

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 20016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Monod et Mme Moyard, assesseurs  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6 à 8, 17 LPGA ; 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** D'origine kosovare, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, est venue travailler en Suisse en 1990 et 1991, puis y est revenue comme requérante d'asile le 7 avril 1998 et a été mise au bénéfice d'une admission provisoire le 5 avril 2001, puis d'un permis de séjour. Elle a travaillé de juin 2000 à février 2001 puis a effectué un contrat de mission du 20 février 2006 au 5 mars 2007 comme nettoyeuse.

Le 3 mai 2006, elle a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en vue d'obtenir la prise en charge d'un appareil acoustique, ce qui lui a été refusé en date du 28 février 2008, au motif qu'elle ne remplissait pas les conditions de cotisations à l'AI nécessaires.

L'assurée s'est retrouvée en incapacité totale de travail à partir du 4 septembre 2006, puis a retrouvé une capacité de travail de 50 % du 28 octobre au 7 novembre 2006 avant d'être à nouveau en arrêt de travail.

Le 14 août 2007, elle a demandé à être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, invoquant souffrir de différents problèmes liés aux muscles, particulièrement au niveau du dos, de la nuque et de l'épaule droite.

Dans un rapport médical du 3 septembre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante, de la Policlinique W.\_\_\_\_\_, ont retenu ce qui suit :

### **« Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :**

1. Lombosciatalgies G récurrentes avec status post cure de hernie discale L3-L4
2. Cervico-céphalalgies post-traumatique
3. Etat dépressif avec épisode sévère en septembre 2005
4. s/p PTSD

5. Scapulalgies et brachialgies
6. Cophose D et surdité de perception G

**Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail :**

1. Surcharge pondérale
2. Vertiges sur hypotension orthostatique
3. Status post-infection tuberculeuse latente en 1998, traitée par Isoniazide
4. Status post césarienne pour mort d'un fœtus sur traumatisme en 1996
5. Status post césarienne en 1999
6. Status post laparotomie pour grossesse extra-utérine. »

Selon ce rapport, une IRM cervicale réalisée en mars 2007 avait mis en évidence une hernie discale C3-C4 sans conflit discal ou radiculaire. Lors d'une consultation en rhumatologie en mars 2007, des radiographies de l'épaule accompagnées d'un ultrason avaient révélé une rupture partielle du tendon du sus-épineux avec une bursite sous-acromiale. Les radiographies réalisées lors d'une consultation orthopédique du 22 mai 2007 ne montraient pas de signe indirect pour un conflit sous-acromial ni une tendinopathie de la coiffe.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué en date du 21 janvier 2009 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Le rapport médical établi le 29 janvier 2009 par les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et A.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, indiquait ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion sur la capacité de travail***

- Lombosciatalgies G dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L3-L4. M 54.4
- Cervicobrachialgies D dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 et périarthrite scapulo-humérale D. M 54.2, M 75.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- Aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire.

- Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. Z60.0.

### **APPRÉCIATION DU CAS**

Actuellement, l'assurée se plaint essentiellement de lombosciatalgies G, de douleurs cervicales s'accompagnant de douleurs de l'épaule D et de douleurs du bras D irradiant jusqu'au coude. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status actuel, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note la présence des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées et d'une discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est également diminuée, mais, là également, l'assurée développe une résistance volontaire à la flexion passive de la nuque.

La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité active de l'épaule D qui est discrètement limitée. Par contre, la mobilité passive de l'épaule D est bien conservée. La distance pouce-C7 est cependant augmentée à D par rapport au côté G. On note par ailleurs une épreuve de Jobe douloureuse à l'épaule D, alors que les autres épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Le status neurologique est par ailleurs sp. Il n'y a notamment pas de syndrome radiculaire au membre inférieur G, l'épreuve de Lasègue pouvant être conduite ddc à 80° et étant limitée à ce degré par un raccourcissement des muscles ischiojambiers et par des lombalgies.

Par ailleurs, on ne note que 6/18 points typiques de la fibromyalgie, ce qui ne nous permet pas de poser ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 qui ne s'accompagne pas de conflit disco-radicaire. Une échographie du 29.03.2007 aurait mis en évidence une rupture partielle du tendon du sus-épineux D avec importante bursite sous-acromio-deltoïdienne. Par contre, les radiographies des épaules sont normales.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de nettoyeuse. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychiatrique, Il s'agit d'une jeune assurée, âgée actuellement de 39 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1998, qui a fait une 1<sup>ère</sup> demande AI le 24.05.2006 pour la prise en charge d'un appareillage acoustique par le billet de la FAREAS et en

raison d'une surdité de perception présente depuis de nombreuses années. Par décision du 19.11.2007, la demande a été rejetée.

Le 14.08.2007, l'assurée fait une 2<sup>ème</sup> demande AI pour des lombosciatalgies récurrentes sur un status après cure de hernie discale L3-L4 en 2002, des cervicobrachialgies D secondaires à un accident de la circulation en 2002 et un état dépressif avec épisode sévère retenu en 2005, associé à un syndrome de stress post-traumatique, diagnostics retenus par la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Polyclinique W.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 03.09.2007.

Le status psychiatrique très sommaire ne montre pas de symptômes cliniques en faveur d'un état de stress post-traumatique ni d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Selon le médecin traitant, l'assurée aurait développé un syndrome de stress post-traumatique qui s'est par la suite compliqué d'un état dépressif avec épisode aigu en septembre 2005.

Cependant, l'assurée bénéficiait d'un suivi par un psychologue à l'Appartenances à une fréquence d'1x/mois et elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur à des doses incompatibles avec la gravité du diagnostic.

Selon la CIM-10, l'épisode dépressif sévère repose sur la présence des 3 symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 4 et de préférence 5 autres symptômes dépressifs suivants : une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil et une diminution de l'appétit ; plusieurs de ces symptômes doivent être sévères, ce qui n'est pas le cas de notre assurée, car les critères cliniques ne sont pas réunis.

Par ailleurs, dans la 1<sup>ère</sup> demande AI du 03.05.2006, aucune pathologie psychiatrique aiguë n'a été décrite.

Quoiqu'il en soit, à l'examen clinique au SMR, la symptomatologie anxiodépressive est en rémission complète.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, ni de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, qui ne représente pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

L'assurée est démonstrative et dans un discours flou, incomplet et contradictoire, elle met en avant ses plaintes somatiques, sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Elle consulte peu son médecin traitant, n'a aucune prise en charge rhumatologique et son fonctionnement social est inchangé. Par conséquent, les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un tel diagnostic ne sont pas réunis.

Le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle qui actuellement est en rémission complète.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant de longue durée et la capacité de travail exigible est 100 % dans toute activité.

### ***Les limitations fonctionnelles***

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension.

Membre supérieur D : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°. Pas de lever de charges avec le membre supérieur D de plus de 8 kg.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle à caractère incapacitant.

Les difficultés financières, les difficultés linguistiques, l'absence de formation professionnelle et le manque de motivation ne font pas partie du domaine médical.

### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?***

Il y a une incapacité de travail complète dans l'activité de nettoyeuse depuis le 04.09.2006. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète.

Sur le plan purement psychiatrique, nous n'avons aucun argument clinique qui puisse justifier l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant dans le rapport médical du 03.09.2007.

Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle qui actuellement est en rémission complète.

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

Depuis le 04.09.2006, la capacité de travail est restée nulle dans l'activité de nettoyeuse, alors qu'elle est complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse romande du 21.01.2009, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse et qu'elle est complète dans une activité adaptée.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

Dans l'activité habituelle :	0 %	comme nettoyeuse.	
Dans une activité adaptée :	100 %.		Depuis le : 04.09.2006 »

Les conclusions de ce rapport ont été reprises par le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son avis médical du 26 février 2009.

Par communication du 9 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une aide au placement. Le 29 avril 2009, cette dernière a déclaré renoncer à une telle aide, au motif qu'elle n'était pas en mesure de travailler.

Par décision du 9 novembre 2009, l'OAI a refusé la demande de rente d'invalidité de l'assurée au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qu'elle pourrait réaliser un revenu avec invalidité de 43'419 fr. 81 (calculé sur la base des données statistiques et tenant compte d'un abattement de 15 %), que son revenu sans invalidité aurait été de 51'082 fr. de sorte qu'elle présentait un degré d'invalidité de 14,99 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**B.** L'assurée a interjeté un recours contre cette décision le 11 décembre 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, invoquant souffrir d'un trouble somatoforme douloureux à

caractère invalidant et contestant le calcul de la comparaison des revenus effectué par l'OAI. Au cours de cette procédure, elle a produit le rapport de l'IRM du genou droit réalisée le 30 septembre 2009 suite à un accident survenu en juillet 2009, dont il ressortait qu'elle souffrait d'une déchirure du ligament croisé antérieur, d'une déchirure du ménisque et du ligament latéral interne. Elle a également versé en cause un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 17 septembre 2010, mettant en évidence un bombement discal C4-C5, sans conflit disco-radulaire.

Le Tribunal cantonal a rejeté le recours par arrêt du 15 juin 2011, retenant que l'assurée avait été en mesure de travailler dès le 20 février 2006 malgré l'état dépressif diagnostiqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse V. \_\_\_\_\_, qu'elle ne recevait alors aucun traitement psychiatrique et que le rapport du SMR du 29 janvier 2009 niait de manière convaincante l'existence d'une atteinte psychique incapacitante. Concernant les troubles physiques présentés par l'assurée, le Tribunal a constaté que les diagnostics posés par la Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse V. \_\_\_\_\_ étaient superposables à ceux retenus par les médecins du SMR, et a fait siennes les conclusions du SMR, précisant qu'elles tenaient déjà compte d'une hernie discale en C3-C4, de sorte que l'IRM cervicale du 17 septembre 2010 n'apportait pas d'élément médical qui n'aurait pas été pris en compte. Il a constaté que l'assurée n'avait de toute façon pas présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % jusqu'à la date de la décision litigieuse, le 9 novembre 2009, quelle que soit l'incapacité de travail résultant de la lésion ligamentaire intervenue suite à l'accident survenu en juillet 2009. Finalement, le Tribunal cantonal a confirmé la comparaison des revenus effectuée par l'OAI.

Le recours interjeté par l'assurée contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral a été rejeté le 11 novembre 2011, au motif que l'assuré ne faisait état d'aucun document médical qui étaiérait l'incapacité de travail dont elle se prévalait en relation avec des douleurs chroniques à l'épaule droite et un trouble somatoforme douloureux accompagné d'un état anxio-dépressif, et qu'elle n'exposait pas en quoi la comparaison des

revenus effectuée par l'OAI et confirmée par le Tribunal cantonal serait erronée.

**C.** Après une demande de détection précoce adressée à l'OAI le 22 juillet 2013 par son médecin traitant, la Dresse K.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 9 septembre 2013, au motif qu'elle souffrait de dépression, d'une hernie cervicale et d'un problème à la jambe.

Selon un rapport médical établi le 5 novembre 2013 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée présentait depuis 2002 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F33.2), ayant des effets sur sa capacité de travail, ainsi que d'une hernie discale lombaire et cervicale, sans effet sur la capacité de travail. Son constat médical était le suivant :

« Il s'agit d'une patiente en état de conscience normal, sans difficultés majeures de la lignée cognitive. On note un affaiblissement de la volonté et de la motivation. L'intelligence est dans les limites inférieures de la norme. L'affectivité est marquée par l'immaturité. L'humeur est triste. Grande fatigabilité au moindre effort, manque d'énergie, absence de la capacité d'éprouver du plaisir, perte d'intérêt pour ses activités, diminution de l'auto-confiance, présence d'idées de culpabilité récurrentes. Absence de troubles du cours et forme de la pensée, mais contenu dominé par une thématique pessimiste. »

Selon ce médecin, le pronostic était mauvais, l'assurée nécessitait un suivi rapproché par un psychiatre et une augmentation progressive de son traitement antidépresseur (Efexor). Il énumérait comme restrictions à l'exercice d'une activité lucrative les lombalgies, les cervicalgies, ainsi que le manque de motivation, la grande fatigabilité, le manque d'énergie et la tendance à la régression entraînés par la dépression, concluant que l'assurée ne pouvait pas effectuer de tâches physiques ou impliquant de porter du poids. Il confirmait l'incapacité de travail totale de l'assurée dans son ancienne activité de nettoyeuse et retenait comme limitations fonctionnelles des difficultés de communication, une forte timidité, des difficultés à gérer ses émotions et sa tristesse en particulier, un hypopragmatisme, des difficultés liées au

fait qu'elle ne comprenait pas le français, une hypersensibilité au stress due aux scènes de guerre qu'elle avait vécues, ainsi que l'apparition périodique de phases de décompensation. Il estimait qu'en raison de sa symptomatologie dépressive elle avait des capacités de concentration, d'organisation et d'adaptation au changement limitées. Selon lui, les troubles mentaux de l'assurée et ses difficultés avec la langue excluaient toute activité lucrative.

Le Dr X. \_\_\_\_\_ et la Dresse K. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont rédigé un rapport médical à l'intention de l'OAI le 3 décembre 2013, dans lequel ils ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif récurrent avec troubles somatoformes douloureux et syndrome de stress post-traumatique et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un déficit en vitamine D, un excès pondéral, un status post cure de hernie discale L3-L4 en 2001 et un déficit en fer. Ils indiquaient que la symptomatologie dépressive était sévère, avec un état proche de la catatonie, que le pronostic était réservé et qu'aucune activité lucrative n'était exigible.

Dans son avis du 18 février 2014, le SMR a notamment exposé :

« Les rapports des Dr B. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ posent des diagnostics psychiatriques différents et retiennent des IT totales antérieures à l'examen psychiatrique de janvier 2009 au cours duquel aucun de ces diagnostics n'avait été retenu. Nous nous étonnons également que l'état psychique s'étant péjoré, le traitement de l'assurée ait été diminué. Au vu de ces contradictions, afin d'avoir un diagnostic précis et de définir une CT nous demandons un examen psychiatrique. »

Par communication du 2 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée du nom du psychiatre chargé de cette évaluation psychiatrique, le Dr Q. \_\_\_\_\_, ainsi que des questions qui lui étaient posées. Dans le rapport d'expertise qu'il a établi le 27 août 2014, ce spécialiste a retenu comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique (F45) et des difficultés liées

à l'acculturation (Z60.3). Son appréciation du cas et son pronostic étaient formulés ainsi :

« 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 durant l'enfance ou l'adolescence.

Signalons que cette assurée est née au Kosovo, où elle a été peu scolarisée. Pendant la guerre du Kosovo, elle dit avoir été maltraitée par les troupes serbes qui l'ont frappée, elle était enceinte et son fœtus est décédé. Ensuite, elle a pu quitter le pays et venir en Suisse.

A signaler qu'en Suisse l'assurée n'a pratiquement jamais travaillé et qu'elle se plaint depuis pratiquement toujours de douleurs.

Au cours de l'entretien, et comme déjà décrit lors de l'examen rhumato-psychiatrique de 2009 effectué au SMR, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'un stress post-traumatique, car il n'y a pas de flashes ni de cauchemars. Certes, l'assurée a vécu une grande souffrance avec une perte d'enfant, mais cela n'a pas laissé de séquelles traumatiques ayant perturbé sa personnalité depuis lors.

Signalons que cette assurée n'a pratiquement jamais travaillé en Suisse à cause de ses douleurs, qu'elle ne parle pas le français, qu'elle est très mal adaptée en Suisse. Elle voit uniquement sa famille, ses compatriotes et elle part une fois par année au Kosovo en voiture même si elle a beaucoup de douleurs, ce qui est quand même un peu surprenant.

Selon le médecin psychiatre de l'assurée, elle souffre d'un trouble dépressif sévère à caractère mélancoliforme, mais il n'a pas décrit les signes et les symptômes cliniques et lors de l'entretien, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes cliniques d'un état dépressif, mais plutôt d'un état régressif provoqué par une mauvaise adaptation au pays et ceci pratiquement depuis son arrivée en Suisse.

La psychopathologie de l'examen actuel est pratiquement comparable à celle de 2009 effectuée au SMR à Vevey, donc il n'y a aucune péjoration, sauf que cette fois, étant donné l'évolution de la douleur, nous pouvons parler d'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 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.

Concernant les **critères de gravité de Meyer Blaser**, il n'y a pas de véritable comorbidité psychiatrique, je ne peux pas retenir le diagnostic de trouble dépressif sévère, mais plutôt d'un comportement régressif favorisé par les éléments étrangers du point de vue notamment de la mauvaise adaptation au pays. Il y a une cristallisation psychique dans le sens que l'assurée a peu de ressources psychologiques, ce qui est favorisé par la mauvaise adaptation au pays et par l'acculturation. Il n'y a pas d'isolement social, l'assurée est suivie par un psychiatre mais elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Signalons que les *benzodiazépines* sont positives, ainsi que le *Cymbalta* et le *Solian*. Par contre, *l'Efexor* est très largement en dessous de la valeur thérapeutique, ainsi que le *paracétamol*. Ce dernier médicament étant pour les douleurs, il est surprenant qu'elle ne le prenne pas.

Mon examen psychiatrique est pratiquement comparable à celui qui a été effectué en 2009, il n'y a donc pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé, mais plutôt d'un comportement régressif favorisé par des éléments étrangers tels que l'acculturation et une mauvaise adaptation en Suisse et ceci pratiquement depuis son arrivée en Suisse.

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

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu comme limitations en relation avec les troubles constatés :

« Du point de vue physique : l'assurée dit avoir des douleurs un peu partout dans son corps qui l'empêchent de travailler.

Du point de vue psychique : il existe plutôt un comportement régressif et pas vraiment un trouble dépressif, favorisé par des éléments étrangers tels que l'acculturation, les difficultés financières et la mauvaise adaptation en Suisse.

Du point de vue social : aucune limitation. »

Concernant l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, il a exposé :

« Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, le status psychopathologique est comparable à celui réalisé en 2009 et il n'y a donc pas de péjoration sauf que, étant donné l'évolution de la douleur, nous pouvons parler d'un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique puisque le comportement est plutôt régressif, favorisé par des éléments étrangers tels que l'acculturation et la mauvaise adaptation en Suisse. Ceci ne justifie pas l'incapacité de travail de l'assurée qui est

capable de travailler du point de vue psychiatrique en faisant des travaux simples. »

En date du 10 octobre 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a précisé que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dans toute activité, c'est-à-dire dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 30 octobre 2014, le SMR a estimé que les conclusions du rapport du 26 février 2009 restaient inchangées.

Le 10 mars 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision refusant sa demande de rente d'invalidité et l'a informée qu'elle avait droit au placement.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2015, l'assurée a annoncé qu'elle renonçait à l'aide au placement pour le moment.

En date du 12 mai 2015, le mandataire de l'assurée a indiqué qu'il n'avait pas d'objections à formuler contre le projet de décision.

Par décision du 18 mai 2015, l'OAI a refusé la demande de rente de l'assurée, au motif que, si son incapacité de travail était toujours entière dans son activité habituelle de nettoyeuse/manutentionnaire, elle bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles :

« Somatique :

Au niveau du rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux, statique prolongé du tronc, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension ;

Au niveau du membre supérieur droit : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 60 degrés, pas de lever de charges avec le membre supérieur droit de plus de 8 kg.

Psychique : aucune limitation ».

Pour la comparaison des revenus, l'OAI s'est basé sur le salaire de référence découlant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit 4'112 fr par mois en 2012, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise, pour une semaine de travail de quarante heures. Après avoir adapté ce montant à l'horaire de travail usuel en 2014, soit 41,7 heures, et à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7 %), il obtenait un revenu annuel de 51'801 fr. 21. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, il estimait qu'un abattement de 15 % était justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élevait ainsi à 44'031 fr. 03. En comparaison avec le revenu que l'assurée aurait pu réaliser en bonne santé, soit 51'801 fr. en 2013, la perte de gain était de 7'769 fr. 97, correspondant à un degré d'invalidité de 15 %, insuffisant pour donner droit à une rente ou à une mesure de reclassement.

**D.** L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 12 juin 2015, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité ou à la mise en œuvre d'une analyse complète psycho-physique de la part du SMR. Elle a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle a fait valoir qu'elle souffrait depuis plusieurs années de troubles somatoformes douloureux qui rendaient sa capacité de travail nulle dans toute activité et que ses possibilités de trouver un emploi étaient de toute façon très limitées dans la mesure où elle n'avait aucune formation et que ses connaissances du français étaient basiques. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical rédigé le 27 mai 2015 par le Dr B.\_\_\_\_\_, qui exposait ce qui suit :

« Mme Z.\_\_\_\_\_ est suivie au Centre [...] depuis le 5 septembre 2013 par le soussigné. Elle est originaire du Kosovo, ne parle que très peu de français et sa fille l'accompagne aux entretiens. Nous arrivons à communiquer un peu avec elle en italien. Elle a vécu la guerre au Kosovo de façon assez dramatique et aujourd'hui encore ne supporte pas de voir des scènes de guerre à la TV, ou même le bruit des feux d'artifice (le 1<sup>er</sup> août, etc.). La famille (le couple, leur fille, 8 ans, et leur garçon, 4 ans) est arrivée en Suisse en 1998. Au début, ils ont tous été très actifs. La patiente et son mari ont travaillé pour une entreprise de nettoyage après incendies, travail éprouvant et dur. Elle a développé une hernie discale lombaire et en 2002 a été hospitalisée en urgence pour être opérée. C'est à partir

de cette maladie en 2002 que les problèmes dépressifs vont commencer à se manifester. Plus tard, elle a également été victime d'une hernie discale cervicale qui a compliqué le tableau initial. Sa dépression s'aggrave, elle souffre d'épisodes dépressifs sévères réguliers avec comportement régressif. Elle n'arrive plus à tenir ses tâches ménagères et c'est sa fille mariée, sans travail, qui doit s'occuper d'elle la plupart du temps. Elle doit être stimulée pour toutes les activités de la vie quotidienne, même pour manger et faire sa toilette.

Au long des mois de suivi à notre consultation, à raison d'un rendez-vous mensuel au moins, nous constatons la présence durable d'un affaiblissement de la volonté et de la motivation. L'humeur est franchement abaissée. Il existe une grande fatigabilité au moindre effort ainsi qu'un manque d'énergie. Il n'y a plus la capacité d'éprouver toute forme de plaisir et Mme Z. \_\_\_\_\_ a perdu l'intérêt pour ses activités. Il existe une diminution de l'auto-confiance, et les idées de culpabilité par rapport à des faits vécus au Kosovo sont récurrentes. On note l'absence de troubles du cours et du contenu de la pensée, mais le contenu est dominé par une thématique pessimiste avec des convictions fausses par rapport à son pronostic vital. Les idées de suicide sont présentes, mais je n'ai pas pu détecter un projet concret de suicide. Cependant, son manque d'élan et le glissement régressif qu'elle manifeste, avec toute la dépendance que ceci entraîne peuvent être compris comme un équivalent suicidaire.

S'il est vrai qu'elle ne manifeste pas de troubles de la pensée (délires) ou de la perception (illusions ou hallucinations) qui signeraient de façon incontestable la nature psychotique de ses troubles, elle présente néanmoins un état mélancolique comme l'atteste la présence des symptômes spécifiques qui la caractérisent, à savoir :

- un désespoir intense, une véritable douleur morale ;
- une autodépréciation importante : la patiente perd l'estime d'elle-même, elle est persuadée de n'être plus bonne à rien, de ne servir à rien, de n'avoir jamais rien réussi de valable, d'avoir gâché sa vie ;
- un fort ralentissement général : fatigue, démotivation, etc. La patiente n'a plus la force d'initier quoi que ce soit. Elle ne sort plus de chez elle ;
- un risque suicidaire élevé.

Les malades mélancoliques se sentent découragés, l'élan vital a disparu. Petit à petit, ils ne s'investissent plus dans la vie sociale et professionnelle.

C'est ainsi que, dans le cas de Mme Z. \_\_\_\_\_, il existe une distorsion de la perception de la réalité telle que nous pouvons ainsi utiliser le diagnostic de la CIM-10 de l'OMS de dépression récurrente sévère avec symptômes psychotiques (même en absence de francs troubles de la pensée - délires - ou de la perception - illusions ou hallucinations).

Pour mesurer l'intensité de sa dépression, nous avons utilisé, le 19 mai 2015, des échelles avec les résultats suivants :  
Echelle de dépression de Hamilton (17 items) : 32 points (dépression significative) ;

Echelle Montgomery and Asberg Depression Rating Scale : 42 points (dépression sévère) ;  
Beck Depression Inventory : 30 points (dépression sévère à partir de 16 points).

Le même jour, nous avons estimé son fonctionnement par l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) - axe V du DSM-IV-TR comme se situant entre 40 et 31 points, ce qui correspond à l'existence d'une certaine altération du sens de la réalité et de la communication, une déficience majeure dans plusieurs domaines (travail, relations familiales, de l'humeur) et une négligence vis-à-vis de sa famille.

Par rapport aux faibles taux de venlafaxine trouvés dans le sang de la patiente, il faut dire que nous étions en train de faire la substitution progressive de la venlafaxine par la duloxetine quand l'expert a demandé de faire le dosage de ces antidépresseurs. Donc, malgré qu'à ce moment il y avait encore un faible dosage de venlafaxine, son traitement principal était déjà la duloxetine qui était bien dosée, ainsi que l'amisulpride. Il faut donc reconnaître qu'elle suivait correctement notre prescription.

En conclusion, nous confirmons notre diagnostic de trouble dépressif récurrent, état dépressif sévère avec symptômes psychotiques existant depuis au moins 2005. Son incapacité de travail actuelle est totale tant dans son activité habituelle que dans une activité théoriquement adaptée. Le pronostic est très mauvais et il faudra un investissement thérapeutique important pour réduire sa symptomatologie psychiatrique, ce qui est rendu particulièrement ardu par les difficultés de communication en raison de sa langue. »

Par ordonnance du 1<sup>er</sup> juillet 2015, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 24 août 2015. Il a exposé que le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux ressortait, d'une part, du rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel connaissait le point de vue du Dr B.\_\_\_\_\_, et était, d'autre part, confirmé par le fait que l'assurée ne prenait pas ses antidouleurs, comme établi par le dosage plasmatique réalisé par l'expert. L'OAI a relevé que l'assurée était entourée de sa famille, que sa vie sociale n'avait pas changé depuis la période où elle travaillait et qu'elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique. Il estimait donc être en présence d'un faisceau d'indices suffisant pour nier le caractère invalidant du trouble somatoforme, en application de la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral à ce sujet.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

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

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité est inférieur à 40 %. Cette contestation s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande AI, qui a

fait suite à la décision de refus de prestations de l'OAI du 9 novembre 2009, confirmée sur recours par le Tribunal cantonal et le Tribunal fédéral.

**3.** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

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

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

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Il 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 et réf. cit.; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**c)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

**5. a)** Il convient à présent d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé de la recourante, avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 9 novembre 2009, confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2011 et par le Tribunal fédéral en date du 11 novembre 2011. Elle constitue en effet la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. supra consid. 3).

En l'occurrence, dans ses écritures, l'assurée invoque qu'elle souffre d'un trouble somatoforme douloureux incapacitant. Le diagnostic de trouble somatoforme a été posé pour la première fois par la Dresse K.\_\_\_\_\_ et le Dr X.\_\_\_\_\_ dans leur rapport médical du 3 décembre 2013, puis confirmé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 27 août 2014.

**b)** Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé 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 (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49). Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ a été réalisée et la décision litigieuse rendue, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8)

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb infra). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**aa)** Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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 (cf. 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

**bb)** 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 (cf. 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**cc)** Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises 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. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (cf. ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

**c)** En l'occurrence, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique (F45), non incapacitant, sur la base des critères antérieurs à l'ATF 141 V 281. Il convient donc d'apprécier si son analyse satisfait aux nouvelles exigences jurisprudentielles, applicables sur le plan du droit intertemporel.

Le diagnostic est posé sur la base de la CIM-10, donc sur un système de classification médicale reconnu. Ce diagnostic n'est cependant guère étayé : l'expert évoque une psychopathologie pratiquement comparable à celle ressortant de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR en 2009, retient en conséquence l'absence de péjoration tout en observant, sans autre précision ou développement, que l'évolution de la douleur depuis le précédent examen permet de « parler d'un trouble somatoforme ». Il rappelle ensuite les critères ressortant de la CIM-10 cependant sans les corrélérer avec son examen clinique. Le degré de gravité fonctionnel n'est pas discuté. L'expertise ne contient pas d'indications quant à la présence d'indices d'une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée, résume les résultats des analyses relatives aux médicaments prescrits sans cependant les discuter exhaustivement alors qu'il est constaté que l'Efexor et le paracétamol sont très largement en dessous des valeurs thérapeutiques, ce qui pose la question inhérente de la mise à profit, voire de la négligence des traitements prescrits. A cela s'ajoute que l'expert ignorait l'existence d'une adaptation du traitement, comme cela ressort du rapport du médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, du 27 mai 2015.

L'expertise ne comporte de surcroît aucune analyse détaillée consacrée spécifiquement au développement et à la structure de la personnalité de l'assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2), l'expert excluant simplement sur la base de l'anamnèse une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité durant l'enfance ou l'adolescence, tout comme une perturbation de la personnalité en relation avec la souffrance consécutive à la perte de son enfant. Il ne s'est pas non plus exprimé sur la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel et les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie. Il a seulement relevé surprenant le voyage annuel en voiture de la recourante au Kosovo en dépit de ses douleurs, élément qui par ailleurs contredit en partie la rubrique « Statut clinique », laquelle mentionne uniquement des vacances au Kosovo durant l'été 2013.

S'agissant de la comorbidité psychiatrique, l'expert n'aura pas pu se déterminer exhaustivement sur le diagnostic différent posé par le Dr B. \_\_\_\_\_ puisque le rapport détaillé de celui-ci date du 27 mai 2015, étant précisé qu'il peut être pris en compte car il se réfère à la situation de fait antérieure à la décision. L'assurée présente en outre des atteintes ostéoarticulaires, naturellement propres à entraîner des douleurs, sans que l'on ne discerne sur la base de l'expertise litigieuse, si les douleurs alléguées sont objectivées ou non, respectivement si elles sont exagérées. On ignore également ce qu'il en est des éventuels autres traitements préconisés pour le traitement de ces douleurs, sous réserve de la prescription de paracétamol. En outre, l'interaction entre les atteintes ostéoarticulaires et le trouble somatoforme n'est pas abordée. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de réunir sous un seul indicateur les anciens critères de la « comorbidité psychiatrique » et des « affections corporelles concomitantes » et, cela étant, de procéder à une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Enfin, il manque également l'évaluation des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, force est de constater que l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles définies par le Tribunal fédéral. Dès lors, faute d'un caractère probant (cf. consid. 4c), elle ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'état de santé psychique de la recourante.

**6. a)** 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 (cf. art 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Plus particulièrement une nouvelle expertise psychiatrique est nécessaire afin que la pertinence du diagnostic

de trouble somatoforme douloureux ainsi que l'éventuel caractère invalidant de cette atteinte puissent être examinés au regard des nouveaux principes applicables en la matière (cf. ATF 141 V 281 et consid. 3c supra). Cette expertise ne pourra être effectuée qu'après interpellation des médecins traitants sur l'évolution des atteintes ostéoarticulaires et du suivi de leur traitement. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, puisque celle-ci a agi sans l'aide d'un mandataire professionnel.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 18 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- 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 :

- Mme Z. \_\_\_\_\_,
- 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 :