième mois suivant sa notification.

E. Suite au recours de l'assurée interjeté contre les décision sur opposition et décision susmentionnées le 16 janvier 2008, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a diligenté une expertise pluridisciplinaire, confiée au Bureau d'expertises N._____ le 18 décembre 2008. Le rapport corrélatif, établi le 23 avril 2009 par les Dresses R._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état des diagnostics suivants :

> « Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
> Depuis quand sont-ils présents ?
> - Spondylodiscarthrose prédominant en L5-S1 sans signe de radiculopathie ni myélopathie actuelles (M47.8), status après possible sciatique S1 gauche légèrement déficitaire au plan du ROT [réd : réflexe ostéo-tendineux] et de la sensibilité du dermatome.
> - Séquelles de maladie de Scheuermann dorsal (M42.2).

- Status variqueux des membres inférieurs.
- Périarthrite scapulohumérale gauche calcifiée (M75.0).

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

- Obésité (E66.9).
- Gonarthrose incipiens (M17.9).
- Arthrose nodulaire des doigts débutante.
- Suspicion non confirmée de névrite rétrobulbaire (1992).
- Troubles visuels bilatéraux d'origine indéterminée (1991).
- Colonopathie fonctionnelle (1993) (K 58.9).
- Hernie hiatale avec œsophagite peptique au stade I (K44.9).
- Fibrome utérin (1970) (Z90.7).
- Trouble dissociatif de conversion sans précision (F44.9)
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), présent depuis début 2008. »

Les expertes ont relaté leur appréciation du cas en ces termes :

« […] Au plan somatique
[…]
Qu'en est-il actuellement ?
[…]
L'examen clinique montre une dame obèse, mais restant relativement conditionnée, assez tonique dans des mouvements de contre-pulsions qu'elle justifie pour protéger ses épaules lors de la mobilisation passive alors que des mouvements complets ont été observés spontanément peu avant, soutenant ses jambes pour s'allonger sur le lit d'examen alors qu'elle a une force à 5/5 sur les différents myotomes des membres inférieurs.
Parmi des discordances multiples parasitant en permanence l'examen, certains éléments paraissent reproductibles, objectifs, avec une corrélation radio-clinique :

- L'hyporéflexie relative achilléenne gauche avec une atteinte sensitive partielle sur le dermatome S1 pouvant attester d'une ancienne atteinte radiculaire S1 sans déficit moteur dans le cadre de la sévère discarthrose L5-S1 connue depuis des années, stable radiologiquement à ce niveau alors qu'on note une discrète évolution de la spondylose aux niveaux rachidiens supérieurs ;
- Les signes de périarthropathie d'épaules qui, à gauche, s'associent à des signes de conflit sous-acromial avec une calcification ;
- L'important status variqueux des membres inférieurs, sans œdèmes ni signe phlébitique actuel.

Je constate que mon collègue au SMR retenait également ces pathologies avec, en plus des signes d'arthrose nodulaire des doigts, dont les symptômes actuels résident à la base du pouce et qui sont peu marqués, non évolutifs. Il n'a pas pris en compte le status variqueux dans les diagnostics. Je retiens dès lors les mêmes limitations fonctionnelles qui ont été données en ajoutant que la station assise prolongée ou debout constante est délétère au status variqueux. L'obésité reste à des valeurs assez stables. Il y a un risque évolutif de gonarthrose mais les radiographies actuelles sont

encore dans les limites de la norme hormis un discret pincement du compartiment interne dans le cadre du morphotype des membres inférieurs. Nous n'avons pas de plainte en relation avec l'ancienne fracture métatarsienne à gauche ni avec l'éperon calcanéen connu.
La description du poste de travail [...] donnée par [l'assurée] m'apparaît en effet compatible avec les limitations fonctionnelles. Je n'ai pas trouvé sous les descriptifs des postes de travail donnés sous www.orientation.ch l'activité de couturière mais celle de courtepointière et celle de créatrice de vêtements. Comme courtepointière ou couturière exigeant la position debout essentiellement, la coupe, le rembourrage, des positions en porte-à-faux, il faut admettre une IT [réd : incapacité de travail] de 30%. Comme créatrice de vêtement, exigeant une position plus sédentaire, assise, mais des essayages, du repassage, il faut admettre une IT de 30%.
Ceci ne correspond pas au niveau d'handicap attesté par l'assurée subjectivement et tel que le démontre le film pris par le mari de l'expertisée.
Il est utile de rappeler que l'appareil locomoteur vieillissant est sujet aux troubles dégénératifs. Les troubles dégénératifs de [l'assurée] s'inscrivent dans un processus de vieillissement banal mais sont sans doute influencés négativement par un certain déconditionnement, l'obésité, l'état post-ménopausique qui perturbe quelque peu la statique rachidienne. L'expérience montre que les sujets restants actifs professionnellement, et effectuant une activité sportive régulière présentent un meilleur pronostic et ont un seuil douloureux plus haut. Chez [l'assurée] qui donne une description très riche d'un état douloureux diffus, irréductible, il n'est pas possible de trouver une corrélation anatomo-clinique qui permette de retenir que ces atteintes puissent être pareillement douloureuses depuis plusieurs années en permanence. Elles peuvent expliquer une certaine raideur matinale généralement résolutive en moins d'une heure, voire moins encore avec la prise d'anti-inflammatoires et nous ont fait établir des limitations fonctionnelles si [l'assurée] devait s'astreindre à des activités physiquement plus pénibles.
Les poussées congestives arthrosiques évoluent par phases de quelques jours à quelques semaines, elles réagissent favorablement aux traitements symptomatiques et ne sont pas source d'incapacité de travail durable sauf si l'arthrose évolue de manière plus rapide ou qu'elle donne des critères chirurgicaux. Il existe des arthroses plus sévères, plus inflammatoires en présence de microcristaux, de maladie systémique sous-jacente pouvant provoquer en plus des ostéonécroses aseptiques, ou de maladie locale telle qu'une synovite micronodulaire. Nous n'avons pas retenu de tels critères évolutifs chez [l'assurée].

Au plan psychiatrique
L'expertisée ne présente pas d'antécédent psychopathologique jusqu'en 1993 où un probable état dépressif est évoqué dans le cadre de divers problèmes somatiques. En 1994, le Dr [...], médecin interniste, à l'Hôpital H._____ évoque un diagnostic d'hystérie de conversion et des troubles anxio-phobiques chez une personnalité pathologique, qui sont également relevés par divers médecins internistes. A l'époque, une prise en charge de soutien associée à un traitement antidépresseur était proposée à laquelle l'expertisée n'a pas donné suite (Rapport médical de la Policlinique C._____ du 28.11.1995). En 2000, un complément d'expertise à la Policlinique

C._____ retient le diagnostic de syndrome de conversion hystérique.
Le 01.06.2007, la Dresse M._____, psychiatre au SMR, ne retient pas de diagnostic sur le plan psychiatrique ni de limitation sur la capacité de travail.
A la suite d'une décision de suppression de la rente AI en décembre 2007, [l'assurée] développe un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive. Dès février 2008, l'expertisée est suivie d'abord à quinzaine par Mme […], psychologue travaillant en association avec une psychiatre. Selon cette collègue, sous antidépresseur (Cipralex®), la thymie s'est rapidement améliorée, permettant un espacement des séances à une fois par mois. Le 22.08.2008, [l'assurée] présente une rechute dépressive après avoir cessé son traitement antidépresseur. Ce traitement antidépresseur est repris par [l'assurée] et à nouveau, rapidement suivi d'une amélioration thymique. En octobre 2008, Mme […] note que [l'assurée] est en pleine forme après des vacances passées à […].
A l'examen clinique [l'assurée] relate une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (non objectivée), un manque d'appétit avec perte pondérale (non objectivé), des troubles du sommeil secondaires aux douleurs, des ruminations, une anxiété et une vision négative des perspectives de l'avenir. Ces éléments correspondent à un trouble mixte anxieux et dépressif d'intensité légère. A relever un taux sérique bas d'antidépresseur malgré la dose de 20 mg/jour d'escitalopram (Cipralex®). Ce trouble n'entraîne pas de limitation.
Les documents médicaux annexés, l'anamnèse, le status psychiatrique (relative indifférence au handicap, l'absence de trouble somatique patent, une patiente souriant de manière inadaptée en fonction des sujets évoqués) permettent de retenir selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) un trouble dissociatif de conversion, présent depuis 1993. Celui-ci se manifeste par une atteinte pseudo-neurologique.
Toutefois, [l'assurée] peut fonctionner dans son quotidien ; elle apprécie cuisiner, s'occuper du ménage, de la lessive et du repassage, (ménage de 4 personnes dans une maison de 4 niveaux) tout en se montrant très perfectionniste dans ses tâches.
En juin 2006, [l'assurée] a pu se rendre en […] pour une thalassothérapie. En octobre 2008 et en décembre 2008, elle s'est rendue en vacances à […] et à […]. Régulièrement, elle se rend au Centre Thermal […], l'eau chaude étant bénéfique pour ses douleurs. [L'assurée] apprécie également écouter ses deux fils répéter leurs morceaux de musique et se rendre à des représentations de la fanfare dirigée par son fils cadet. L'expertisée a des contacts réguliers et qu'elle apprécie avec sa famille proche et élargie. Annuellement, elle participe à une fête de famille rassemblant 200 personnes. [L'assurée] a également du plaisir à rencontrer ses 5 petits-enfants.
Alors que [l'assurée] nous a affirmé se déplacer en permanence à l'aide de son tintébin [réd. : déambulateur], elle peut se rendre seule en voiture chez sa psychothérapeute où elle n'utilise aucun tintébin ou autres moyens auxiliaires pour ses déplacements.
En conclusion et au vu des activités possibles de [l'assurée], le trouble de conversion n'entraîne plus de limitations, ceci depuis au moins 2006.

> [L'assurée] ne présente pas d'épisode dépressif majeur, d'anxiété sévère, d'attaques de panique, de psychose, d'état de stress post-traumatique ou de trouble grave de la personnalité. »

En définitive, les spécialistes du Bureau d'expertises N._____ ont conclu à une capacité de travail entière, recouvrée pour toutes activités, ce au plus tard dès 2006.

Par arrêt du 26 août 2009 en la cause AI 32/08 – 259/2009, entré en force, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a constaté l'irrecevabilité du recours déposé contre la décision sur opposition du 18 octobre 2007, relative à l'allocation pour impotent, pour cause de tardiveté. La Cour a par ailleurs rejeté le recours formé contre la décision de suppression de rente d'invalidité du 4 décembre 2007, considérant que l'assurée ne présentait plus d'invalidité au sens de la loi, vu la prise en compte limitée aux atteintes à la santé somatiques pertinentes et en l'absence de pathologie psychique incapacitante.

F. Aux termes d'un courrier du 4 octobre 2010, l'assurée a sollicité le réexamen de ses droits auprès de l'OAI, arguant de la détérioration de son état de santé. Elle a été invitée à rendre plausible cette aggravation en produisant toutes pièces médicales utiles dans un pli de l'OAI du 7 octobre 2010.

En date du 21 février 2011, le Dr J._____ a fait parvenir à l'OAI, pour le compte de sa patiente, le tirage d'un rapport établi le 14 décembre 2010 par le Dr T._____, spécialiste en neurologie. Il a précisé qu'une consultation spécialisée au Centre hospitalier D._____ avait été sollicitée, de même qu'un avis psychiatrique.

Le Dr T._____ a pour sa part mis en évidence les diagnostics de « tremblements de l'extrémité céphalique, possiblement essentiel » et de « crampes nocturnes des deux membres inférieurs avec gros orteils en extension, de signification incertaine », relevant un status neurologique

« pour l'essentiel superposable » à un examen antérieur réalisé en 2004, soit « sans syndrome déficitaire sensitivo-moteur, ni troubles pyramidaux ou cérébelleux, caractérisé uniquement par une hyporéflexie achilléenne bilatérale » en sus désormais de « quelques dysesthésies au toucher et au piquer, ressenties diffusément au niveau des deux pieds ». Il a préconisé, à l'égard des deux diagnostics précités des compléments d'investigation au Service de neurologie du Centre hospitalier D._____.

L'OAI a réceptionné le 15 août 2011 un rapport d'examen du 20 janvier 2011 dudit service, où l'assurée a été examinée le 17 janvier 2011. Le Prof. W._____ et la Dresse V._____, respectivement professeur associé et médecin assistante au Centre hospitalier D._____, ont retenu un « tremblement essentiel avec composante fonctionnelle », faisant part des conclusions suivantes :

> « Concernant le tremblement, l'histoire familiale, l'aspect postural, les axes de tremblement à la spirale d'Archimède évoquent, comme déjà mentionné par le Dr T._____, un tremblement essentiel. Ce tremblement qui n'empêche pas l'écriture, peut entraver modérément la patiente dans ses activités fines et mériterait dès lors la discussion de l'introduction d'un traitement médicamenteux. A ce tremblement, se surajoute une composante fonctionnelle importante qui ressort nettement à l'examen clinique et dont l'impact nous semble largement supérieur à ce que l'on observe en relation avec le tremblement essentiel lui-même, ce qui laisse craindre, au cas où le traitement du tremblement essentiel serait introduit, que son impact en dehors de toute prise en charge multidisciplinaire, ne soit que marginal.
> Concernant les « crampes » aux membres inférieurs à prédominance gauche d'apparition vespérale et nocturne, nous n'avons pas pu les observer lors de la consultation mais le diagnostic différentiel étant relativement étendu, nous avons proposé à la patiente de récolter l'ensemble de son dossier médical, notamment des investigations radiologiques et du liquide céphalo-rachidien déjà effectuées avant de pousser plus avant d'éventuelles investigations.
> Nous avons, depuis lors, reçu les IRM [réd : imageries par résonance magnétique] cérébrales et médullaires effectuées en 2010 que nous avons revues avec nos collègues neuro-radiologues et qui ne mettent pas en évidence de pathologie cérébrale ou médullaire suggérant une origine focale à ces « crampes » ; une éventuelle sclérose en plaques, recherchée plusieurs fois dans le passé, a été écartée par l'imagerie et l'étude du liquide céphalo-rachidien. Nous n'avons pas actuellement d'arguments sémiologiques pour diagnostiquer un syndrome des jambes sans repos (suggéré par le Dr T._____) et la symptomatologie ayant résisté à l'introduction d'un agoniste dopaminergique, ce dernier nous semble pouvoir être interrompu. Néanmoins, de tels épisodes d'hyper-extension du pied et des orteils à prédominance unilatérale et parfois bilatérale

> peuvent suggérer des mouvements périodiques du sommeil qui peuvent parfois apparaître lors de l'endormissement et plus rarement durant l'éveil. Cette composante pourrait être investiguée par un enregistrement du sommeil. Nous n'avons pas d'arguments cliniques actuellement pour une maladie neurodégénérative (par exemple maladie de Parkinson) qui peut parfois débuter par des dystonies, mais cliniquement la patiente étant sous agoniste dopaminergique, elle mériterait d'être réexaminée après l'interruption de ce traitement. Dans le diagnostic différentiel, rentre encore la possibilité d'une dystonie dopa-sensible à prédominance vespérale et en début de nuit, mais l'absence d'anamnèse familiale et l'apparition tardive sont aussi des arguments parlant contre cette possibilité. Néanmoins, devant toute suspicion de dystonie, une introduction progressive de basses doses de lévodopa mériterait d'être essayée afin d'écarter cette possibilité thérapeutique. Il faut aussi noter qu'une composante fonctionnelle entre aussi dans le diagnostic différentiel lorsqu'une dystonie aux membres inférieurs apparaît chez l'adulte bien que l'apparition purement vespérale serait aussi inhabituelle pour un tel diagnostic.
> Devant cette situation complexe chez cette patiente aux antécédents chargés, chez laquelle le diagnostic de somatisations multiples et de syndrome de conversion a déjà été posé et qui présente à l'examen clinique des signes fonctionnels rendant l'interprétation clinique difficile, il nous a semblé important d'envisager une évaluation globale, non seulement du point de vue somatique mais aussi d'un point de vue psychiatrique et nous lui avons dès lors proposé d'organiser un hôpital de jour, après récolte de son dossier médical afin d'éviter de répéter des examens déjà effectués, pour compléter les investigations, et la présenter à notre équipe pluridisciplinaire, neurologie et psychiatrie. […] »

Entrant en matière sur la requête de réexamen de l’assurée sur avis du SMR du 22 septembre 2010, l’OAI a sollicité des rapports des principaux médecins traitants.

Le Centre hospitalier D._____ a renvoyé le 26 octobre 2011 au compte-rendu de son service de neurologie cité ci-dessus, l’assurée n’ayant plus été revue depuis lors.

Le Dr J._____ a pour sa part complété un rapport intermédiaire le 22 novembre 2011, se référant pour l’essentiel aux diagnostics des médecins spécialistes et attestant d’une incapacité de travail totale depuis mars 1993.

En outre, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l’assurée depuis 2011 sur conseil de

son médecin généraliste, a produit un rapport étayé le 14 juin 2012. Après avoir rappelé les éléments pertinents de l'anamnèse de sa patiente, il a communiqué ses observations et conclusions notamment comme suit :

> « **Observations :**
> Les symptômes de conversion touchent, entre autres, des muscles volontaires. Les manifestations ont été décrites par la plupart des médecins tels que : tremblements, mouvements anormaux aux différentes régions du corps, faiblesses « inexplicables », amenant à une diminution pour la patiente de ses capacités de se mouvoir normalement et d'accomplir les diverses tâches de la vie courante et de travail.
> Il y a essentiellement deux périodes : de 1992-93 et depuis 2005. Cela a commencé en 1994 au moins par une faiblesse ressentie à différents moments et une tension dans le corps avec une incapacité de se mouvoir normalement, de bouger pour accomplir les diverses tâches de la vie et du travail.
> La patiente a essayé de s'adapter selon le modèle paternel, c.à.d. d'accepter, de faire face, montrant son dynamisme et sa détermination. Elle suit les traitements proposés par les médecins, arrange son habitation selon les conseils de son physiothérapeute, vit la vie d'une handicapée et suit les traitements proposés le mieux possible. Elle a un certain succès, mais la maladie n'est pas traitée. L'amélioration ne permet pas un retour à un travail mais un certain retour à une vie limitée en famille, et socialement. Des moments d'amélioration au niveau de la participation familiale ou sociale peuvent être constatés, mais elle ne peut pas compter dessus pour construire une vie participative en famille ou au travail, car ils ne sont pas sous son contrôle.
> Après la dénonciation, il y a eu investigation et un arrêt de sa rente. Elle a vécu cela comme une accusation d'être une simulatrice et l'arrêt de la rente comme un rejet. Face à cette situation, elle n'a pas de moyens actifs psychiques pour se défendre. Il y a eu un nouveau trauma psychique et une aggravation de sa maladie (dépression et changement des symptômes de conversion).
> […]
> **Conclusions :**
> […] L'incapacité de travail, selon ma lecture de vos documents, doit être considérée à 100% dès l'hospitalisation à [...] (1993). Le diagnostic psychiatrique est clair pour le psychiatre qui l'a vue et pour son médecin traitant à l'Hôpital H._____. Malheureusement, une appréciation de l'incapacité de la patiente de suivre un traitement psychothérapeutique me semble par mes constatations erronée. Cette appréciation a amené à « fabriquer » une maladie physique avec l'idée qu'un traitement de physiothérapie pour cette maladie fictive puisse aider.
> De ce qu'on sait des troubles de conversion c'est qu'ils sont souvent liés à un événement ou une série d'événements survenus dans la vie d'une personne et la touchant d'une façon importante. Dans mon expérience et en général, la personne n'a pas la capacité, à ce moment-là, de faire face à une telle situation déstabilisante.
> Ceci d'autant plus que ces moments pénibles sont accompagnés de pensées, d'émotions et de sensations corporelles pénibles, p.ex. par des émotions souvent contradictoires et non avouables, telles que colère et culpabilité. Ne supportant pas un tel état de perturbation,

c'est à travers le corps que le cerveau essaie de régler le problème, au moins partiellement, dans la maladie hystérique (aujourd'hui partagée en douleurs somatoformes et troubles de conversion).
[…]
Ainsi, on retrouve dans les écrits et à plusieurs reprises qu'elle n'est pas capable d'appréhender le côté psychique de sa maladie en 1994, puis de nouveau en 2008.
C'est vrai que [l'assurée] a toujours dit à tout le monde qu'elle avait une maladie physique. Je répète, le but d'une maladie somatoforme ou de conversion est de cacher la difficulté psychique et de tirer l'attention sur une maladie physique. Donc elle doit répondre « c'est physique » si nous avons de vrais malades hystériques.
Il faut répéter que depuis 1994 on lui a laissé croire qu'elle souffrait d'une maladie physique car les seuls traitements prescrits ont été pour les symptômes d'une maladie physique. Comment une maladie physique, d'ailleurs inexistante, peut-elle être traitée par des traitements pour des vraies maladies physiques. D'ailleurs, il n'y a pas de recherche d'une polyinsertionite (fibromyalgie) et le diagnostic a disparu malgré que les « symptômes » ont toujours été présents et se sont même aggravés.
Il n'y a pas de traces de tentatives de soins psychiques, on déclare sans base claire, ni rapport circonstancié, qu'elle est inapte.
[…]
[O]n va dire qu'elle est « névrotique », une personnalité psychotique, une personnalité pathologique, une personnalité hystéro-phobique, sans apporter aucun développement soutenant de tels « diagnostics ». A quoi servent ces diagnostics, sans descriptions ?
Le vaste nombre de médecins qui ont vu la patiente depuis 1993, date retenue pour la question de l'AI, a conclu que les symptômes neurologiques ou physiques ne correspondaient pas à une maladie physique codifiable amenant à une incapacité de travail.
Cette certitude a été claire en 1994. La patiente n'avait pas un problème de polyinsertionite, ni une sclérose en plaque, ni un autre problème majeur physique. C'était aussi clair que la patiente souffrait de troubles de conversion.
Les rapports rédigés par la suite ont conclu au même diagnostic de base sous une forme ou une autre : hystérie, troubles de conversion.
Seul le rapport écrit en 2007 par les médecins de l'AI même, ne constate aucune maladie psychique.
Le diagnostic qui a été pertinent pour le droit à une incapacité de travail à 100%, dès 1993 et jusqu'à présent, est celui de troubles de conversion (non traités) et dont les symptômes sont aggravés par « la prise en charge » médicale inadaptée (rendant impossible la guérison) et l'acharnement assécurologique suivi d'une aggravation de sa maladie de base (changement de la symptomatologie) et l'apparition d'une dépression réactionnelle. Tout ceci est accompagné d'une maladie iatrogène (atteinte physique) par un faux diagnostic avoué et le traitement pour ceci qui en découle.
En 2008 comme en 2007, on conclut que les troubles de conversion ne sont pas handicapants pour elle, qu'elle a une totale capacité de travail, et que c'est justifié qu'elle n'ait ni rente, ni aide de réinsertion.
Ces décisions sont incompréhensibles et ne prennent pas en considération la maladie de base, ni ses effets sur la personne, ses capacités, sa vision d'elle-même et sa confiance en elle pendant une longue maladie.[…] »

A l'occasion d'un entretien du 12 novembre 2012 entre le Dr Z._____ et le Dr X._____, spécialiste en chirurgie au sein du SMR, ce dernier a consigné dans une note que le psychiatre traitant aurait concédé l'absence de modification de l'état de sa patiente depuis décembre 2007, notamment eu égard à l'allégation de tremblements. Cette note a été contresignée par le Dr Z._____, lequel s'est néanmoins référé au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 1er mai 2007, en ce que ce document relevait une aggravation constante de l'état de l'assurée.

A l'issue d'une appréciation du 23 janvier 2013 portant sur les pièces médicales versées au dossier depuis la demande de réexamen de l'assurée, le SMR, sous la plume du Dr X._____, a considéré que les plaintes alléguées et les diagnostics observés ne s'étaient pas modifiés depuis la décision de suppression de rente, s'agissant des mêmes atteintes, alors que le trouble de conversion, non invalidant, demeurait au premier plan.

G. Fondé sur cet avis, l'OAI a émis un projet de décision tendant à la négation du droit à des prestations AI le 24 janvier 2013, motif pris que l'assurée conservait une pleine capacité de travail en l'absence de modification substantielle des faits depuis sa précédente décision.

Représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'assurée a contesté ce projet de décision par correspondance du 13 février 2013, complétée le 1er mars 2013. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « au plus tard dès le 1er avril 2011 », considérant que les rapports de ses médecins traitants, soit ceux des Drs J._____, T._____ et Z._____, ainsi que du Prof. W._____ et de la Dresse V._____ attestaient de nouvelles atteintes à la santé entravant durablement et totalement sa capacité de travail. Une détérioration de son état de santé était dès lors démontrée, alors qu'il convenait de s'interroger sur le bien-fondé des appréciations médicales antérieures. Elle a par ailleurs déploré que le SMR eût induit en erreur le Dr Z._____ en lui suggérant d'apposer sa

signature sur le procès-verbal d'entretien téléphonique du 12 novembre 2012, alors que ce praticien avait évoqué une péjoration de la situation psychique de sa patiente. Elle a enfin préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique, nécessitée à son sens par la complexité de son cas.

L'assurée a adressé à l'OAI le 15 mars 2013 un nouveau rapport du Dr J._____, daté du 11 mars 2013, où ce dernier a relevé un état de santé « objectivement en aggravation » compte tenu d'une « augmentation des tremors au niveau de la tête », des « troubles dysthymiques et dépressifs d'allure chronique » et des « troubles du sommeil associés à des mouvements anormaux des jambes et des crampes ». Etaient annexés à ce document des rapports établis au sein des Hôpitaux F_____, soit notamment :

- un rapport de la Dresse E._____, cheffe de clinique au sein du Service de neurologie des Hôpitaux F_____ du 20 janvier 2012, où était relaté un « tremblement postural, d'actions et intentionnel qui évoqu[ait] un tremblement essentiel », sans « autre signe cérébelleux », mais avec des « signes de polyneuropathie » ;
- un rapport d'examen électroneuromyographique (ENMG) du Département des neurosciences cliniques des Hôpitaux F_____ du 17 février 2012, relevant que les résultats de cet examen « n'expliqu[aient] pas la symptomatologie de la patiente et [étaient] à la limite de la norme » en dépit d'une « discrète polyneuropathie débutante » ;
- un résumé de polysomnographie du Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux F_____ du 14 mars 2012, observant une « insomnie de maintien », tandis qu'avaient été exclus des « troubles respiratoires durant le sommeil » ; durant le sommeil, le trémor essentiel de la tête avait disparu ; aucun phénomène dystonique des

orteils, ni mouvements périodiques des jambes n'avaient été remarqué, l'examen s'avérant « dépourvu d'anomalies » ;

- un rapport de la Dresse E._____ au Dr J._____ du 4 mai 2012, concluant à une « origine purement fonctionnelle du tremblement » au détriment de l'hypothèse d'un tremblement essentiel sous-jacent.

Sur conseil du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assurée auprès du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication du 4 avril 2013.

Le 30 avril 2013, l'assurée s'est adressée à l'OAI, réitérant que le comportement du Dr X._____ à l'égard de son psychiatre traitant, suite à l'entretien téléphonique du 12 novembre 2012, était à son sens inacceptable déontologiquement. Etait annexé un rapport complémentaire du Dr Z._____ du 23 avril 2013, destiné à confirmer une aggravation constante de son état de santé et libellé notamment en ces termes :

> « […] Il faut admettre que sa maladie de base débutant en 1993-94 est toujours présente. Que de lui donner un faux diagnostic a enfreint les règles déontologiques de base et induit en erreur la patiente, l'empêchant de recevoir des soins adéquats pour sa maladie de base psychique. En maintenant le faux diagnostic physique, on l'a soutenue dans les aménagements de sa vie pour faire face a une maladie physique durable et handicapante.
> Cette façon de faire a découragé la patiente dans toute vision d'une vie professionnelle et a contribué à sa perte de confiance en elle comme une personne capable d'accomplir un travail avec horaires et exigences. Les symptômes physiques, en s'aggravant, lui faisaient réaliser tous les jours qu'elle ne pouvait pas compter sur elle-même, ni contrôler son état de santé et sa variabilité journalière. C'est pourquoi j'estime que son incapacité réelle est de 100% depuis 1993-94.
> Je me répète, dans l'état actuel et depuis au moins 2010, selon les constatations des divers médecins et moi-même, la symptomatologie de la patiente a changé et sa maladie s'est aggravée.
> Il faut se rappeler qu'une maladie psychique peut être présente, mais n'empêche pas nécessairement la patiente de travailler. […]
> La maladie est la même, les symptômes sont nouveaux et différents depuis au moins 2010 et en aggravation évidente. Je suis d'accord que les troubles de conversion non traités sont toujours au premier plan. Je ne suis pas d'accord que les manifestations de la maladie

aggravée n'entraînent pas de répercussions au niveau du travail, bien au contraire. Elle bénéficie d'une incapacité dans sa profession de 100%. […] »

Le Dr O._____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le
28 juin 2013, à l'issue d'examens cliniques des 24 mai 2013 et 6 juin 2013. Il a relaté le descriptif de la situation, tel que communiqué par l'assurée, ainsi que les éléments pertinents de ses observations, soit :

« […] **Situation actuelle**
[…]
L'assurée dit vivre dans la maison familiale avec son époux. Elle dit que l'entente conjugale est bonne. Elle dit que son époux se montre très soutenant et qu'il vient sur place la journée au besoin, sachant qu'il travaille à proximité du domicile de couple.
L'expertisée dit se lever vers 7 heures le matin et se coucher entre 23 heures et 23 heures 30. Elle dit effectuer sa toilette et s'habiller. Elle dit qu'elle doit procéder tous les matins à un « dérouillage » de ses articulations. Elle dit boire un café et lire les journaux. Elle dit préparer un repas, sachant que son mari rentre à midi. Ce dernier est très présent pour le ménage. L'expertisée dit faire ce qu'elle peut : lessive, rangement. Elle bénéficie de certaines adaptations. Il lui est par exemple possible de cuisiner assise.
L'expertisée rapporte des activités de loisirs : mots croisés, sudoku, lecture, confection d'objets décoratifs.
La vie sociale de l'intéressée serait tout de même limitée sachant qu'elle dit qu'elle ne sort en principe pas seule. Elle dit avoir quelques bons amis. Elle dit qu'elle n'est pas isolée. Elle dit qu'il lui arrive d'aller aux concerts où son fils joue du trombone.
L'assurée dit qu'elle ne conduit plus. Elle dit avoir voyagé en voiture et avec son mari pour les deux consultations d'expertise.
[…]
Observation
A l'examen, on est face à une femme de grande taille qui est en surpoids. Elle apparaît trémulante de la tête et des mains. Elle se déplace avec difficulté mais n'a pas besoin d'aide pour passer de la salle d'attente en consultation.
L'assurée se montre un peu tendue. Elle donne les informations demandées même si elle est quelque peu brouillonne. L'anamnèse est difficile à prendre. La collaboration peut cependant être qualifiée de bonne. L'examen se passe dans des conditions normales.
L'assurée est orientée dans le temps et dans l'espace. Elle est parfaitement vigile. Elle ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. Bref, le status permet de réfuter sans autre une affection psycho-organique.
[L'assurée] n'est pas véritablement triste même si l'évocation de certains sujets difficiles la met au bord des larmes. Elle n'est pas ralentie. L'activité psychomotrice peut être qualifiée de normale en dehors de ce qui relève des tremblements.

L'assurée se montre soucieuse de sa situation actuelle. Elle est préoccupée par ses difficultés économiques et les retentissements de ses troubles sur son couple et sa famille. De façon générale, elle reste bien contrôlée dans son fauteuil. Il n'y a pas la fébrilité des gros états d'angoisse.
Le cours de la pensée est normal. Les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas d'indices pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations. […] »

Compte tenu de ces éléments, l'expert a été en mesure de retenir les diagnostics de « trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) » et de « trouble de conversion (F44.7) », faisant part de son appréciation assécurologique du cas et de ses conclusions comme suit :

« […]

Trouble anxieux et dépressif mixte

Le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) désigne la situation où l'on constate des symptômes anxieux et dépressifs sans gravité et qui n'ont pas la sévérité suffisant à poser un diagnostic spécifique du domaine de l'anxiété et de la dépression. Ce trouble désigne par conséquent un tableau psychiatrique relativement banal et qui n'a rien de préoccupant.
Ce trouble se retrouve fréquemment en médecine de premier recours. Il se retrouve également dans la population générale et les sujets en cause ne consultent le plus souvent pas de médecin pour ce motif. Ils ne sont en fait pas assez souffrants ni assez dysfonctionnels pour chercher à obtenir des soins.
Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corréler à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.
Dans le cas présent, rien n'indique que cette situation sorte de l'ordinaire. Les éléments dépressifs restent de peu de sévérité, compte tenu de ce qui a été argumenté plus haut. Il en est de même de l'anxiété qui n'a pas les caractéristiques pour valoir un trouble spécifique. Il n'y a dès lors pas de motifs de corréler le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée à une quelconque incapacité de travail psychiatrique.

Trouble de conversion

Dans un contexte de trouble somatoforme (ou de troubles apparentés dont fait partie le trouble de conversion), il convient d'effectuer une appréciation clinique puis d'examiner un certain nombre de points particuliers.

Appréciation clinique

La présentation de l'assurée vaut certainement pour une souffrance. Le tableau clinique ne correspond pourtant pas aux grandes maladies mentales que seraient, par exemple, une dépression endogène mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence de type Alzheimer. On n'est pas davantage dans la situation d'une maladie « biomédicale » stricto sensu avec sa cause

connue, sa pathogénèse bien établie et une évolution toujours corrélée à des éléments biologiques et cliniques véritablement objectifs.

Points nécessitant un examen particulier

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

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

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique relève d'un simple trouble anxieux et dépressif mixte. Cette pathologie n'a en soi rien de sévère, comme cela a été développé plus haut. Elle ne peut certainement pas être considérée comme incapacitante en soi.

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

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

Dans le cas présent, [l’assurée] conserve un réseau social conséquent. Il y a les liens avec sa famille. Il y a tout de même des amis. Il subsiste quelques activités sociales. L'assurée garde de bonnes capacités relationnelles. On ne peut certainement pas admettre la perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

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

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'intéressée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant aujourd'hui de soins adéquats, compte tenu du type des troubles qu'elle présente.

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

Dans le cas de [l’assurée], il y a des éléments en ce sens puisque votre assurée est souffrante depuis le début des années 1990. Le tableau clinique garde néanmoins une certaine plasticité, la

> symptomatologie ayant évolué depuis le départ. Le critère de chronicité ne devrait être que partiellement retenu.
>
> *Conclusion*
>
> […]
>
> Si vous appliquez les règles usuelles en cas de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, il apparaît aujourd'hui qu'on ne peut pas retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assurée devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble de conversion et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. […] »

Par avis du 9 juillet 2013, le Dr X._____ du SMR s'est rallié intégralement aux conclusions de l'expert, dont le rapport a été remis en copie à l'assurée pour détermination éventuelle.

Par correspondance du 20 septembre 2013, l'assurée a fait valoir la divergence d'opinion entre le Dr O._____ et son psychiatre traitant pour conclure à un complément d'instruction à cet égard, joignant les commentaires communiqués le 17 septembre 2013 par le Dr Z._____ sur l'analyse de l'expert. Le Dr Z._____ a estimé que le Dr O._____ n'avait pas pris en compte les particularités du cas d'espèce, notamment celles rendant difficile une évolution favorable. Il a mis singulièrement en exergue la problématique de la récidive, le mauvais pronostic rattaché à la conversion sous forme de tremblements, l'absence d'incidence à son sens d'une vie sociale préservée sur l'appréciation de la capacité de travail, l'origine éventuellement physiologique (dysfonctionnement cérébral) de la maladie non investiguée et le défaut de prise en charge précoce adéquate (psychothérapie avec hypnose).

Le Dr X._____, pour le compte du SMR, a réfuté ces griefs à l'issue d'un avis du 8 octobre 2013.

Dès lors, l'OAI a établi une décision en date du 10 octobre 2013, par laquelle il a repris les termes de son projet de décision du 24 janvier 2013 et, non sans souligner la valeur probante pouvant être conférée à l'expertise du Dr O._____, prononcé le refus de prestations AI compte tenu d'une pleine capacité de travail, présentée par l'assurée dans toutes activités.

H. Cette dernière, avec l'assistance de son conseil, a déféré la décision du 10 octobre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 13 novembre 2013, concluant à son annulation et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a argué à cette fin de la divergence d'opinion entre les Drs Z._____ et O._____, estimant justifié de faire procéder à un nouvel examen spécialisé, expressément requis auprès de la Cour de céans. En l'état, elle a relevé que les pièces versées à son dossier attestaient d'une incapacité de travail totale au plus tard à la date de sa nouvelle demande de prestations, formulée en octobre 2010.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 23 janvier 2014, en proposant le rejet sur la base des avis du SMR des 9 juillet 2013 et 8 octobre 2013.

Par réplique du 31 janvier 2014, la recourante a persisté dans les conclusions communiquées dans son acte de recours.

Les parties ont ensuite été avisées que la cause était gardée à juger et ne se sont pas manifestées plus avant.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 13 novembre 2013 contre la décision de l'OAI du 10 octobre 2013 a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il respecte en outre les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations financières de l'AI, à la suite de sa demande de révision formulée le 4 octobre 2010. Ce droit a été nié par l'intimé aux termes de la décision entreprise datée du 10 octobre 2013.

L’assurée s’estime totalement invalide, soit totalement incapable de travailler dans toutes activités, depuis au plus tard octobre 2010, s’appuyant sur les rapports établis par ses médecins traitants, singulièrement ceux émanant du Dr Z._____. Elle soutient par ailleurs que son état de santé s’est manifestement détérioré dès 2007/2008, voire 2010, ainsi que l’atteste son psychiatre traitant précité. Elle conclut dès lors à l’allocation d’une rente d’invalidité « dès le 1er mars 2011 », tout en proposant le renvoi de l’affaire à cette fin à l’OAI.

Quant à ce dernier, fondé sur les avis du SMR, ainsi que sur les conclusions du rapport d’expertise psychiatrique du Dr O._____ du 28 juin 2013, il a retenu que l’assurée présentait une capacité de travail entière dans toutes activités, en l’absence de toute atteinte à la santé ayant valeur d’invalidité au sens des dispositions légales et de la jurisprudence fédérale pertinentes, tandis que la situation n’avait pas changé depuis la précédente évaluation de 2009.

Il convient en outre de rappeler que la demande déposée par l’assurée le 4 octobre 2010 en vue du réexamen de ses droits implique l’application des principes régissant la procédure de révision, dans la mesure où dite demande fait suite à une précédente décision du 4 décembre 2007. A cette dernière date, le versement d’une rente entière d’invalidité a été supprimé faute d’atteinte à la santé incapacitante, alors qu’un droit à la rente avait été précédemment reconnu dès le 1er décembre 1993, par décision initiale du 13 mai 1996, compte tenu d’un degré d’invalidité de 100%. Par arrêt de la Cour de céans du 26 août 2009, la décision de suppression de rente de l’OAI du 4 décembre 2007 a été confirmée sur la base des conclusions de l’expertise judiciaire réalisée par le Bureau d'expertises N._____, sans que la cause ne fît l’objet d’un recours ultérieur.

3. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu préliminairement de rappeler les règles principales afférentes à la procédure de révision.

3.1 Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

On ajoutera que selon l’art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l’assuré ou sa capacité d’accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d’aide découlant de son invalidité s’aggrave, ce changement est déterminant pour l’accroissement du droit aux prestations dès qu’il a duré trois mois sans interruption notable. L’art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

3.2 Les principes régissant l’entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198

consid. 3a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 ; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

3.3 In casu, l'intimé est entré en matière sur la demande de réexamen déposée par l'assurée en octobre 2010, après avoir constaté que les éléments produits par celle-ci ne permettaient pas d'exclure a priori une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision déterminante, soit celle du 4 décembre 2007, laquelle avait justifié la suppression de la rente précédemment octroyée le 13 mai 1996.

Au terme de l'instruction complète de la situation de la recourante, l'OAI a nié la survenance d'un changement factuel substantiel, soit suffisant pour justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail et la détermination d'un taux d'invalidité. En l'absence d'invalidité, il a dès lors refusé de servir ses prestations le 10 octobre 2013.

Il y a donc lieu d'examiner les bases matérielles de la décision du 10 octobre 2013, tout en concédant, à l'instar de l'OAI, qu'une procédure de révision en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA s'imposait effectivement à première vue de par les pièces produites à l'appui de la requête de réexamen de l'assurée, singulièrement en présence d'une nouvelle symptomatologie évoquant un diagnostic neurologique et de l'instauration d'un traitement psychothérapeutique.

En particulier, il s'agira d'analyser les pièces médicales réunies par l'administration, en statuant sur leur valeur probante, avant de se prononcer sur l'état de santé somatique et psychique de l'assurée, ainsi que sur l'impact des atteintes diagnostiquées en termes de capacité de travail.

On ajoutera que le point de départ de l'examen d'une éventuelle modification de la situation factuelle est constitué par la précédente décision rendue sur le fond par l'OAI, soit celle du 4 décembre 2007, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 26 août 2009.

4.

4.1 Aux termes de l’art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l’incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L’invalidité peut résulter d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l’art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 On ajoutera que 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 ; TFI 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).

En vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

4.3 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).

Selon l’art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

5. En l’espèce, se pose dans un premier temps la question de savoir si l’intimé était légitimé à considérer, sur la base des rapports

fournis par les médecins traitants de l'assurée, que sa situation sur le plan somatique était demeurée stable en dépit des nouveaux diagnostics avancés.

Dans un second temps, il s'agira de déterminer si l'intimé pouvait se fonder, sous l'angle psychique, sur le rapport du Dr O._____ du 28 juin 2013 et écarter les appréciations du psychiatre traitant, le Dr Z._____, pour rendre la décision dont est recours.

Ces points permettront enfin de statuer sur l'opportunité de mettre en œuvre une instruction complémentaire, ainsi que l'a requise la recourante aux termes de ses écritures à la Cour de céans.

5.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – doit se fonder sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256
consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ;
TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

5.2 Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une

autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante
(ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l’assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu’ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d’opinion entre experts et médecins traitants, il n’est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s’apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu’au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d’expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l’administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

qu’un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. Il en va de même si des médecins traitants font état d’éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l’expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

5.3 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références).

Dès lors, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le

doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 322 consid. 5a ; TF 8C_264/2013 du 3 mai 2013 ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b ;).

5.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6.

6.1 In casu, sur le plan strictement somatique, figurent au dossier de la cause, en sus des rapports fournis par le médecin généraliste traitant, le Dr J._____, les rapports des différents spécialistes en neurologie consultés, soit ceux du Dr T._____, du Prof. W._____ et de la Dresse V._____ du Centre hospitalier D._____, ainsi que les résultats des examens conduits au sein des Hôpitaux F_____ sous l’égide de la Dresse E._____.

Il ressort de l’ensemble de ces documents que les diagnostics évoqués par le Dr T._____ dans sa sphère de compétences ont finalement pu être écartés par le biais des examens complémentaires diligentés au Centre hospitalier D._____ et aux Hôpitaux F_____, compte tenu des résultats estimés « dans les limites de la norme ». Les spécialistes de ces centres hospitaliers ont en effet unanimement retenu un « tremblement essentiel avec composante fonctionnelle » sans

objectiver d'atteinte à la santé organique susceptible de justifier le tableau douloureux présenté par l'assurée. Ils ont certes évoqué une prise en charge pluridisciplinaire, toutefois avec une composante psychiatrique déterminante
(cf. rapport du Centre hospitalier D._____ du 20 janvier 2011 et des Hôpitaux F_____ du 4 mai 2012).

On relèvera par ailleurs que le Dr T._____ a précisé que son examen de décembre 2010 s'avérait « superposable » à celui réalisé antérieurement en 2004, sans nouvelles explications à l'origine des symptômes allégués par l'assurée.

En outre, ainsi que l'a expressément mis en évidence à réitérées reprises le Dr Z._____ (cf. ses rapports du 14 juin 2012 et 23 avril 2013), la problématique psychiatrique demeurait seule prépondérante dans le cas de la recourante, ce que cette dernière n'a du reste pas contesté aux termes de ses écritures à l'adresse de l'OAI et de la Cour de céans.

Vu la pauvreté des résultats cliniques ressortant des investigations conduites au Centre hospitalier D._____ et aux Hôpitaux F_____, il y a lieu de considérer que l'état de santé somatique, respectivement neurologique, de l'assurée n'a pas évolué sensiblement depuis le début de ses problèmes de santé au début des années 1990.

En tous les cas, on peut exclure que la situation se soit modifiée notablement à cet égard depuis la précédente décision de l'OAI du
4 décembre 2007, ce qui permet d'écarter, à l'instar de l'intimé, tout motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

6.2 Eu égard au volet psychique, la recourante fait l'objet d'un suivi régulier auprès du Dr Z._____ depuis le courant de l'année 2011.

Compte tenu du diagnostic de « trouble de conversion » étayé par ce spécialiste et de son appréciation de la capacité de travail de sa patiente, l'assurée a été expertisée par le Dr O._____ les 24 mai 2013 et 6 juin 2013.

A l'analyse du rapport correspondant du 28 juin 2013, fondant la décision entreprise, il y a lieu de constater que ce document remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus sous considérant 5.2, de sorte que l'on ne voit aucune raison de lui dénier pleine valeur probante ou de le compléter.

Singulièrement, le Dr O._____ a procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition, sans manquer de consulter les médecins traitants et l'entourage immédiat de l'assurée en la personne de son conjoint. L'expert a par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à son champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de l'assurée, avant de communiquer ses conclusions. Celles-ci, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue du rapport concerné.

A l'inverse, les explications et critiques communiquées par le Dr Z._____ peinent à convaincre dans la mesure où elles ne correspondent pas à l'observation clinique objective, ni d'ailleurs au maintien d'un certain fonctionnement social par la recourante. On rappellera en effet, quoi qu'en dise l'assurée, que son état de santé ne l'empêche pas de conserver de petites activités et des loisirs, ainsi que d'assumer – certes avec des adaptations – les principales tâches ménagères familiales. On ne voit dès lors pas une détresse psychique de nature à entraver la reprise d'une activité professionnelle, telle que celle déployée par le passé par l'assurée. A cet égard, la longue période

d’inactivité de la recourante ne saurait être prise en compte dans l’évaluation médicale de sa capacité de travail.

En présence de diagnostics concordants entre expert et psychiatre traitant, on se doit d’accorder la prépondérance à l’avis de l’expert, son appréciation étant précisément destinée à être exempte de toute considération empathique légitimement consécutive à une relation médecin-patient.

Force est de déduire que l’avis isolé du Dr Z._____ quant à la capacité de travail résiduelle de l’assurée doit être considérée comme une appréciation différente des conséquences de la symptomatologie exposée à satisfaction par le Dr O._____.

6.3 En définitive, l’assurée se contente pour l’essentiel d’opposer les appréciations de son psychiatre traitant à celles des différents experts psychiatres l’ayant examinée, respectivement à celle du Dr Z._____, sans toutefois que les constats cliniques des uns et des autres ne se distinguent sensiblement.

Ainsi que le préconise la jurisprudence fédérale rappelée supra sous considérant 5.2, dans de tels cas de figure, il s’impose de se rallier aux conclusions de l’expert psychiatre mandaté par l’intimé et de retenir une capacité de travail parfaitement préservée, soit de 100% dans toutes activités.

Cette constellation n’impose pas au surplus de procéder à une nouvelle expertise de l’assurée, ainsi qu’elle le requiert, vu la pleine valeur probante pouvant être conférée au rapport du Dr O._____ et en l’absence de tout élément nouveau qui serait survenu ou allégué postérieurement à l’établissement de ce document.

7. Indépendamment de ce qui précède, il convient de se prononcer spécifiquement sur le diagnostic de « trouble de conversion »

en ce qu'il serait assimilable à un « trouble somatoforme douloureux persistant ».

7.1 Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. ATF 139 V 547 consid. 6 à 9). Au contraire, selon une jurisprudence valant jusqu'à récemment, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 139 V 547 consid. 9.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on

admettra l’exigibilité d’un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références).

Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 in fine ; 131 V 49 consid. 1.2 in fine ; TF 9C_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 513/05 du 7 septembre 2006).

7.2 Cependant, en vertu d’une nouvelle jurisprudence modifiant explicitement la précédente (ATF 141 V 281 ; commenté par Thomas Gächter / Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre-circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015 de l’Office

fédéral des assurances sociales [OFAS]), il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur.

Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indicateurs).

Eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler leurs lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indicateurs qu'il a retenus. Selon le Tribunal fédéral, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (ATF cité consid. 5.1.2).

Le Tribunal fédéral a néanmoins souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer en rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (ATF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

L'OFAS, dans la Lettre-circulaire n° 334 à l'attention des offices AI des suites de ce changement de jurisprudence, laquelle est intitulée « Nouvelle procédure d'instruction pour les atteintes psychosomatiques » (disponible sur : http://www.bsv.admin.ch), a souligné notamment ce qui suit :

> « […] L'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective (art. 7 al. 2 LPGA). Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi).
>
> Par conséquent, il faut partir du principe que la personne assurée est valide (consid. 3.7.1 et 3.7.2 de l'arrêt [réd. : ATF 141 V 281 cité supra]). Un degré d'invalidité qui ouvre le droit à une rente peut être reconnu seulement lorsque les conséquences fonctionnelles sont étayées sans contradiction et selon toute vraisemblance par des constatations médicales basées sur les indicateurs standards (consid. 6 de l'arrêt). La personne assurée continue à supporter le fardeau de la preuve (consid. 6 de l'arrêt).
>
> **2. Structure des procédures d'instruction**
>
> La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants :
>
> A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
> a. Complexe « atteinte à la santé »
> i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
> ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
> iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
> iv. Comorbidités
> b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
> c. Complexe « contexte social »
>
> B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'application de la liste des indicateurs doit toujours tenir compte des circonstances du cas particulier. Il ne s'agit pas d'une checklist où il suffit de cocher des rubriques (consid. 4.1.1 de l'arrêt). [...] »

Le détail des indicateurs figure par ailleurs dans les tableaux annexés à la Lettre circulaire n° 334, tels que repris ci-dessous :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »	
a. Complexe « atteinte à la santé »	
i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic	• Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à ne pas séparer les limitations fonctionnelles dues à cette atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. • Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. • Les motifs d'exclusion selon l'arrêt 131 V 49 doivent être pris en considération. Normalement, il n'existe pas d'atteinte à la santé assurée, lorsque la perte de rendement se base sur des aggravations ou sur des phénomènes similaires. Des indices en faveur d'un tel comportement ou d'un bénéfice secondaire de la maladie suivants sont présents par exemple lorsque : - Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de la personne assurée ou son anamnèse ; - La caractérisation des douleurs intenses alléguées reste vague ; - Aucun traitement médical et aucune thérapie ne sont suivis ; - Des plaintes présentées de manière démonstrative semblent peu crédibles à l'expert ; - Des limitations importantes dans le quotidien sont alléguées, toutefois l'entourage psycho-social reste intact. Si dans le cas particulier, il est clair que ces motifs d'exclusion ne permettent pas d'admettre une atteinte à la santé, il n'existe à priori aucune base pour une rente d'invalidité, également lorsque les critères de classification d'un trouble somatoforme douloureux sont présents. Dans la mesure où les signes en question apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante, leurs effets doivent être considérés dans le cadre de l'aggravation. • La gravité de l'évolution de la maladie doit être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En particulier, la description du trouble somatoforme douloureux faite dans la CIM 10, ch. F45.4, met en évidence les facteurs étiologiques : la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs. • Les conclusions sur le degré de gravité ne doivent plus être tirées de la notion de bénéfice primaire de la maladie.

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard	• L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, indique un pronostic négatif. Si par contre le traitement demeuré sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou apparaît inapproprié dans le cas d'espèce, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble. • Des troubles psychiques du type qui nous intéresse ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement. • En cas de maladie de relativement courte durée – donc pas encore devenue vraiment chronique –, il devrait en général exister encore des options thérapeutiques et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux (« durable ») vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour juger du degré de gravité : sans une accentuation de la douleur à long terme, une incapacité de travail invalidante n'est guère imaginable ; il en va déjà de même pour le diagnostic. • Au reste, pour autant qu'il faille admettre que le recours à des thérapies et le fait de se montrer coopérant sont dus à la présence ou à l'étendue des souffrances perçues, il en va de la cohérence des effets d'une atteinte à la santé.
iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard	• Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. En effet, comme le traitement médical raisonnablement exigible (qui, sous réserve de l'art. 12 LAI, n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité) engage l'assuré à pourvoir en quelque sorte à sa propre réadaptation, celui-ci doit, sur le plan professionnel, se réadapter en principe lui-même avant de participer, si cela est indiqué, à des mesures de réadaptation et de réinsertion (art. 8 s. et art. 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération après une évaluation médicale mais que la personne demandant une rente n'y participe pas, cela est considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation ratée malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce.
iv. Comorbidités	• La comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, notamment en tant que baromètre pour savoir si elle prive l'assuré de certaines ressources. • Les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes » sont réunis en un indicateur uniforme. Il faut une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec toutes les pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, ne relève pas de la comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. • L'exigence d'une approche globale est en principe applicable indépendamment de la question de savoir comment se présente la relation entre le syndrome douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute significatio en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources seulement à cause de sa connexité médicale (éventuelle) avec
	la douleur. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes au niveau du diagnostic sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double. • Il n'existe pas une relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques qui ne s'expliquent pas suffisamment d'un point de vue organique (ou le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Il n'existe donc pas une règle schématique basée sur l'idée que «plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées». Au contraire, les divers symptômes et résultats risqueraient d'être simplement juxtaposés et évalués de manière purement mécanique et quantitative, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour établir le statut fonctionnel.
b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)	• A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » entre aussi en considération. Ces fonctions désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. • Comme le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui procède aux examens que d'autres indicateurs (liés par exemple aux symptômes ou au comportement), les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées. Ces exigences seront précisées dans des lignes directrices médicales encore à élaborer.
c. Complexe « contexte social »	• Le contexte social influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets (déterminants de manière seulement causale) de l'atteinte à la santé. A ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, si des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de l'assuré, notamment le soutien dont il bénéficie dans son réseau social. • Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé (art. 4, al. 1, LAI), d'une part, et le chômage non assuré ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas.
B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)	
a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie	• L'indicateur d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. • L'ancien critère du retrait social doit à son tour être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations, mais qu'il concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. • Dans la mesure du possible, il est recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de l'assuré doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail invoquée.

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation	• La mise à contribution d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. • Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribuée à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. • De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation). Un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée.

Cela étant, la récente jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux n'exclut pas qu'une expertise faite selon l'ancien standard (comme c'est en l'occurrence le cas) conserve valeur de preuve pour autant qu'elle permette une évaluation concluante à la lumière des nouveaux indicateurs déterminants (ATF cité consid. 8).

7.3 Ainsi, il convient ici d'analyser le rapport d'expertise psychiatrique rédigé par le Dr O._____ dans le but de statuer, si possible, sur le caractère invalidant du « trouble de conversion » à l'aune de cette récente jurisprudence.

7.3.1 Concernant l'examen du « degré de gravité fonctionnel » de la symptomatologie dont souffre la recourante, on relèvera que si le trouble de conversion l'affectant revêt incontestablement une certaine gravité du fait de sa chronicité, il n'en demeure pas moins que l'expert a considéré que « le tableau clinique ne correspond[ait] pourtant pas aux grandes maladies mentales ». Il a ajouté que le « trouble anxieux et dépressif mixte » accompagnant la pathologie principale n'avait « en soi rien de sévère » et ne pouvait être qualifié d'incapacitant. Il a dès lors estimé que l'assurée était en mesure de « réintégrer le monde ordinaire du travail en plein » (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2013, p. 21 – 23).

Sur le plan thérapeutique, on rappellera, à l'instar de l'expert, que la recourante bénéficie désormais d'un suivi adéquat, soit la prise en charge psychiatrique assumée par le Dr Z._____, son état clinique demeurant sujet à évolution (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2013, p. 23). On soulignera également que la recourante n'a au surplus pas donné suite à la prise en charge pluridisciplinaire préconisée par le Centre hospitalier D._____ en janvier 2011, pourtant susceptible d'améliorer son état de santé global.

Quant à la personnalité de l'assurée, le Dr O._____ a expressément exclu un trouble de ce registre, rappelant qu'un trouble de la personnalité « doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte » ce qui n'avait pas été le cas de la recourante (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2013, p. 21).

On relèvera par ailleurs que la recourante est dotée de ressources personnelles préservées et d'un contexte social particulièrement soutenant. Le

Dr O._____ a notamment observé « un réseau social conséquent », des « liens avec sa famille », des amis et « quelques activités sociales » (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2013, p. 21 – 22).

7.3.2 Eu égard à la cohérence du comportement de l'assurée et à la limitation de ses activités, on notera qu'elle a elle-même rapporté à l'expert la conservation d'activités de loisirs, ainsi que le maintien – certes un peu limité – de sorties et de visites à des amis en compagnie de son conjoint. En outre, la recourante s'est déclarée en mesure d'effectuer des tâches ménagères quotidiennes, comme la préparation des repas, la lessive et le rangement à son domicile (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2013, p. 12).

Il faut donc en déduire que la recourante a conservé un rythme régulier dans ses activités quotidiennes à domicile et des liens sociaux nourris. Elle n'apparaît dès lors pas dénuée de toute capacité fonctionnelle, tout en demeurant dotée de ressources adaptatives personnelles et sociales, sans que les limitations invoquées ne se manifestent de manière identique dans tous les domaines de la vie.

7.4 Vu les éléments qui précèdent, il convient constater que les atteintes à la santé affectant la recourante ne sauraient avoir valeur d'invalidité au sens entendu par la jurisprudence fédérale énoncée supra.

8. Etant donné l'exposé ci-avant, on se doit de conclure avec l'intimé que la situation de la recourante n'a pas évolué, ou à tout le moins pas dans une mesure suffisante, pour légitimer l'octroi de prestations depuis le 4 décembre 2007.

8.1 En particulier, on soulignera qu'on se trouve en présence d'un état de santé stationnaire sur le plan somatique depuis les examens spécialisés diligentés tant au SMR en mai 2007 qu'au Bureau d'expertises N._____ en avril 2009, faute d'atteinte neurologique avérée résultant des investigations conduites au Centre hospitalier D._____ en 2011 et aux Hôpitaux F_____ en 2012.

8.2 Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, on notera que les diagnostics retenus définitivement par les spécialistes ayant expertisé l'assurée sont en substance identiques. Tant la Dresse S._____ pour le compte du Bureau d'expertises N._____ que le Dr O._____ ont en effet pris en compte un « trouble de conversion » et un « trouble anxieux et dépressif mixte » sans impact sur la capacité de travail, alors que la Dresse M._____ avait évoqué ces diagnostics sans les exclure définitivement à l'occasion de l'analyse effectuée au SMR. On ne peut dès lors que considérer que l'état de santé psychique de la recourante s'avère également stationnaire, puisque les examens des spécialistes précités ont eu lieu à plusieurs années d'intervalle sans que ne soit révélé de nouvel élément ou d'évolution significative.

Dans ce contexte, l'avis communiqué par le Dr Z._____ en lien avec la capacité de travail de sa patiente n'est pas de nature à faire douter du défaut de modification sensible de l'état de santé psychique, ce praticien ayant d'ailleurs estimé ladite capacité à 0% de manière constante depuis 1993 sans changement ou fluctuation notable, indépendamment d'une prise en charge effectuée débutée en 2011.

8.3 En définitive, c'est à bon droit que l'intimé a conclu à l'absence de motif de révision qui serait survenu depuis sa décision du 4 décembre 2007 au sens requis par l'art. 17 LPGA, faute de modification substantielle de l'état de fait depuis lors.

9. Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 10 octobre 2013 confirmée.

9.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

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 (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

9.2 Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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 10 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :