

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Thalmann, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a travaillé en tant que restauratrice (patronne, serveuse, aide de cuisine) au Restaurant [...], à [...], de 1983 à 2004. Elle travaille à l'heure comme employée de cuisine auprès de l'Hôpital [...] depuis le 1^{er} mars 2009. Veuve depuis 2001, elle est mère de deux enfants nés en 1985 et 1991.

Le 29 mai 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 6 juin 1997, le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a relevé que l'assurée avait subi une brûlure dans sa petite enfance à l'annulaire droit. Il a retenu une incapacité de travail de 25 % dès le 3 juillet 1995.

Dans un rapport médical du 28 juillet 1997, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment relevé une incapacité de travail de durée indéterminée de 25 % dès le 9 mars 1995.

Par décision du 17 décembre 1997, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail était de 75 %.

B. R. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 31 mars 2006, alléguant être totalement incapable de travailler depuis le 14 mars 2005.

Dans un questionnaire 531 bis du 6 mai 2006, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % dans le domaine de la restauration, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 26 juillet 2006, le Dr B._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif chronique depuis le suicide de son mari et de cervicalgies récidivantes intenses très invalidantes pour de nombreux travaux physiques. Il a retenu une capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle (la restauration) et dans toute autre activité, étant précisé que l'assurée ne pouvait pas manier de charges lourdes.

Dans un rapport médical du 13 février 2007, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) dans le cadre d'un deuil traumatique (Z 63.4) existant depuis février 2001. L'incapacité de travail était totale dès le 1^{er} août 2004.

Il a été procédé à un examen de la situation économique de l'assurée. Dans le rapport de l'enquêteur du 18 juin 2007, on pouvait lire que cette dernière n'exerçait plus aucune activité indépendante depuis août 2004 et que les comptes ne semblaient pas utilisables pour déterminer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé. L'enquêteur estimait judicieux de retenir le salaire conventionnel selon la convention collective de travail (CCT) en vigueur pour déterminer ce revenu.

Une enquête économique sur le ménage a également été effectuée le 22 août 2007. Dans un rapport daté du 27 septembre 2007, l'enquêtrice a conclu à un statut de 100 % active.

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport d'expertise du 28 février 2008 se concluait comme suit (sic) :

"4. DIAGNOSTICS (SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1. Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?

Aucun.

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?

Trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) depuis 2001 environ.

Dysthymie (F 34.1) depuis février 2001.

Trouble panique (F 41.0) depuis février 2001.

5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Introduction

Il s'agit d'une assurée d'origine mauricienne, de nationalité suisse, âgée de [...], en Suisse depuis 1983. D'emblée, l'assurée a travaillé avec son mari et ses beaux-parents dans la restauration. Elle s'occupait du service, était aide en cuisine et s'occupait de la lingerie et du ménage. Par la suite, son mari a repris le restaurant. Son mari est décédé en février 2001. Suite à ce décès, l'assurée a découvert qu'il y avait d'importantes difficultés financières. Elle a alors présenté une réaction dépressive et selon les données qu'elle fournit, elle a été placée en arrêt maladie durant trois semaines puis elle a repris le restaurant. Selon l'assurée, les clients habituels n'ont rien remarqué concernant la qualité des prestations du restaurant dès le moment où elle a repris le poste en cuisine. Elle a échoué aux examens en 2002, 2003 et 2004 et elle ne pourra pas se représenter avant la fin de l'année 2007. D'après les éléments figurant dans le dossier médical, il est relevé qu'en 2001 et 2003, la société a bouclé les comptes avec un léger bénéfice. L'assurée rapporte que sur la période de 2001 à 2004, elle travaillait de 6h30 du matin à 1 heure le lendemain. Ensuite, en raison de la situation économique de son restaurant, il a été procédé à une liquidation semble-t-il au 1^{er} août 2004.

Du point de vue de sa santé, l'assurée a d'emblée pris contact avec le Docteur B. _____ pour bénéficier d'un soutien. Ce dernier lui a prescrit un traitement antidépresseur qu'elle n'a jamais interrompu depuis. Dans le courant de l'année 2005, elle a pris contact avec un psychiatre, suivi qui a été interrompu en janvier 2006. Elle a repris contact avec un psychiatre le Docteur X. _____ en automne 2006 initialement une fois par semaine. Plus récemment, en août 2007, le suivi a été espacé. L'assurée n'observe pas d'évolution favorable.

A noter qu'une première demande AI a été refusée au milieu des années 90 pour les conséquences d'une brûlure survenue dans l'enfance.

Situation clinique actuelle

Au premier plan, l'assurée se plaint essentiellement de douleurs assez diffuses au niveau des coudes, des poignets, des genoux, des vertèbres cervicales ainsi que des céphalées et des épisodes d'angoisse paroxystique. Les douleurs sont apparues il y a 4-5 ans. Elles sont intenses, estimées à 9 sur 10 environ, présentes presque tous les jours mais pas toute la journée mais elles sont diminuées par les médicaments, les bains thermaux ainsi que la kinésithérapie. En conséquence, elles provoquent une baisse de moral. L'assurée se plaint également d'importantes difficultés de mémoire, de ralentissement psychomoteur, d'importantes ruminations, d'anxiété survenant de façon paroxystique dès 2001 et d'une augmentation de la réactivité émotionnelle, d'une fatigue sévère, d'une tristesse sévère depuis 2001, d'une diminution de la confiance en soi, de la persistance d'idées noires par moment et de troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit. Elle se plaint également de ballonnements et de maux de ventre.

A l'examen clinique, on observe une tristesse légère tout au plus, la tristesse n'étant pas manifeste. Il n'y a pas de focalisation ou de

rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs et l'assurée ne paraît pas particulièrement désespérée. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue marquée en fin d'entretien. Elle ne présente pas de troubles cognitifs manifestes. Globalement, les plaintes sont plus importantes que les constatations objectives.

Les examens complémentaires montrent une bonne compliance au Zoloft et une non compliance au Dafalgan. La fonction thyroïdienne est normale.

Sur la base de ces éléments, le tableau clinique se situe entre un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant. Les éléments en faveur d'un trouble somatoforme indifférencié sont la description d'une fatigue, d'une inappétence avec des douleurs abdominales notamment, des douleurs physiques assez diffuses, des céphalées. En faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), on note que la plainte essentielle reste quand même des douleurs. En revanche, il n'y a pas de sentiment de détresse manifeste, bien que la situation psychosociale soit difficile. Les douleurs sont survenues dans un contexte difficile compliqué par des problèmes financiers. En revanche, on ne note pas chez l'assurée de multiples interventions visant à trouver une cause à ces douleurs et il semble que les prises en charge de type bains thermaux et kinésithérapie soient relativement récentes, soit à partir de 2006. De plus, l'assurée ne prend pas son traitement de paracétamol, qui est quand même censé atténuer l'importance de ses douleurs. Par contre elle prend régulièrement le Zoloft ce qui peut moduler favorablement la perception algique. Finalement nous retenons un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1). Cette appréciation est partagée par le Docteur X._____. Il pense que les douleurs s'inscrivent dans un tableau clinique impliquant un abaissement du seuil de perception de la douleur et des éléments de trouble somatoforme.

L'assurée présente également une dysthymie (F 34.1). L'état clinique actuel n'atteint pas le seuil diagnostique pour un épisode dépressif majeur. L'assurée se plaint d'une fatigue et d'une tristesse très importante et de troubles de la mémoire qui n'ont pas pu être objectivés. Il y a probablement eu un épisode dépressif dans le passé au moment du décès de son mari, ce qui a nécessité un arrêt de travail durant en tout cas trois semaines. L'assurée a ensuite pu reprendre son activité professionnelle. Il semble qu'elle ait présenté une deuxième phase plus marquée au moment de la remise de son commerce à la fin de l'année 2004. Elle a d'ailleurs pris un suivi psychiatrique en mars 2005, suivi qui a été interrompu en janvier 2006, son médecin psychiatre étant semble-t-il accidenté, suivi qu'elle a à nouveau repris à partir de l'automne 2006 auprès du Docteur X._____.

L'assurée présente également des épisodes d'attaque de panique dont l'intensité est très variable, non associés d'agoraphobie. Le trouble n'est pas sévère.

Il n'y a pas d'élément en faveur d'un trouble de la personnalité manifeste, l'assurée semble plutôt avoir de bonnes ressources, affirmant même qu'il s'agissait d'un premier échec, l'assurée ayant plutôt l'habitude de réussir ce qu'elle entreprend dans le passé, citant alors qu'elle a pu passer son permis de conduire sans difficulté. De plus on observe qu'elle a pu poursuivre l'activité de restauratrice de 2001 à 2004 au prix d'efforts très importants. Les échecs (2002, 2003 et 2004) ont eu lieu à une période durant laquelle elle travaillait énormément pour son commerce ce qui peut en bonne partie les expliquer.

Evaluation de la capacité de travail

Le trouble somatoforme n'est pas particulièrement sévère. Ceci repose essentiellement sur l'absence de comportement algique durant l'entretien, l'absence de focalisation de sa pensée sur la douleur, l'absence de démarches répétées en vue d'obtenir des explications sur l'origine de ses douleurs, la possibilité malgré la survenue de ce trouble il y a 4-5 ans de maintenir une activité professionnelle régulière et d'entreprendre des démarches en vue d'améliorer sa situation professionnelle, même si ces dernières ont échoué. De plus, on note que la prise en charge n'est pas optimale, puisque l'assurée ne prend pas régulièrement son traitement de paracétamol, ce qui contraste avec l'intensité des douleurs alléguées. A notre connaissance, il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans les manifestations de la vie de tous les jours, l'assurée a gardé des contacts ses deux sœurs en Suisse, bien que sur ce point, le Docteur X. _____ décrit des difficultés avec un certain retrait. Elle n'a pas beaucoup d'amis mais n'en avait pas non plus beaucoup précédemment, s'étant beaucoup investie dans son activité professionnelle. De plus, depuis le décès de son mari, elle a essayé de refaire sa vie du point de vue sentimental et a actuellement un ami. On ne peut pas parler non plus d'un état physique cristallisé d'une part au vu du peu de sévérité des comorbidités psychiatriques (dysthymie, trouble panique) ; d'autre part, l'assurée a pu s'investir dans des projets, même si ceux-ci ont échoué. Par ailleurs, les comorbidités psychiatriques n'empêchent pas l'assurée de mobiliser ses ressources personnelles afin de surmonter les conséquences du trouble somatoforme douloureux.

L'assurée peut donc travailler 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 15 % en raison de sa fatigue, dans une activité d'aide cuisinière. La diminution du rendement résulte d'un déconditionnement et non des diagnostics psychiatriques. Le rendement doit se normaliser à une reprise d'activité. On note d'ailleurs qu'elle a souhaité le faire par le passé en cherchant à retrouver une activité professionnelle dans le cadre du chômage, activité qui a ensuite été interrompue puisque l'assurée ne pouvait pas bénéficier de telles prestations. L'assurée peut également exercer une autre activité dans un domaine nécessitant peu de qualifications comme ouvrière en usine, activité qu'elle a déjà exercée dans le passé. Toutefois, on note qu'elle a de bonnes compétences intellectuelles et à notre avis cela ne correspond pas à ses capacités. Il n'y a pas de limitation de ses capacités à s'adapter à son environnement professionnel et l'assurée ne présente pas de traits psychopathologiques. A notre avis, le traitement actuel est tout à fait adapté à son état et ne nécessite pas de réajustement.

Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'une intelligence limite ce qui a été évoqué par le Docteur X. _____ suite à trois échecs aux examens pour l'obtention d'une patente de cafetier-restaurateur. L'assurée a pu tenir un établissement public durant trois ans et par le passé elle a obtenu son permis de conduire.

La situation de cette assurée est compliquée par l'absence de droit à des prestations du chômage liée à son ancien status d'indépendant. Une aide pour l'intermédiaire d' [...], ou une autre institution de ce type est indiquée.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au point de vue psychique et mental : aucune limitation.

Au plan social : aucune limitation

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

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

Aucune influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité cognitive est préservée, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

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

8 heures par jour.

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

15 % en raison du déconditionnement lié à un manque d'activités régulières.

2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20 %?

La capacité de travail est entière, avec une capacité résiduelle de 85 %.

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

Capacité de travail de 100 % de février 2001 à août 2004, de 85 % dès septembre 2004 à maintenant.

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

Il n'y a pas de réduction de la capacité à s'adapter à son environnement professionnel.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes.

Non, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées.

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

Sans objet.

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

-

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

Sans objet.

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

L'assurée a également travaillé comme ouvrier précédemment. Elle pourrait tout à fait exercer une activité dans ce domaine.

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

Il n'y a pas de restrictions particulières du point de vue psychiatrique.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? (Heures par jour) ?

8 heures par jour.

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

15 %.

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

_"

Dans un rapport médical du 6 mars 2008, le Dr F._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a suivi l'expertise du Dr W._____, et conclu à une capacité de travail totale dans toute activité.

Dans un projet du 10 mars 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations AI, au motif que le trouble somatoforme ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Par courriers des 17 mars et 25 avril 2008, l'assurée a formulé des objections. Ne comprenant pas que le Dr W._____ ait pu juger son état de santé après une séance de deux heures, elle a notamment contesté être capable de travailler à 100 %, dans la mesure où cela faisait sept ans qu'elle prenait des antidépresseurs et était suivie par des psychiatres. Elle a par ailleurs demandé à l'OAI de reprendre contact avec son médecin de famille et son psychiatre, précisant être disposée à se soumettre à une nouvelle expertise psychiatrique s'il le fallait.

Par décision du 16 octobre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 mars 2005, retenant que l'expertise du Dr W._____ avait pleine valeur probante et que l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expert.

C. Le 6 décembre 2012, R._____ a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI, invoquant une dépression, une

fibromyalgie et une insomnie chronique. Elle a indiqué travailler comme aide de cuisine à 60 % depuis le 1^{er} mars 2009 à l'Hôpital [...].

Par courrier du 17 janvier 2013, un adjoint du team manager de l'OAI a informé l'intéressée que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué.

Le 5 février 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Elle y a joint notamment une attestation du 30 janvier 2013 de son médecin traitant, le Dr G._____, généraliste, attestant d'une incapacité de travail totale du 25 au 31 mai 2011, du 8 février au 6 mars 2012, du 10 au 25 mai 2012, du 9 au 22 juin 2012 et du 15 janvier au 1^{er} février 2013.

Dans un questionnaire 531 bis du 20 février 2013, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité d'aide de cuisine ou serveuse car elle avait été restauratrice durant vingt-trois ans.

Dans un rapport médical du 25 février 2013, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome dépressif chronique et de rachialgies cervicales et lombaires assez invalidantes. Selon lui, la capacité de travail maximale de l'assurée était de 50 %. Il a joint à son rapport un courrier que le Dr J._____, médecin-chef au service de chirurgie orthopédique et de réadaptation physique du Centre médical de [...], lui avait adressé le 3 décembre 2012 et dans lequel il posait les diagnostics de fibromyalgie dans le contexte de cervico-scapulalgies chroniques, de déconditionnement physique et d'état dépressif réactionnel.

Dans un rapport médical du 7 mars 2013, le Dr X._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux sans précision (F 41.9), d'épisode dépressif moyen (F 32.1), de deuil traumatique (F 43.28), de trouble somatoforme sans précision (F 45.9) et de possible fonctionnement intellectuel limite (voire F 70), avant de relever que le suivi de la patiente avait été interrompu entre août 2008 et fin janvier 2013. Il a évalué l'incapacité de travail de cette dernière à 30 %, étant précisé qu'il avait mentionné ce taux à la demande

de l'assurée, lui-même doutant fortement que la capacité de travail se soit réellement située à 70 %.

Dans un rapport médical du 12 mars 2013, le Dr J. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- "- Cervico-scapulalgies bilatérales dans le contexte de discrets troubles statiques et discopathie C5-C6
- Dysbalances musculaires
- Déconditionnement physique et psychique
- Etat dépressif réactionnel
- Dorsalgies chroniques"

Le Dr J. _____ a ajouté dans son rapport médical qu'à son avis, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Dans un avis médical permanence du 3 avril 2013, la Dresse V. _____, médecin au SMR, a écrit ceci :

"Assurée de [...], d'origine mauricienne ayant épousé un restaurateur suisse, est connue pour un trouble somatoforme indifférencié, une dysthymie et un trouble de panique depuis 2001, après le décès par suicide de son mari et la découverte d'importantes difficultés financières.

Une expertise psychiatrique (28.02.2008) ne retient pas une incapacité de travail de longue durée, le trouble somatoforme indifférencié ne s'accompagnant pas d'une comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée importantes ; l'expert retient une baisse de rendement de 15 %, transitoire, due au déconditionnement et non aux diagnostics psychiatriques.

Actuellement, l'assurée, travaille comme aide en cuisine à l'Hôpital [...], depuis 01.03.2009 ; elle se plaint d'une aggravation de son état de santé, à cause des douleurs au niveau des coudes, des bras, des épaules, des pieds, une certaine fatigabilité, des troubles du sommeil, une instabilité de l'humeur, des plaintes dans le registre somatoforme et déjà connues (cf[.] expertise psychiatrique de 2008).

Selon Dr X. _____, FMH psychiatrie, qui revoit l'assurée en janvier 2013 (ne l'a pas vu depuis 2008), la CT de l'assurée est diminuée à cause d'une fatigabilité accrue, une baisse de concentration, un ralentissement des tâches, manque de confiance en soi (rapport du 07.03.2013)

Dr G. _____, médecine générale, médecin traitant, parle d'un syndrome dépressif chronique, des cervicalgies et lombalgies « assez invalidantes » depuis août 2011, sous traitement de Surmontil remplacé par Ciprexal 20 mg/j et Quetiapine 2x25 mg/j, par Dr X. _____ récemment.

IT sont irrégulières en 2012 : 10.05 au 25.05.2012 ; 09.06.2012 au 22.06.2012 ; 15.01 au 01.02.2013 (Dr G._____)

Conclusion : - pas d'incapacité de travail de longue durée
- les documents à disposition permettent de retenir un trouble somatoforme douloureux chronique, sans comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, ni invalidante actuellement.
- merci de demander au Dr X._____ un rapport détaillé dans 3 mois, avec la CT, les LF et l'évolution sur la plan psychiatrique (juin 2013)"

Dans un rapport du 2 juillet 2013, le Dr X._____ a posé les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail que dans son rapport médical du 7 mars 2013. Il a en outre indiqué que, depuis son dernier rapport, l'assurée avait passablement mal fonctionné. Elle était restée constamment fatiguée, sujette à d'importantes angoisses et à des cauchemars. Selon lui, l'incapacité de travail était de 60 à 70 % comme femme de ménage/employée dans le service hôtelier.

Une nouvelle expertise a été ordonnée et le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été désigné à cette fin. Son rapport du 24 février 2014 avait notamment la teneur suivante :

"4. *Diagnostic*

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

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

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).
- Dysthymie (F 34.1).
- Trouble anxieux sans précision (F 41.9)

5. *Appréciation du cas et pronostic*

Rien dans l'anamnèse ni dans les dires de l'assurée ne me fait penser à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité pendant l'enfance ou l'adolescence. Certes, l'assurée n'a pas connu son père géniteur, mais elle a été élevée par sa mère et le mari de celle-ci et elle ne semble pas avoir vécu de carences affectives.

Après la scolarité, l'assurée a commencé à travailler jusqu'à ce qu'elle rencontre un homme suisse et elle est venue s'installer en 1983 en Suisse, où elle a eu deux filles.

En Suisse, l'assurée a travaillé dans la restauration avec son mari tout en étant limitée par ses problèmes à la main droite.

A signaler qu'en 2001, son mari s'est suicidé, ce qui a été certainement « une surprise » pour l'assurée qui ne s'y attendait nullement. Elle explique cela en disant que le mari avait racheté le restaurant à ses parents à lui, que le restaurant ne marchait pas bien et qu'il avait beaucoup de problèmes financiers.

De toute évidence, l'assurée n'a pas encore fait le deuil de ce mari et lorsqu'elle parle de celui-ci, la relation est encore idéalisée, ce qui l'empêche vraisemblablement de rencontrer d'autres hommes.

Après la mort de son mari, l'assurée a commencé à développer des douleurs qui, par la description de l'assurée et par l'évolution, peuvent être considérées comme appartenant à un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation[s] médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Comme cela a déjà été retenu par le premier expert psychiatre qui a rencontré l'assurée et qui avait retenu le diagnostic de trouble somatoforme, il existe également une dysthymie qui, selon la CIM-10, est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La fréquence et la durée des épisodes individuels de dépression légère et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale sont très variables. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps (souvent pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

L'expert ne peut pas retenir les critères d'un épisode dépressif ni d'un trouble dépressif, mais plutôt d'une dysthymie étant donné que la sévérité du trouble de l'humeur est insuffisante.

La fatigue ressentie par l'assurée est donc à mettre en lien avec le trouble somatoforme et notamment la dysthymie.

Je n'ai pas pu retenir de troubles cognitifs, relevons que cette assurée a été capable de venir en train et de changer à plusieurs reprises de station pour venir jusqu'à mon cabinet.

Selon le Dr X. _____, psychiatre de l'assurée, l'ayant suivie depuis octobre 2006 avec une interruption du traitement entre août 2008 et fin janvier 2013, l'assurée présente un comportement global plutôt perturbé, ressentant souvent des sentiments de dénigrement et ayant l'impression d'être jugée par certains gens de son entourage, provoquant des périodes d'absentéisme, étant facilement envahie par ses angoisses. Le Dr X. _____ est d'avis qu'étant donné le peu

de ressources psychologiques de l'assurée, celle-ci est incapable de travailler dans l'économie libre.

L'expert ne peut pas partager l'avis du médecin psychiatre traitant et est d'avis que l'assurée a plus de ressources psychologiques, j'en veux pour preuve qu'elle est capable de conduire une voiture depuis son lieu de domicile jusqu'à son travail, effectuant le trajet de quinze minutes, ce qui exclut des troubles cognitifs sévères tels que troubles de la concentration ou de la mémoire. Elle est également capable de garder une relation étroite avec sa sœur qui habite en Suisse et également par téléphone avec ses frères et sœurs qui habitent [...]. L'aspect physique, en étant notamment bien soignée et manucurée, exclu toute négligence physique, elle fait donc attention à son apparence extérieur, ce qui exclut notamment une humeur dépressive. Elle est venue seule en train depuis [...] jusqu'à [...] et ceci malgré son anxiété qu'elle réussit donc à canaliser. Elle a des activités journalières en fonction de ses douleurs et loin de celle d'une personne démunie du point de vue psychique. De plus, elle a été capable de partir en vacances pendant deux semaines sur [...] avec sa sœur en octobre 2013. Pour terminer, la médication psychotrope correspond plutôt à celle d'une personne souffrant des douleurs et pas à celle qui est gravement atteinte d'une dépression ou d'anxiété handicapante.

Concernant l'éventuelle intelligence limite de l'assurée par rapport à la norme, celle-ci n'a eu aucune incidence sur son rendement lorsqu'elle travaillait dans le restaurant avec son mari et ne représente donc pas une atteinte à la santé handicapante.

Le principal problème de cette assurée est la douleur et il n'y a pas véritablement de signes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé qui pourraient justifier l'incapacité de travail.

Si nous constatons les **critères de morbidité de Meyer-Blaser**, nous pouvons considérer une comorbidité psychiatrique dans le sens qu'il existe une dysthymie et un trouble anxieux, mais sans limitation fonctionnelle handicapante. Il n'y a pas d'isolement social. Il n'y a pas de cristallisation psychique. L'assurée dit être suivie par un psychiatre depuis 12 ans, mais elle a omis de signaler que de 2008 à 2013, elle n'a pas été suivie par un psychiatre et qu'elle a repris contact dernièrement avec le même psychiatre qui lui prescrit des médicaments, mais nous constatons qu'elle prend un somnifère et 25 mg de *Surmontil*, dose donnée probablement pour les douleurs, mais qui est évidemment insuffisante si l'assurée avait un véritable trouble dépressif. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique.

Du point de vue psychiatrique donc, cette assurée est capable de travailler à 100 % et elle l'est probablement depuis le dépôt de sa demande de prestations à l'Al.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble somatoforme.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Du point de vue physique : l'assurée signale des douleurs qui sont vécues comme handicapantes pour elle.

Du point de vue psychique : la fatigue, l'anxiété et la tristesse, propres à la dysthymie et que l'assurée peut ressentir à certains moments, ne sont pas handicapantes.

Du point de vue social : aucune limitation.

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

Après étude du dossier et examen de l'assurée, l'expert retient le même diagnostic que l'expertise effectuée en 2008, c'est-à-dire un trouble somatoforme ayant comme comorbidité une dysthymie et un trouble anxieux sans limitations fonctionnelles handicapantes et qui ne provoque pas une atteinte à la santé justifiant l'incapacité de travail de l'assurée.

Du point de vue psychiatrique donc, cette assurée est capable de travailler et ceci au moins depuis le dépôt de sa demande de prestations à l'AI, en faisant le même type de travail qu'elle fait actuellement ou dans des travaux simples, par exemple, un travail à domicile.

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

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

De telles mesures ne sont pas indiquées.

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

Voir dans le texte.

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

Du point de vue psychiatrique et en l'absence de limitation fonctionnelle, cette assurée a toujours été capable de travailler."

Dans un avis médical du 10 mars 2014, la Dresse V. _____ du SMR a retenu les diagnostics de l'expert et s'est pour le surplus exprimé comme suit :

1^{ère} demande 1997 : brûlure du 4^{ème} doigt droit, l'atteinte existante depuis le 18.11.1963 ; décision AI du 17.12.1997 : IT à 100 % du 09[.]03[.]1995 au 16[.]06[.]1995 ; 50 % du 17.06.1995 au 19[.]09[.]1995, à 100 % du 30.09[.]1995 au 26.10.1995 et à 25 % dès le 27.10.1995.

2^{ème} demande du 04.04.2006 : état dépressif chronique après le suicide de son mari (05.02.2001), cervicalgies récidivantes, invalidantes, expertise psychiatrique - Dr W._____, Genève (28.02.2008) : trouble somatoforme indifférencié (F 45[.]1), dysthymie (F 34.1) et trouble panique (F 41[.]0) depuis février 2001 ; CT à 100 % de février 2001 à août 2004, 80 % dès septembre 2004 (rendement diminué de 15 % transitoire et dû au déconditionnement et non au diagnostic psychiatrique) ; refus de rente, décision AI du 16.10.2008[.]

3^{ème} demande du 05.02.2013 : syndrome dépressif chronique, rachialgies cervicales et lombaires.

Assurée de [...], connue pour un trouble somatoforme indifférencié, une dysthymie et un trouble panique depuis 2001 (expertise psychiatrique du 28.02.2008), aggravés après le décès par suicide de son mari et la découverte d'importantes difficultés financières. Les documents au dossier permettent de retenir un trouble somatoforme douloureux chronique sans comorbidité psychiatrique d'acuité et d'une durée importante.

Le Dr J._____, chirurgien orthopédiste au Centre médical de [...], examine l'assurée et retient le diagnostic de fibromyalgie dans le contexte de cervico-scapulalgies chroniques, un déconditionnement physique et un état dépressif réactionnel (RM, 29.11.2012). Le Dr G._____, médecine générale, note dans une correspondance adressée à l'AI, un syndrome dépressif chronique, « des rachialgies cervicales et lombaires assez invalidantes » et propose un suivi psychiatrique par le Dr X._____, qui connaît l'assurée depuis 2006. Le Dr G._____ retient une CT de 30 à 50 % mais avec un rendement diminué (RM, 25.02.2013) Le 18[.]03.2013, le Dr J._____ retient des cervico-scapulalgies bilatérales dans le contexte de discrets troubles statiques et discopathie C5-C6, une dysbalance musculaire, un déconditionnement physique et psychique, un état dépressif réactionnel et dorsalgies chroniques.

Le 11.03.2013, le Dr X._____ retient comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble anxieux sans précision, un épisode dépressif moyen, un deuil traumatique, trouble somatoforme sans précision et possible fonctionnement intellectuel limité. Le traitement a débuté chez le psychiatre en octobre 2006 avec plusieurs interruptions de traitement, la dernière entre août 2008 et fin janvier 2013.

Le SMR retient le 28[.]03[.]2013, un trouble somatoforme douloureux chronique sans comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, non invalidante (l'avis du 28[.]03[.]2013).

L'assurée a repris contact avec le psychiatre en 2013, sur l'insistance de son médecin généraliste et le Dr X._____ évoque une IT de 60 à 70 % en raison d'une « fatigabilité accrue, une baisse

de la concentration, ralentissement dans les tâches, manque de confiance en soi » (le 03[.]07[.]2013).

Sur le plan rhumatologique, le Dr J. _____ évoque le diagnostic de fibromyalgie avec des cervico-scapulalgies chroniques (29.11.2012), dans le contexte de discrets troubles statiques et discopathie C5-C6, une dysbalance musculaire et un déconditionnement physique et psychique (18[.]03.2013), symptomatologie ayant débuté suite au suicide de son mari (2001) avec une période de dépression et d'un appui psychiatrique pendant de nombreuses années. Dr J. _____, après un examen rhumatologique et neurologique très détaillé et approfondi et une évaluation précise des capacités fonctionnelles, ne retient pas d'incapacité de travail, « pas d'incapacité à mon avis » (RM, 12.03[.]2013) ; l'assurée dit « que son médecin et son psychiatre lui disent clairement qu'elle souffre de fibromyalgie et que ses douleurs sont dues à cette maladie, elle prend passablement de médicaments et aucun ne fait effet sur ses douleurs ».

Selon la jurisprudence, la fibromyalgie, le syndrome somatoforme douloureux ne représente[nt] pas une atteinte incapacitante de longue durée dans le sens de l'AI ; les symptômes psychiatriques étaient très manifestes, et à la recherche d'une comorbidité psychiatrique nous avons proposé une expertise psychiatrique.

L'expertise psychiatrique du 24[.]02[.]2014 est très détaillée, approfondie, l'expert préoccupé par le souci du détail retient une dysthymie et un trouble anxieux sans précision, atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, diagnostics déjà retenus par le Dr W. _____, lors de l'expertise psychiatrique de 2008.

La fatigue récente dont parle l'assurée est donc à mettre en lien avec le trouble somatoforme et notamment la dysthymie L'expert ne partage pas l'avis du psychiatre traitant qui affirme que l'assurée « a peu de ressources psychologiques et elle est incapable de travailler dans l'économie libre » ; cependant, l'assurée « est capable de conduire une voiture depuis son lieu de domicile jusqu'à son travail, effectuant un trajet de 15 min ce qui exclut des troubles cognitifs sévères tels que le trouble de la concentration ou de la mémoire, elle est également capable de garder une relation étroite avec sa sœur qui habite en Suisse et également par téléphone avec ses frères et sœurs qui habitent [...] » ; l'aspect physique est bien soigné, manucurée, toute négligence physique est exclue, donc l'assurée fait attention à son apparence extérieure, ce qui exclut notamment une humeur dépressive ; l'assurée ayant des activités journalières en fonction de ses douleurs, loin de celle d'une personne démunie du point de vue psychique ; il n'y a pas véritablement de signes de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé qui pourrait justifier l'incapacité de travail ; il n'y a pas d'isolement social, pas de cristallisation psychique ; l'assurée dit être suivie par un psychiatre depuis 12 ans, mais elle a omis de signaler que de 2008 à 2013, elle n'a pas été suivie ; la dose de 25 mg de Surmontil®, est une dose donnée probablement pour diminuer le seuil de la douleur, mais qui est évidemment insuffisante si l'assurée avait un véritable trouble dépressif[.]

Sur le plan psychiatrique, « l'assurée est capable de travailler à 100 % et elle l'est probablement depuis le dépôt de sa demande de prestations AI », selon l'expert.

En conclusion, cette expertise a été analysée selon les critères de la jurisprudence en vigueur, sans en remplir les conditions lui confiant un caractère incapacitant (ATF 130 V 352) : nous retenons un trouble somatoforme ayant comme comorbidité psychiatrique une dysthymie, un trouble anxieux, sans limitations fonctionnelles handicapantes et qui ne provoquent pas une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail de longue durée."

Par projet de décision du 17 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations AI, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'invalidité.

Le 8 avril 2014, le Dr G. _____ a écrit ce qui suit à l'OAI (sic) :

"Madame me dit vouloir faire opposition à votre décision : je la soutiens vigoureusement, car **j'estime que la capacité de travail de Madame ne dépasse en aucun cas le 50 %, ceci depuis au moins 3 années.**

Elle a été examinée par vos experts psychiatres, qui n'auraient pas trouvé aucune atteinte à la santé, invalidante au sens de la loi AI.

Je rejette vigoureusement leurs conclusions, pour les raisons suivantes :

D'après mes observations - sur plusieurs années et non pas limitées à un colloque isolé, contrairement au cas de vos experts - Madame présente une baisse persistante et importante d'humeur, accompagnée périodiquement d'une forte anxiété, accompagné toujours d'une très faible confiance en soi, en particulier dans les relations interpersonnelles, et surtout accompagné toujours d'une **tolérance minime au stress.**

Le manque de tolérance au stress est une condition fort handicapante en milieu de travail à visée lucrative, au sens de la loi AI.

Naturellement son état mental retentit aussi sur le sommeil, la conduite alimentaire, la santé physique...

Je constate aussi que malheureusement son état ne s'est pas amélioré suite au traitement psychothérapeutique prodigué par le Dr X. _____, psychiatre à [...], ou encore suite au traitement pharmacologique habituel contre l'anxiété et la dépression.

En somme, chaque individu a bien sûr une capacité variable différente à gérer le stress, mais dans le cas de Madame, vu ses expériences de travail au temps partiel dont je suis au courant, sa

capacité de faire face aux conflits, à la compétition de collègues au travail, à toute situation quand la « pression » monte, est très largement déficitaire.

C'est ainsi que j'ai l'obligation morale et professionnelle de rejeter résolument la notion qu'elle serait entièrement apte au travail."

Dans un avis médical du 23 juin 2014, le Dr T._____, médecin au SMR, a estimé que le courrier précité du Dr G._____ ne faisait que confirmer la situation clinique et les diagnostics retenus par l'expertise de 2014, sans apporter aucun élément médical objectif nouveau ou modifié apte à rendre plausible une modification significative de la situation médicale de l'assurée. Il s'agissait principalement d'une opinion et d'une appréciation personnelle d'une même situation clinique que celle analysée différemment par l'expert et il n'existait aucun argument médical justifiant une modification de la position exprimée dans l'avis SMR du 10 mars 2014.

Par décision du 31 octobre 2014 identique à son projet du 17 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée.

D. Par acte du 1^{er} décembre 2014, R._____, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI. A titre principal, elle a conclu à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'à l'octroi d'une demi-rente d'invalidé au moins dès le 6 décembre 2012. En substance, elle a fait valoir que les experts W._____ et C._____ n'avaient pas discuté les rapports contradictoires antérieurs à leur expertise et se s'étaient contentés de poser un diagnostic sans explication. Elle a ajouté qu'en suivant aveuglément le rapport du Dr C._____, l'OAI avait failli à son devoir d'investigation. Enfin, elle a précisé être dans l'attente d'un rapport médical de la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par réponse du 3 février 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en particulier contesté avoir failli aux devoirs d'investigation,

rappelant que le Dr C._____ avait discuté de l'opinion du Dr X._____ et que le SMR s'était déterminé sur les éléments soulevés par le Dr G._____ dans son rapport médical du 8 avril 2014. Partant, c'était à bon droit qu'il avait considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits depuis la précédente décision de refus.

Avec sa réplique du 24 février 2015, dans laquelle elle a maintenu sa position, la recourante a produit un rapport du 28 janvier 2015 de la Dresse N._____, permettant, selon elle, de jeter un doute plus que sérieux sur la fiabilité et la pertinence des conclusions du Dr C._____ dont le rapport devait être écarté. La Dresse N._____, qui suivait l'intéressée depuis juillet 2014 à raison d'un entretien par semaine, a posé les diagnostics suivants :

- "- Trouble dépressif récurrent, fluctuations entre des épisodes moyens et des épisodes sévères (F 33.1/F 33.2)
- Anxiété généralisée (F 41.1).
- Modification durable de la personnalité après un deuil (F 62.8)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)"

La Dresse N._____ a par ailleurs terminé son rapport comme suit :

"Discussion concernant les diagnostics posés :

Je retiens le diagnostic de **Trouble dépressif récurrent, fluctuations entre des épisodes moyens et des épisodes sévères**. Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10), la dépression est définie par la présence d'un certain nombre de symptômes. Pour qu'on puisse retenir le diagnostic d'un **état dépressif moyen**, il faut présenter « au moins deux des trois symptômes typiques suivants « humeur dépressive / diminution de l'intérêt et du plaisir / augmentation de la fatigabilité » (Madame R._____ les présente tous les trois), « associés à trois, de préférence quatre, autres symptômes » d'une liste de sept symptômes. Ces sept symptômes sont les suivants : « diminution de la concentration et de l'attention / diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi / idées de culpabilité ou de dévalorisation / attitude morose et pessimiste face à l'avenir / idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires / perturbation du sommeil / diminution de l'appétit ». Madame R._____ ne présente pas d'idées suicidaire[s], mais des envies de mourir. Elle présente les six autres symptômes de manière claire. Elle présente donc un nombre de symptômes supérieur à ce qui est nécessaire pour le diagnostic d'état dépressif moyen et plusieurs de ces

symptômes sont très marqués. Il faut que les symptômes durent pendant au moins deux semaines pour qu'on puisse retenir un diagnostic d'état dépressif. Les symptômes durent chez Madame R. _____ depuis plusieurs années.

Un **état dépressif sévère** est défini par « un état de détresse, associé soit à une agitation soit à un ralentissement marqué, et un tableau clinique habituellement dominé par une perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation ou des sentiments de culpabilité, et comporte souvent des idées suicidaires » associé à au moins cinq des sept symptômes énumérés ci-dessus pour l'état dépressif moyen. Elle présente six des sept symptômes énumérés. Il est vrai qu'elle ne présente pas actuellement en permanence un état de détresse tel qu'il permet de retenir un état dépressif sévère, mais qu'elle présente un tel état les jours où elle s'enferme seule chez elle. C'est pourquoi je retiens qu'elle présente un trouble dépressif récurrent avec des fluctuations entre des jours où son état correspond à un état dépressif sévère et des jours où il est de degré moyen.

Je retiens aussi le diagnostic d'**anxiété généralisée**. L'anxiété généralisée est définie selon la CIM-10 comme « une anxiété généralisée et persistante ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée ». Le diagnostic formel repose sur « la présence de symptômes primaires survenant presque chaque jour pendant au moins quelques semaines ou le plus souvent pendant plusieurs mois consécutifs ». Ces symptômes primaires sont les suivants :

« A : attente craintive (anticipation de malheurs, sensations d'être à bout, difficultés de concentration) ». Comme décrit dans le status clinique, Madame R. _____ présente tous ces éléments.

« B : tension motrice (agitation fébrile, céphalées de tension, tremblements, incapacité à se détendre) ». Madame R. _____ présente tous ces éléments. L'agitation motrice n'est pas franche pendant les entretiens, mais selon les récits de la patiente, elle survient à d'autres moments.

« C troubles neurovégétatifs (sensation de tête vide, transpiration, tachycardie, respiration rapide, gêne épigastrique, étourdissements, sécheresse de la bouche) ». Madame R. _____ décrit tous ces troubles neurovégétatifs sauf les étourdissements.

Quand Madame R. _____ raconte sa vie avant le suicide de son mari, on perçoit clairement qu'elle était quelqu'un de très sociable, aimant rencontrer les gens dans son restaurant, relativement sûre d'elle, gérant les choses, se souvenant de tout, assumant des responsabilités, ne craignant pas les conflits, confiante dans l'avenir, active et investissant son travail et des activités de loisir. Elle a fait preuve de grande capacité d'adaptation après son arrivée en Suisse et elle décrit que son mari était toujours impressionné par ses capacités à apprendre de nouvelles choses. Son fonctionnement psychique et global s'est radicalement modifié après le suicide de son mari et encore plus après la perte du restaurant : elle a perdu beaucoup de ses capacités d'adaptation, elle est devenue angoissée par la moindre interaction et par tout ce qui peut arriver, elle n'a plus aucune confiance en elle, ni aucune confiance dans l'avenir, elle n'a plus aucun intérêt et son fonctionnement psychique est devenu nettement plus rigide. C'est pourquoi je retiens le diagnostic de **Modification durable de la personnalité après un deuil**. Il s'agit d'un diagnostic qu'on pose rarement. La définition est en la

suiuante « anomalies de la personnalité et du comportement de l'adulte, suruenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et succédant à un facteur de stress soit catastrophique, soit excessif et prolongé. Ce diagnostic ne doit être porté que lorsqu'on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensées relatifs à l'entourage ou à soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et s'accompagner d'un comportement rigide et mal adapté, absent auant la suruene de l'éuénement pathogène ». À noter que ce diagnostic est dans le chapitre des F6 comme les troubles de la personnalité, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un trouble mental aigu au même titre que l'état dépressif ou le trouble anxieux, mais qu'il faut comprendre plutôt comme un élément de toile de fond, qui colore le trouble mental aigu, l'aggrave et en influence négatiuement l'éuolution. En l'occurrence, chez Madame R._____, cette modification durable de la personnalité contribue certainement à l'aggrauation progressive de son état, au caractère chronique de ses troubles et au mauvais pronostic.

Je retiens le diagnostic de **Syndrome douloureux somatoforme persistant** (en accord avec le Dr C._____ sur ce point). La CIM-10 définit le syndrome douloureux somatoforme persistant comme « une douleur intense persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un troubles physique et suruenant dans un contexte de conflits éuotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble ». Madame R._____ présente des douleurs à la tête, dans les épaules et les bras, dans les jambes à la marche, des sensation[s] de faiblesse, des troubles neurouégétatifs, des douleurs abdominales et des difficultés de digestion.

Selon les descriptions de Madame R._____, après le suicide de son mari, elle présentait un état dépressif uniquement. Ce n'est qu'en 2004, après l'apogée du conflit avec ses beaux-parents et la perte de la maison et du restaurant, que les douleurs et les troubles physiques sont apparus en plus des symptômes dépressifs. On peut comprendre qu'alors, en plus du traumatisme du suicide de son mari, le vécu d'injustice, le rejet, la solitude et l'impossibilité de poursuivre le projet qu'ils auaient eu en couple ont constitué des blessures insurmontables et non élaborables psychiquement.

Discussion concernant le rapport du Dr C._____ :

Le Dr C._____ pose un diagnostic de dysthymie. La dysthymie est définie comme « une dépression chronique de l'humeur mais dont la séuérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes trop brève pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent ». Par définition, si les symptômes sont suffisants pour justifier le diagnostic d'état dépressif, le diagnostic de dysthymie est exclu. Le Dr C._____ évoque l'absence d'un symptôme particulier pour contester la présence d'un état dépressif : il le fait d'abord par rapport au fait que Madame R._____ présente une tenue soignée et des ongles manucurés. La pratique clinique nous apprend qu'il est très courant que les patients qui souffrent d'un état dépressif aient des difficultés à effectuer les soins corporels quotidiens, mais il est aussi fréquent qu'ils fassent de très gros efforts pour maintenir une apparence la plus normale possible, à fortiori quand ils doivent se

rendre à un rendez-vous officiel avec un expert. Madame R. _____ a des ongles manucurés par une professionnelle. Ce sont les soins quotidiens à faire soi-même qui sont les plus difficiles pour quelqu'un qui souffre de dépression ; un rendez-vous de manucure est souvent investi plutôt comme une tentative de se faire de bien. Comme rappelé ci-dessus, dans la CIM-10, il faut un certain nombre de symptômes pour qu'on puisse retenir un état dépressif et la difficulté à effectuer des soins corporels et à maintenir une apparence soignée n'est même pas un symptôme retenu par la CIM-10 pour le diagnostic d'un état dépressif. Et surtout il n'est jamais dit que l'absence d'un symptôme exclu[t] un état dépressif. Donc quand le Dr C. _____ écrit en page 17 que le fait qu'elle fasse attention à son apparence exclu[t] une humeur dépressive, il effectue un raccourci qui ne s'appuie sur aucune base reconnue de manière consensuelle et il fait un raisonnement qui est à l'envers d'une démarche diagnosti[que] reconnue.

Il relève également l'absence d'idées suicidaires. La CIM-10 évoque bien sûr que les idées suicidaires peuvent être un élément d'un état dépressif, mais à nouveau l'absence d'idées suicidaires n'exclut pas un état dépressif. Pour ce qui est d'un état dépressif moyen, la présence d'idées suicidaires n'est qu'un symptôme possible parmi d'autres. Pour l'état dépressif sévère, il est écrit que « le tableau clinique comporte (...) souvent des idées de suicides manifestes », mais même dans ce cas, il est écrit « souvent » et il n'est jamais dit que l'absence d'idées suicidaires exclu[t] un état dépressif sévère. Le Dr C. _____ écrit qu'elle n'a pas d'idées suicidaires, mais il ne précise pas qu'elle a des souhaits de mourir. Madame R. _____ présente clairement et de manière très fréquente des souhaits « d'être morte », mais elle ne présente pas d'idées suicidaires actives. Les idées suicidaires peuvent prendre des formes plus ou moins actives et ces différentes formes ne sont pas uniquement proportionnelles à la sévérité de la dépression : ce n'est pas parce que quelqu'un passe à l'acte ou a l'idée de mettre activement fin à ses jours, qu'il a forcément un état dépressif plus sévère que quelqu'un d'autre qui a le souhait d'être mort. Le fait d'y penser de manière plus ou moins active dépend aussi du fonctionnement psychique global, des comorbidités psychiatriques, de la situation psycho-sociale de la personne ainsi que de ses convictions. On comprend aisément que Madame R. _____ connaît trop bien la souffrance des proches après un suicide pour s'autoriser à penser qu'elle pourrait activement mettre fin à ses jours, alors que ses filles ont déjà perdu leur père par suicide. Elle a néanmoins souvent le souhait d'être morte ou de mourir.

Dans le status clinique, le Dr C. _____ relève « une tristesse fluctuante », « des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement », autant d'éléments qu'il ne reprend pas dans la discussion. On peut déduire qu'il considère que ces symptômes sont légers puisqu'il retient un diagnostic de dysthymie. Je ne peux pas partager l'idée que ces symptômes sont légers : les sentiments d'infériorité sont tels que n'importe qui peut la faire douter de ce qu'elle fait et elle a des sentiments de dévalorisation au point qu'elle croit ne plus savoir parler le français. Le Dr C. _____ ne décrit pas si l'intérêt, le plaisir et la motivation sont conservés alors même que ce sont des symptômes centraux d'un état dépressif. Comme décrit ci-dessus, la perte d'intérêt et de plaisir, le découragement et la difficulté à initier la moindre activité sont très marqués.

Le Dr C. _____ dit que les troubles du sommeil sont « à cause des douleurs ». Il ne cite pas les propos de la patiente, ni les éléments qui l'amènent à pouvoir relier les troubles du sommeil aux douleurs. Ce n'est jamais en ces termes que la patiente m'a parlé de ses insomnies : elle me les décrit comme des difficultés d'endormissement comme on en voit dans les troubles psychiatriques (« le sommeil ne vient pas pendant des heures »), des réveils où elle est angoissée, en sueurs ou après des cauchemars, ainsi que des réveils matinaux précoces qui sont typiques d'un état dépressif. Donc les troubles du sommeil ne sont en tous cas pas uniquement liés aux douleurs.

De la même manière, le Dr C. _____ écrit que la fatigue est liée aux douleurs, sans qu'on sache sur quoi il se base pour lier la fatigue aux douleurs plutôt qu'à un état dépressif.

Le Dr C. _____ affirme que « la sévérité du trouble de l'humeur est insuffisante pour retenir un état dépressif » mais il était peu cette affirmation alors qu'il s'agit d'un élément essentiel dans la situation et d'un point de désaccord avec les médecins traitants de la patiente, donc d'un point sur lequel sa position devrait être développée de manière particulièrement explicite.

Dans son rapport d'expertise, le Dr C. _____ ne rapporte pas précisément l'échange téléphonique qu'il a eu avec le Dr X. _____, qui était le psychiatre traitant de la patiente. Il ne relate pas cet échange dans un paragraphe séparé dans la première partie de l'expertise comme il est d'usage de le faire (et comme recommandé dans les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance Invalidité). Il en évoque seulement des éléments dans la discussion et ne discute que la question des ressources, point sur lequel il ne partage pas l'avis du Dr X. _____. Il écrit « l'expert ne peut pas partager l'avis du médecin psychiatre traitant et est d'avis que l'assurée a plus de ressources psychologiques, j'en veux pour preuve qu'elle est capable de conduire une voiture depuis son lieu de domicile jusqu'à son travail effectuant le trajet de quinze minutes, ce qui exclut des troubles cognitifs sévères tels que des troubles de la concentration ou de la mémoire ». Cette phrase appelle à mon sens de nombreux commentaires : conduire sur un trajet régulier et connu pendant quinze minutes ne demande pas du tout de mémoire, se fait souvent de manière assez automatique et demande de la concentration « pendant quinze minutes » uniquement. Madame R. _____ décrit clairement que ses capacités de concentration diminuent après trente minutes, diminution visible dans les entretiens après quarante minutes environ (ce temps pouvant fluctuer bien sûr en fonction de son état). Mais surtout, la concentration et la mémoire ne sont que deux des éléments qui constituent les fonctions cognitives (les fonctions cognitives sont la mémoire, l'attention, les praxies, les gnosies, le langage, les fonctions exécutives) et le fait d'avoir des fonctions cognitives conservées n'est à son tour qu'un élément de ce qui peut être considéré comme des ressources. Je n'ai pas connaissance qu'il y ait une définition officielle et consensuelle en psychiatrie de ce que sont « les ressources », mais il est clair qu'il s'agit d'une notion qui englobe bien d'autres éléments que la mémoire et la concentration, ou la capacité à conduire quinze minutes sur un trajet connu. Si on veut parler des ressources d'une

personne, on s'intéressera plutôt aux éléments suivants : autonomie, capacités d'adaptation aux changements, capacité à supporter la pression, capacité à avoir des investissements variés et adaptés à ses possibilités, capacité à se vivre comme acteur de sa vie, capacité à ressentir des émotions et à les reconnaître, capacités relationnelles, fonctions cognitives, capacités pratiques, capacités à se défendre, capacité à s'appuyer sur les autres pour faire face à des difficultés, capacité d'adaptation aux difficultés et créativité pour trouver des solutions nouvelles lors de limitations.

Madame R._____ souffre certainement de difficultés quant à la plupart des points évoqués ci-dessus perte d'autonomie liée à la perte de confiance en elle, diminution de la capacité d'adaptation aux changements, pauvreté des investissements et intolérance à la pression qui génère des angoisses massives. Les relations sociales sont pauvres, peu souples, sources d'angoisse et peu étayantes : elle ne peut pas s'appuyer sur ses proches quand elle doit faire face à des difficultés, mais se retire complètement. Elle a des difficultés à reconnaître ses émotions qui se manifestent de manière brute et peu différenciée. Ses fonctions cognitives sont entravées par les troubles de la concentration, de la mémoire et de l'organisation. Elle n'a pas pu investir d'activités de loisirs ou de détente adaptées à ses difficultés psychiques ni à ses douleurs (renonçant à ses activités antérieures, sans pouvoir en investir de nouvelles).

On voit que sur ce point également, le Dr C._____ prend un élément unique et en tire des conclusions qui vont bien au-delà de ce que cet élément permet d'affirmer.

L'autre élément que le Dr C._____ relève pour dire qu'elle a des ressources, c'est qu'elle est « capable de garder une relation étroite avec sa sœur qui habite en Suisse et également par téléphone avec ses frères et sœurs qui habitent à [...] ». Mais c'est systématiquement la sœur aînée qui maintient le lien et qui a l'initiative de leurs rencontres, devant souvent trouver des stratégies pour que Madame [...] ne puisse pas rester en retrait. On ne peut donc pas en conclure que Madame R._____ a les ressources pour maintenir des liens. Les relations avec son autre sœur qui vit à Lausanne, sont plus irrégulières. Les relations avec son frère qui vit à Paris sont bonnes, mais pas soutenues. Et les relations avec son frère resté à [...] sont conflictuelles. D'ailleurs, le Dr C._____ parle de sa sœur qui est en Suisse et ses frères et sœurs à [...], alors qu'elle a deux sœurs en Suisse, un frère à Paris et un seul frère à [...], ce qui montre bien qu'il n'a pas eu le temps d'investiguer en détail ces liens et qu'il est donc discutable de mettre en avant la qualité de ces liens pour montrer qu'elle a des ressources. Par ailleurs, elle n'a pas d'amis, pas de relations avec ses voisins, deux collègues de travail qu'elle considère comme « des copines », mais avec qui les liens ne sont pas très rapprochés : il leur arrive de temps en temps de boire un café ensemble après le travail quand Madame n'est pas trop mal, mais elles ne partagent pas de repas, ni de soirées, ni d'activités. Elle a une relation sentimentale avec un homme avec qui elle ne vit pas. Ce qui reste, dans l'ensemble une vie sociale pauvre.

Toujours dans le même paragraphe, concernant les ressources, le Dr C._____ dit qu'elle a été capable de venir seule en train d' [...] à [...]. La patiente explique qu'elle avait voulu se faire accompagner de sa sœur, mais y a renoncé parce qu'il lui a été dit que le billet de

train de sa sœur ne serait pas remboursé et que ce n'était alors pas dans leurs moyens. Elle raconte aussi qu'elle a essayé d'appeler le Dr C. _____ en chemin parce qu'elle était perdue et qu'elle est arrivée en retard et très angoissée. J'ai observé les éléments suivants quand elle vient à mes entretiens au premier entretien, elle est arrivée passablement en retard après m'avoir téléphoné plusieurs fois pour trouver mon cabinet, elle est déstabilisée si elle ne trouve pas de place de parc, elle est presque toujours en retard si elle a un autre rendez-vous le même jour et elle se fait accompagner par son ami ou sa sœur dès qu'elle en a l'occasion.

Le Dr C. _____ dit qu'elle « a des activités journalières en fonction de ses douleurs et loin de celle d'une personne démunie du point de vue psychique ». Dans la discussion, il ne décrit rien de ses journées. À la page 14, il a un paragraphe sur les activités journalières, où il écrit exclusivement qu'elle fait les activités de la vie domestique (ménage, repas, courses), qu'elle regarde la télévision et qu'elle est partie en vacances l'année dernière à [...] avec sa sœur. Les récits que la patiente me fait sont concordants avec cela : ses activités journalières sont les courses, les repas et le ménage, activités indispensables, mais réduites au minimum quand elle est seule, et pour lesquelles elle compte sur son ami quand il est là. À cela on peut ajouter qu'elle regarde des jeux à la télévision, se repose et, dans ses meilleurs jours, rencontre sa sœur à l'initiative de cette dernière. Elle ne sort pas, ni pour se promener, ni pour boire un café, ne va pas au cinéma ou d'autres activités culturelles, n'a pas d'activités de loisirs, et elle choisit ce qu'elle regarde à la télévision par exclusion plus que par intérêt. C'est pourquoi je ne peux pas partager l'appréciation du Dr C. _____ quand il dit que « ses activités journalières seraient loin de celles d'une personne démunie du point de vue psychique ».

Le point suivant que le Dr C. _____ relève, toujours concernant les ressources, est qu'elle a été capable de partir en vacances à [...] avec sa sœur. Aller en vacances dans son pays d'origine accompagnée de sa sœur, dans sa famille et dans la maison qui appartenait à sa mère ne demande pas des ressources énormes.

Concernant la médication, le Dr C. _____ dit que le Surmontil est donné en raison des douleurs. Mais il se base sur une donnée inexacte concernant la posologie : Madame R. _____ prenait en février 2014, au moment de l'expertise, non pas 25 mg de Surmontil comme il l'écrit, mais 50 mg (elle en prend actuellement 75 mg). 50 mg est une dose reconnue pour son effet antidépresseur (selon Swissmedic Info, la référence officielle concernant les médicaments). Le Surmontil est un antidépresseur de la classe des tricycliques. Si actuellement, on leur préfère souvent d'autres antidépresseurs plus récents, c'est que ces derniers présentent moins de risques et non pas qu'ils seraient plus efficaces. L'efficacité antidépressive du Surmontil et des tricycliques n'a jamais été remise en question. Madame R. _____ décrit clairement que quand elle n'a pas un traitement antidépresseur qui lui convient, elle va plus mal, pleure à longueur de journées et s'enferme chez elle en permanence (alors qu'actuellement, c'est fluctuant). Au cours des années, Madame R. _____ a eu de nombreux autres antidépresseurs (en tous cas cinq autres antidépresseurs différents et d'autres anxiolytiques), mais le traitement a souvent été modifié en raison d'une efficacité insuffisante ou d'effets secondaires. La pratique clinique nous

montre que dans les traitements à long terme des troubles dépressifs et anxieux, le choix d'un antidépresseur est souvent une question complexe, le fruit d'essais et de compromis entre les effets bénéfiques et les effets secondaires. C'est pourquoi il est délicat d'utiliser le choix de la médication prescrite pour infirmer un diagnostic.

Le Dr C. _____ dit qu'elle a une intelligence qui ne la handicapait pas quand elle travaillait dans son restaurant avec son mari. Je partage son avis à ce sujet. Plus globalement, si on reprend la question des ressources, et pas uniquement de l'intelligence, l'anamnèse nous montre en effet que Madame R. _____ avait passablement de ressources quand elle était jeune, ressources qui lui ont permis de venir en Suisse, de s'intégrer, de tenir un restaurant avec son mari, d'apprendre à conduire et beaucoup d'autres choses. Mais comme montré dans ce rapport, elle a perdu ces ressources et c'est pourquoi je retiens un diagnostic de Modification durable de la personnalité.

En page 18, le Dr C. _____ discute, me semble-t-il, des éléments selon lesquels le syndrome douloureux somatoforme persistant pourrait ou non avoir un caractère invalidant. Là aussi, mon appréciation diffère de celle du Dr C. _____. Les éléments qui peuvent entrer en ligne de compte sont les suivants :

- présence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment sévère, intense, marquée et durable, constituée chez Madame R. _____ d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère et d'un trouble anxieux
- chronicité sur plusieurs années sans rémission et même aggravation (c'est le cas chez Madame R. _____)
- la perte de l'intégration sociale n'est pas totale chez Madame R. _____, mais elle présente un isolement social important
- le Dr C. _____ dit qu'il n'y a pas de cristallisation psychique. À mon avis, au contraire, ce trouble se présente de manière figée chez Madame R. _____: on constate une rigidification et un appauvrissement de ses possibilités d'évolution psychique, un faible impact des thérapies et une aggravation au cours du temps avec une augmentation de la symptomatologie physique fruste et peu différenciée. On peut aussi observer le caractère pathologique et figé du processus de deuil. Tous ces éléments révèlent un effondrement et un[e] fixation de son fonctionnement psychique, consécutifs au rejet total par sa belle-famille après le suicide de son mari, et aux pertes qui en ont résulté, et qui ont constitué autant de blessures insurmontables et de conflits non résolubles psychiquement.

Dans ce même paragraphe, le Dr C. _____ rappelle que le suivi a été interrompu pendant plusieurs années. On ne sait pas quel est le sens de son propos à ce moment. L'interruption du suivi est souvent un signe de mauvais pronostic, un signe inquiétant quant au caractère chronique des troubles, parce que l'interruption est justement liée à la difficulté à s'appuyer sur autrui et à ressentir les mouvements psychiques qui pourraient amener à une évolution des trouble[s] et à un bénéfice du suivi.

Dans ce paragraphe également le Dr C. _____ dit que la patiente n'a jamais été hospitalisée. Il est très fréquent que les patients présentant des état[s] dépressifs chroniques même sévères ne soient pas hospitalisés, surtout en l'absence de risque suicidaire, parce que ce sont plus les fluctuations rapides et le risque suicidaire qui amènent à une hospitalisation.

Madame R. _____ dit que le rendez-vous avec le Dr C. _____ n'a duré que trente à quarante-cinq minutes maximum. Lui-même ne précise pas la durée de cet entretien unique. Selon mon observation, il faut être assez insistant et prendre le temps de faire raconter à Madame R. _____ ce qu'elle vit en détails pour mettre en évidence ses symptômes. En effet, l'expression des émotions est pauvre et peu spontanée, reflet de l'appauvrissement du fonctionnement psychique. On note aussi que parfois quand elle ne comprend pas où on veut en venir, elle essaie de donner le change ou répond de manière imprécise. Même à l'investigation dirigée sur les symptômes, elle parle de ce qu'elle faisait quand elle allait mieux ou revient souvent sur ce qu'elle arrive à faire. Comme beaucoup d'autres patients avec un fonctionnement similaire, elle a le sentiment que si elle dit vraiment à quel point elle va mal, cela aggrave son état. À aucun moment elle ne donne l'impression d'en rajouter. Ainsi, beaucoup de symptômes, entre autre toutes les angoisses, sont mis en évidences uniquement lorsqu'elle décrit avec précision sa vie quotidienne. Il est clair qu'au vu de son fonctionnement, un entretien unique de moins d'une heure ne permet pas de mettre en évidence l'entier de la symptomatologie.

Le Dr C. _____ écrit que « le pronostic est réservé », phrase utilisée couramment en médecine pour dire que l'évolution risque (probablement) d'être défavorable. Je partage son avis à ce sujet. Mais il laisse cette affirmation seule, sans en tirer la moindre conclusion, sans que cela nuance ses positions et conclusions. Si « le pronostic est réservé », cela implique au minimum l'idée que les conclusions de l'expertise ne sont valables que pour une durée relativement courte et que la situation doit être réévaluée. Or le reste de son expertise va amener à ce que l'office AI ferme le dossier sans tenir compte de cet élément essentiel pour le futur.

Discussion concernant la capacité de travail :

Le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux sont suffisants pour justifier une incapacité de travail de 70 % en terme de temps de travail. Et même sur le taux de travail résiduel de 30 %, il faut tenir compte des limitations suivantes : troubles de la concentration, de la mémoire, de l'attention, de la compréhension, de l'organisation et de l'adaptation ; limitations tant dans les activités autonomes que dans celles qui impliquent des interactions ; fatigabilité ; diminution de la capacité de supporter des stress, des pression[s] ; sensibilité extrême aux tensions relationnelles même légères ; diminution du rendement ; difficulté dans la gestion des émotions ; diminution de la capacité à effectuer des tâches complexes ; fluctuations et périodes d'aggravation qui risquent d'engendrer des absences répétées. À cela s'ajoute les limitations dues aux douleurs et perte de force physiques. L'ensemble de ces limitations font que le rendement effectif pour l'employeur est très faible et n'est possible que dans des conditions particulières pour éviter les angoisses, et donc aussi le risque d'absences.

Actuellement, Madame R._____ travaille par nécessité financière, à temps partiel et dans des conditions précaires puisque son contrat ne garantit pas un minimum d'heures. On ne peut pas tirer de conclusions précises du taux de travail qu'elle effectue car ce taux est très irrégulier et son statut précaire en modifie les observations. En effet, en 2012, elle a eu passablement de jours de travail planifiés, mais, de fait, elle a eu de nombreux arrêts de travail ponctuels qui montrent bien qu'elle n'arrivait pas à tenir. Ses absences ont été telles qu'ensuite son chef n'a presque plus planifié de jours de travail pour elle pendant des mois parce qu'il ne pouvait pas compter sur elle. Actuellement, elle se force à aller à son travail tous les jours planifiés, quitte à ne pas faire son travail en entier (elle raconte que si elle travaille avec l'une des deux collègues dont elle est plus proche, elle lui demande de l'aide pour finir son travail parce qu'elle-même n'y arrive plus). Mais elle ne veut plus présenter de certificat d'incapacité de travail d'une part par peur que son chef ne lui planifie pas de jours de travail, ce qui la mettrait dans une situation financière difficile, et aussi par peur qu'il lui fasse des remarques, ce qui est pour elle au moins aussi angoissant que la perspective de ne plus avoir de revenu.

Quand elle parle de ses difficultés à son travail, elle parle de ses douleurs difficiles à supporter, mais elle parle aussi beaucoup de toutes les tensions relationnelles qui peuvent survenir et qu'elle s'évertue en permanence à éviter. Au cours de ces derniers mois où elle a fourni un immense effort pour essayer de tenir des taux de travail planifiés qui dépassent ses capacités, son état s'est aggravé et on observe un épuisement, une augmentation des troubles du sommeil, une augmentation des douleurs et des consultations tout azimut pour chercher une solution, avec une rigidification du fonctionnement psychique de type opératoire.

En conclusion, selon mon évaluation, le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée de Madame R._____ entraînent une incapacité de travail de 70 % et les 30 % restant ne sont réalisables que si de nombreuses conditions sont réunies et avec de multiples limitations qui engendrent un rendement faible et le risque d'absences fréquentes."

Par duplique du 17 mars 2015, l'OAI s'est déterminé sur le rapport médical de la Dresse N._____, joignant un avis du SMR du 9 mars 2015 rédigé par les Drs T._____ et P._____, dont la teneur était la suivante :

"Madame R._____ est une assurée Suisse de [...], veuve après le suicide de son mari en 2001. Elle travaillait dans leur restaurant personnel avec son mari, qu'elle a dû vendre après la disparition de celui-ci. Elle a ensuite travaillé comme employée de cuisine à l'hôpital [...] depuis 2009 comme intérimaire. Il s'agit de la troisième demande en date du 5 février 2013 depuis 1997. Notre décision AI du 31.10.2014 refuse les prestations sur la base d'une pleine capacité de travail à l'issue d'une expertise du Dr C._____. L'assurée a fait recours contre cette décision en date du 7 janvier 2015.

Le rapport d'examen SMR basé sur l'expertise psychiatrique du 24.02.2014 (Dr C._____) conclut à une pleine capacité de travail dans toute activité avec aucun diagnostic psychiatrique ayant un caractère incapacitant. Les diagnostics retenus sont ceux de dysthymie simple, de trouble anxieux sans précision et de trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. Le rapport de la Dresse N._____ décrit une situation clinique assez similaire à celle décrite par le Dr C._____. Par contre au niveau diagnostic elle retient deux diagnostics avec répercussion sur la CT : un trouble dépressif récurrent, de gravité moyenne à sévère et une anxiété généralisée avec une modification durable de la personnalité suite à un deuil et un syndrome somatoforme douloureux persistant. Pour la Dresse N._____ il en résulte une CT résiduelle de 30 % dans un environnement adapté aux limitations fonctionnelles. Les limitations retenues par la psychiatre traitante sont les suivantes essentiellement liées à la baisse de la thymie : troubles de la concentration, de la mémoire, de l'attention, de la compréhension, de l'organisation et de l'adaptation, fatigabilité, résistance au stress abaissée, sensibilité, gestion des émotions altérée et diminution du rendement.

C'est donc surtout dans l'appréciation de la gravité de l'épisode dépressif et de l'anxiété que les deux avis divergent. En l'absence d'élément médical objectif nouveau il ne nous appartient pas d'arbitrer entre deux avis de spécialistes. Nous ne pouvons que constater que dans les faits il s'agit d'opposer l'avis d'un expert indépendant à celui d'un psychiatre traitant qui ne suit l'assurée que depuis juillet 2014 soit postérieurement à l'expertise effectuée par le Dr C._____ en février 2014. A notre avis il s'agit principalement d'une analyse et d'une appréciation diagnostique différente d'une même situation clinique par deux spécialistes. Nous laissons au tribunal le soin d'apprécier si un nouvel avis d'expert est nécessaire pour arbitrer entre les deux avis exprimés."

Toujours dans sa duplique, l'OAI a déduit du rapport médical de la Dresse N._____ que l'opinion de celle-ci et celle du Dr C._____ étaient une appréciation différente d'une même situation clinique. Il a persisté à conclure au rejet du recours.

Par courrier du 1^{er} avril 2015, la recourante a maintenu les explications et conclusions de ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

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

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 5 février 2013.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 et 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen

matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 71 consid. 3). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations AI de l'assurée en se fondant sur les rapports des Drs G._____, J._____ et X._____ et a repris l'instruction en ordonnant notamment une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse du 31 octobre 2014, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI. La dernière décision de refus de prestations entrée en force est ici la décision rendue le 16 octobre 2008 par l'OAI, suite à la deuxième demande de prestations AI de la recourante. Celle-ci est en effet entrée en force faute de recours dans le délai légal. Le fait que, comme le soutient l'intéressée dans son recours (allégué 16), elle n'aurait pas eu la force d'agir contre cette décision, n'y change rien. Cette décision est devenue définitive et c'est avec elle que la comparaison de l'état de santé de l'intéressée doit être faite.

b) La décision du 16 octobre 2008 reposait essentiellement sur l'expertise du Dr W._____ qui avait posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié, dysthymie et trouble panique, ces affections datant de 2001, année du suicide de l'époux de la recourante. L'expert estimait alors notamment que le trouble somatoforme n'était pas particulièrement

sévère et que les comorbidités psychiatriques n'empêchaient pas la recourante de mobiliser ses ressources personnelles afin de surmonter les conséquences dudit trouble somatoforme. En substance, le Dr W._____ retenait que les critères n'étaient pas remplis pour retenir un caractère incapacitant au trouble somatoforme et que la capacité de travail était pleine et entière dans toute activité. Sur cette base, l'OAI a refusé la demande de prestations, au motif que le trouble somatoforme ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

c) aa) Pour se prononcer sur la troisième demande de prestations de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____. Dans son expertise du 24 février 2014, l'expert a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, dysthymie et trouble anxieux sans précision. Il a en particulier relevé que, du point de vue psychiatrique, l'intéressée était capable de travailler et ceci au moins depuis le dépôt de sa demande de prestations AI, dans son activité habituelle ou dans des travaux simples (p.ex. travail à domicile).

A ce stade, il y a lieu de rappeler ce qui suit.

bb) aaa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008).

bbb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon

laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on devait conclure 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 résultaient 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 demeuraient 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 laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et références citées).

ccc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt précité).

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

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016).

cc) Le Dr C. _____ a conclu que le syndrome douloureux somatoforme persistant affectant la recourante ne présentait aucun caractère incapacitant, sur la base des anciens critères développés par la

jurisprudence. Il convient dès lors d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

A cet égard, on relèvera que le diagnostic a été posé par l'expert psychiatre, selon les règles de l'art, et qu'il a été fait état de douleurs persistantes avec troubles du sommeil, sans qu'une exagération des symptômes permettant d'exclure toute atteinte à la santé ne soit mise en exergue. Cela dit, les critères du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence des troubles ne sont pas réalisés. En effet, il apparaît que la requérante ne ressentait pas le besoin d'un traitement médical puisqu'elle a interrompu tout suivi psychiatrique en août 2008 avant de le reprendre « *sur insistance de son médecin généraliste* » en janvier 2013 seulement (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 9 ; rapport médical du Dr X. _____ du 7 mars 2013 p. 1). Par ailleurs, la requérante, qui ne présente aucun signe de négligence physique, a retrouvé un emploi en qualité d'aide de cuisine auprès de l'Hôpital [...] depuis mars 2009. Elle s'occupe seule de son ménage, prépare les repas et fait les commissions, même si elle reçoit de l'aide pour les charges lourdes (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 14 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 14). L'intéressée est en outre parvenue à garder une vie sociale globalement inchangée malgré ses atteintes à la santé (pour rappel, selon l'expertise du Dr W. _____ du 28 février 2008 [p. 13], l'assurée n'avait « *pas beaucoup d'amis mais n'en avait pas non plus beaucoup précédemment, s'étant beaucoup investie dans son activité professionnelle* »). Elle entretient de bonnes relations avec ses deux filles, ainsi qu'avec ses frères et sœurs en Suisse et à l'étranger avec lesquels elle discute régulièrement par téléphone ; elle a même un contact étroit avec une de ses sœurs habitant en Suisse (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 2 et 4 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 14). Elle a eu quelques relations sentimentales avec des hommes après le décès de son époux (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 4 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 13) et il lui arrive de boire de temps en temps un café avec deux de ses collègues de travail - qui sont devenues des « copines » - après le travail (rapport médical de la

Dresse N._____ du 28 janvier 2015 p. 13). On constate par ailleurs que, malgré son anxiété, l'intéressée parvient à se déplacer seule, que ce soit en voiture entre son domicile et son lieu de travail (environ 15 minutes) ou en train ; elle a notamment fait près de 100 km avec plusieurs changements de train entre son domicile et le cabinet de l'expert C._____ (expertise du Dr C._____ du 24 février 2014 p. 17 ; rapport médical de la Dresse N._____ du 28 janvier 2015 p. 13). Finalement, la recourante ne présente aucun signe de maladie psychiatrique ni de trouble de la personnalité décompensé et ses comorbidités psychiatriques, à savoir une dysthymie et un trouble anxieux, sont sans limitation fonctionnelle handicapante. Elle n'a pas non plus d'idées suicidaires (expertise du Dr C._____ du 24 février 2014 p. 17 et 18).

Ainsi, selon les nouveaux critères jurisprudentiels, le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par l'expert C._____ n'est pas invalidant. On relèvera encore que le Dr C._____ a étudié l'ensemble du dossier (anamnèse) et en particulier l'expertise du Dr W._____, avec laquelle il tire des parallèles. Il a également tenu compte des plaintes de la recourante, a discuté de sa situation médicale et est revenu sur les avis médicaux du Dr X._____, qu'il n'hésite pas à contester lorsqu'il l'estime nécessaire. Il a par ailleurs motivé ses conclusions de manière claire et convaincante, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à son expertise.

dd) En outre, aucun des avis médicaux figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions de l'expert C._____ quant à la capacité de travail de la recourante.

Le Dr X._____ met en exergue des symptômes anxieux, des troubles du sommeil, une fatigabilité, une instabilité de l'humeur et des plaintes dans le registre somatique (rapports médicaux des 7 mars 2013 points 1.4 et 1.6 et 2 juillet 2013 point 1.4). Il retient tout d'abord - à la demande de sa patiente - une capacité de travail de 70 % environ, avant de l'évaluer quatre mois plus tard à 30-40 %. Le psychiatre X._____ ne motive toutefois pas objectivement les raisons médicales qui justifieraient

de retenir une capacité de travail diminuée dans le cas de l'intéressée. On ne voit ainsi pas en quoi son point de vue sur la capacité de travail primerait celui de l'expert nettement mieux explicité, ce d'autant plus que ses constatations cliniques ont été prises en considération par l'expert qui les a lui aussi relevées malgré des diagnostics différents.

Il en va de même s'agissant des rapports du Dr G. _____ (rapport médical du 25 février 2013 et courrier du 8 avril 2014). Ses constatations cliniques (douleurs rachidiennes, syndrome dépressif et fatigue marquée, ainsi que manque de confiance, anxiété et tolérance faible au stress) sont similaires à celles faites par le Dr C. _____ dans son expertise. Cela dit, son évaluation de la capacité de travail de l'intéressée (30-50 % selon son rapport médical du 25 février 2013, inférieure à 100 % sans autre précision selon son courrier du 8 avril 2014) ne permet pas de remettre en cause l'expertise complète et convaincante de l'expert, faute de véritable motivation objective.

Le Dr J. _____ ne fait état d'aucune incapacité de travail (rapport médical du 12 mars 2013).

Enfin, dans son rapport médical du 28 janvier 2015, la Dresse N. _____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de fluctuations entre des épisodes moyens et des épisodes sévères, d'anxiété généralisée, de modification durable de la personnalité après un deuil et de syndrome douloureux somatoforme persistant et évalue la capacité de travail de la recourante à 30 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles. La psychiatre n'apporte cependant aucun élément nouveau permettant de s'écarter des conclusions de l'expert C. _____. En effet, elle ne fait pas véritablement état d'une aggravation de la situation de l'intéressée depuis octobre 2008 (dernière décision entrée en force), mais se contente plutôt de décrire l'évolution de celle-ci depuis 2001, année du suicide de son époux, et 2004, année où elle situe une aggravation de l'état de santé de la recourante en raison de l'apparition des douleurs. La Dresse N. _____ ne met pas non plus en évidence d'éléments cliniques qui auraient été ignorés par l'expert. En effet, ses constatations cliniques

(variation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, troubles du sommeil, perte de confiance, anxiété, douleurs, thymie triste, deuil difficile, trouble de la mémoire, sentiment de dénigrement, dévalorisation, etc.) étaient connues du Dr C. _____ qui en a discuté dans son expertise. Dans ce contexte, il faut constater que l'avis des deux psychiatres susmentionnés divergent sur les diagnostics et les effets de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressée, et non sur la situation clinique de cette dernière. Il s'agit donc en réalité d'une évaluation différente d'une même situation, de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du Dr C. _____ qui, comme mentionné plus haut, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Faute d'éléments suffisants pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr C. _____, les conclusions de ce dernier doivent être suivies. Il y a donc lieu de reconnaître à la recourante une pleine capacité de travail dans toute activité au moment de la décision du 31 octobre 2014.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation décrite par l'expert C. _____ en 2014 n'est pas différente de celle qui prévalait à l'époque de l'expertise W. _____ en 2008. Ainsi, en l'absence d'évolution notable de l'état de santé de la recourante, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. Les motifs pour lesquels l'intéressée n'a pas recouru contre la décision de l'OAI du 16 octobre 2008 n'y changent rien, comme expliqué ci-dessus (consid. 5a *supra*), dans la mesure où la décision de l'OAI de 2008 est dans tous les cas entrée en force. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la troisième demande de prestations AI de la recourante.

6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert à titre subsidiaire la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 31 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :