

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 avril 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Rossier et M. Küng, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maurizio Locciola, avocat
à Genève,

et

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

Art. 6ss, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. a) D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], serbe d'origine, a travaillé dans le secteur de la restauration. Elle a ensuite occupé un poste d'ouvrière dans une usine, puis a repris une activité de serveuse. Licenciée pour le 30 août 1997, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} septembre 1997.

Le 25 février 1999, l'assurée a été victime d'une chute sur le verglas, ce qui a entraîné des ecchymoses sur le bas du dos et un lumbago intense. L'incapacité de travail a été totale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a garanti les suites immédiates de l'événement.

L'assurée a séjourné à la Clinique de Réadaptation de [...] du 28 juillet au 8 septembre 1999. Dans leur rapport de sortie du 21 septembre 1999, les Drs W. _____, médecin-assistant, et X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont relevé qu'à l'entrée dans l'institution, la patiente présentait une humeur dysphorique et insistait beaucoup sur ses douleurs, lesquelles, alliées à un manque de coopération, rendaient l'examen difficile. Ces médecins ont retenu, sur le plan diagnostique, un syndrome douloureux myofascial de la nuque et de la ceinture scapulaire ainsi que de la ceinture pelvienne, avec une tendance marquée à la généralisation. Du point de vue psychosomatique, la patiente souffrait d'un trouble de l'adaptation de type dépression réactionnelle prolongée. Les facteurs psychosociaux avaient joué et continuaient à jouer un rôle très important dans le développement de toute la symptomatologie et son passage à la chronicité. Malgré la mise en place d'un traitement de Saroten®, remplacé par du Surmontil®, il n'avait été jusqu'à présent observé qu'une légère amélioration de l'humeur. Aucune amélioration significative des douleurs et de la capacité de charge n'avait pu être obtenue durant le séjour. Il y avait tout lieu de penser que la stabilisation des troubles psychiques s'accompagnerait aussi d'une amélioration des symptômes somatiques. Conformément à la décision de

la psychiatre conciliaire, l'intéressée était, pour le moment, totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques.

Le 31 janvier 2000, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'évolution du cas de l'assurée avait continué à être défavorable et qu'elle avait fait une nouvelle chute dans les escaliers le 23 novembre 1999, entraînant des contusions et ecchymoses au niveau de la cuisse et du coude droits. Pour ce médecin, les douleurs subjectives revêtaient une importance en discordance flagrante avec les séquelles des accidents, à l'origine banales, et qu'elles s'étaient étendues à des parties du corps non concernées initialement. L'examen clinique était dominé par une discordance importante entre les plaintes subjectives et leur corrélat morphologique.

Par décision du 2 février 2000, la CNA a mis fin, le jour même, au versement de ses prestations. Cette décision est entrée en force.

b) Le 4 avril 2001, l'assurée a déposé une première demande de rente de l'assurance-invalidité (AI).

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assurée a été examinée par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert a établi un rapport le 4 juillet 2003 au terme duquel les diagnostics suivants ont été posés :

“DIAGNOSTIC SELON LE DSM IV

Axe I	trouble dysthymique trouble somatoforme indifférencié
Axe II	comportement passif - agressif
Axe III	cf spécialiste concerné (s'agissant de la pathologie somatique, cet axe est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre)
Axe IV	problème socio-professionnel ?; autre raison qui sortirait du champ médical?”

A l'occasion de son examen, le Dr P._____ a constaté que le tableau clinique semblait superposable à celui décrit dans les différents rapports au dossier, en ce sens que ressortaient des discordances entre

les plaintes de l'expertisée et les constatations objectives. Il évoquait également un trouble somatoforme indifférencié avec, probablement, majoration volontaire des symptômes, notant en outre que durant l'expertise, l'assurée avait eu un comportement de type passif-agressif. Ce spécialiste était d'avis que la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était de 70% dans toute activité adaptée à la motivation de l'expertisée, à ses qualifications professionnelles et à ses éventuelles limitations somatiques objectives.

Par décision sur opposition du 26 avril 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assurée, en estimant que consécutivement aux deux accidents survenus en 1999 qui n'avaient laissé aucune séquelle, l'intéressée disposait d'une capacité de travail d'un point de vue psychiatrique de plus de 70% dans toute activité adaptée à sa motivation et à ses qualifications professionnelles. Selon les pièces au dossier, l'atteinte que l'assurée présentait réduisait au maximum de 30% sa capacité de travail. Ce dernier taux n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) A la suite du recours déposé le 27 mai 2005 par l'assurée contre cette décision, le Tribunal des assurances (TASS) a ordonné et confié la réalisation d'une expertise rhumatologique au Dr B._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 16 novembre 2006, cet expert a posé le diagnostic de douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux persistant et de discopathies discrètes du rachis lombaire. Il a noté que l'examen clinique était difficile à interpréter, marqué principalement par des signes de surcharge comportementaux, alliant exagération de la réponse verbale, opposition active et mouvements de contre-pulsions non reproductibles en fonction du degré d'attention et du fait que son sujet était observé ou non. Il n'a constaté aucune limitation fonctionnelle objectivable; il n'y avait ni arthrite, ni synovite, ni amyotrophie, ni troubles neuroradiculaires reproductibles au-delà d'une hypoesthésie hémicorporelle droite sans respect radiculaire. Pour l'expert B._____, ni le status, ni les examens

paracliniques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés, leurs localisations, leur intensité et leur retentissement sur le fonctionnement actuel de l'expertisée. Il a dès lors estimé que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de la recourante était entière dans n'importe quel domaine d'activité.

Par jugement du 15 janvier 2007 (cause AI 114/05 — 25/2007), le TASS a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition du 26 avril 2005, en considérant en substance qu'au plan somatique, il convenait de se référer au rapport d'expertise du Dr B._____, retenant ainsi une capacité de travail entière dans n'importe quel domaine. Au plan psychiatrique, il s'est référé au rapport du Dr P._____, retenant que l'intéressée présentait une capacité de travail de 70% au moins dans toute activité. L'incapacité de travail étant de 30%, et n'atteignant donc pas le taux de 40%, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Ce jugement n'a pas été contesté.

B. a) Le 17 octobre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, en précisant quant au genre de l'atteinte « cervicales + problème psychique + fibromyalgie », depuis le 25 février 1999.

Sur invitation de l'Office AI, l'assurée a produit le 10 janvier 2008 un rapport d'un spécialiste en neurologie et psychiatrie, posant le diagnostic de dépression (F32.3), ainsi qu'un certificat du Dr K._____, spécialiste en neurologie, du 9 novembre 2007, qui après avoir examiné la patiente à deux reprises les 22 novembre 2001 et 7 septembre 2007, attestait une aggravation de son état de santé entre les deux consultations, avec notamment l'augmentation du syndrome douloureux.

Dans un courrier du 21 janvier 2008, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales avec claudication neurogène sur canal

lombaire dégénératif. Ce médecin se prononçait également dans le sens d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée.

Dans le cadre de l'expertise mandatée par l'OAI, l'assurée a été conviée auprès du Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) à [...] les 4 et 8 avril 2008. Elle a été examinée par le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, et par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces experts ont établi leur rapport le 15 août 2008. Ils ont posé les diagnostics suivants :

“4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

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 chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer assimilable à une fibromyalgie
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999.
- Dysthymie (F34.1) depuis 1999.
- Personnalité passive et agressive (F60.8) de début indéterminé.”

Les experts du CEMed se sont exprimés en ces termes sous la rubrique « synthèse et discussion » de leur rapport :

“Madame D._____ est une assurée serbe de 41 ans, mariée et mère d'une fille de 7 ans. Elle n'a pas travaillé dans son pays et est arrivée en Suisse en 1988. Elle a suivi l'école jusqu'à 19 ans et est diplômée comme technicienne sur machine. En Suisse elle a travaillé la plupart du temps dans la restauration et durant une année en usine. Le mari est au bénéfice d'une rente AI depuis deux ans.

Elle a été victime peu avant la fin des prestations du chômage en février 1999 d'un accident banal qui a été suivi de douleurs multiples persistantes du rachis et des ceintures, évocatrices de fibromyalgie, associées à un trouble de l'humeur.

En 2003, une expertise psychiatrique du Dr P._____ a conclu à un trouble dysthymique avec trouble somatoforme indifférencié chez une patiente au comportement passif-agressif. La capacité de travail a été estimée de plus de 70%.

En 2006, une expertise rhumatologique, faite à la demande du Tribunal Cantonal des Assurances par le Dr B._____, conclut à un syndrome douloureux persistant ubiquitaire et à des discopathies discrètes du rachis lombaire, permettant de retenir une capacité de travail complète dans toutes activités.

Une aggravation de l'état de santé est attestée par le Dr Q. _____ sous la forme de lombosciatalgies bilatérales avec claudication neurogène sur canal lombaire dégénératif, diagnostic peu étayé, sans qu'il ne soit fait mention d'une aggravation au niveau psychiatrique.

L'assurée a été examinée récemment (janvier 2008) dans son pays par le Prof. V. _____. Ce dernier concluait à un diagnostic de dépression (F32.3) ce qui correspond selon la CIM-10 à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

L'examen des pièces antérieures montre que lors du séjour à la Clinique de [...] en 1999 les médecins avaient posé un diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Le Dr F. _____ de la SUVA notait en janvier 2001 que les douleurs subjectives avaient gagné en importance et en extension avec une discordance flagrante avec les accidents. Le Dr L. _____ retenait quelques mois plus tard les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1), le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été repris par le Dr K. _____ en 2007.

L'assurée est suivie par la Dresse G. _____ (psychiatre) depuis 5 ans. Le dossier médical en notre possession ne contient pas de rapports médicaux de ce médecin à l'attention de l'Al. De notre entretien téléphonique avec la Doctoresse G. _____ il ressort que le suivi est assez irrégulier, que les entretiens se font en allemand, que l'assurée n'a pas de demande précise mais qu'elle reconnaît que cela lui fait du bien de pouvoir s'exprimer.

L'assurée présente avant tout un trouble de la personnalité et une dysthymie. Les difficultés d'intégration professionnelle représentent le problème principal. La psychiatre estime que la capacité de travail est diminuée de 20-30%.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique Mme D. _____ se plaint de douleurs multiples et variées à la suite d'un accident qui peut être qualifié de banal. Cette symptomatologie douloureuse touche plus volontiers le squelette axial et les ceintures, tendent à s'étendre et toucher les parties du corps indemnes lors de l'accident, créant ainsi une impotence fonctionnelle importante et menant à une invalidité quasi permanente.

Les investigations ne mettent en évidence aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer ce tableau et l'examen clinique est surtout caractérisé par une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives.

Nous n'avons notamment aucune anamnèse ni signe objectif suggestif d'une claudication neurogène.

Nous rejoignons ainsi le Dr B. _____ au niveau de l'examen et des conclusions.

En conclusion, il s'agit d'une femme qui présente un syndrome douloureux chronique pouvant être assimilé à une fibromyalgie démonstrative comme en témoignent les nombreux trigger points et l'infiltration douloureuse des téguments. Il existe incontestablement une dissociation entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit.

Il n'y a aucune justification à une incapacité prolongée de travail.

Sur le plan psychique Mme D. _____ rapporte essentiellement des perturbations du sommeil, des pleurs fréquents, une diminution de l'envie de vivre, des troubles cognitifs, un ralentissement

psychomoteur, des ruminations focalisées sur les douleurs, une anxiété augmentée pour les douleurs, une difficulté à se détendre avec une tension psychique permanente, une irritabilité, une augmentation de la réactivité émotionnelle, une fatigue sévère fluctuant selon l'intensité des douleurs ce qui est aussi le cas de la tristesse, des sentiments de dévalorisation en lien avec les douleurs, une baisse de confiance en soi, une augmentation de l'appétit et une diminution de la libido, et l'assurée n'a plus de rapports sexuels en raison de ses douleurs. Les douleurs sont diffuses, permanentes et sévères. Elles sont diminuées par les divers traitements. Elles sont décrites comme invalidantes dans la vie de tous les jours.

A l'examen clinique on observe essentiellement une tristesse légère, une certaine restriction du champ de la pensée autour des douleurs, une plus forte réactivité émotionnelle, une difficulté à avoir un contact visuel avec l'examineur, une attitude extrêmement plaintive, une importante tendance à la digression et de fréquentes réponses à côté. On n'observe pas de comportement algique, la pensée n'est pas organisée sur un mode opératoire, les fonctions cognitives sont conservées, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue et l'humeur est légèrement abaissée.

Globalement les plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives et l'absence de comportement algique contraste avec les douleurs alléguées.

Le monitoring thérapeutique montre une absence de compliance au traitement antalgique et antidépresseur. Cette appréciation doit être nuancée par le fait que l'assurée prend le Tramal en réserve et le Voltarène en alternance avec le Ponstan ce dernier n'ayant pas fait l'objet d'un dosage plasmatique. A noter que lors de l'expertise chez le Dr P. _____ les examens complémentaires montraient une absence de compliance au paracétamol et au tramadol et une compliance partielle à la trimipramine.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ceci repose essentiellement sur la base d'un comportement histrionique aussi décrit lors de l'examen somatique et la nette discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, l'assurée n'ayant absolument pas de comportement algique durant l'entretien. De plus l'assurée peut se montrer opposante lors de l'examen clinique avec un comportement algique qui fluctue à l'examen somatique. Elle ne convainc pas non plus l'examineur sur la sévérité des douleurs. Ce tableau clinique peut s'intégrer dans le cadre d'un licenciement et ensuite par la perspective d'arriver en fin de droit pour les prestations du chômage. Le fait que ses liens affectifs se trouvent en Suisse romande alors qu'elle maîtrise mal le français contribue à une évolution chronique de ce trouble.

Dans son rapport d'expertise, le Dr P. _____ avait retenu un diagnostic de syndrome douloureux indifférencié. Il n'avait pas non plus exclu une majoration des symptômes dans ce contexte. L'assurée rapporte des plaintes somatiques multiples lors de la présente évaluation, mais ces plaintes concernent toutes les douleurs. Pour cette raison, actuellement le diagnostic différentiel doit se faire avec un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) plutôt qu'avec un syndrome somatoforme indifférencié (F45.1). On retrouve bel et bien des douleurs persistantes, intenses et permanentes, en revanche l'absence de compliance au traitement antalgique alors que l'assurée décrit une atténuation des douleurs

avec ce traitement nous laisse encore plus dubitatif sur l'importance des douleurs alléguées et leur retentissement au quotidien.

Nous faisons également la même constatation que le Dr P. _____ concernant la forte suggestibilité lors de l'anamnèse orientée, avec des réponses positives très fréquentes, ne concordant souvent pas avec l'observation clinique ce qui est un comportement histrionique. L'assurée présente également une dysthymie (F34.1). Cela s'intègre dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, avec une réaction dépressive prolongée. L'anamnèse n'a pas pu mettre en évidence d'épisodes dépressifs plus marqués. Il apparaît d'après le dossier médical qu'elle a présenté un tel épisode en 2000, lors de son évaluation au Service de Psychiatrie Ambulatoire. Toutefois, à la lecture de ce rapport, on ne retrouve pas sous la rubrique examen clinique, les éléments parlant en faveur d'un diagnostic attestant d'une sévérité de l'épisode dépressif.

L'assurée présente des traits histrioniques et passifs-agressifs (F60.8), durant tout l'entretien, on note que la collaboration est moyenne et que l'assurée a constamment les yeux fermés ou mi-clos, établissant peu le contact avec l'examineur sans qu'il semble qu'il y ait d'autres éléments pour l'expliquer, alors qu'en revanche, elle se montre tout à fait à l'aise dans son discours.

Il n'y a aucun élément en faveur d'une aggravation de son état psychique.

L'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle, la capacité de travail est donc complète. On peut s'attendre à un absentéisme ce qui correspond à une diminution de rendement de 20%. Il n'y a pas lieu d'adapter son poste de travail. A notre avis les limitations sont principalement liées à [des] difficultés d'intégration professionnelle en lien avec une faible maîtrise du français.

Nous pensons que l'assurée n'a aucune motivation pour une reprise d'activité professionnelle.

En conclusion, en l'absence d'affection psychiatrique sévère, l'assurée peut travailler 8 heures par jour. On peut s'attendre à un absentéisme, ce qui diminue son rendement de 20%. Cet absentéisme prévisible est plutôt en lien avec sa personnalité passive-agressive et donc pas susceptible d'amélioration avec une prise régulière de son traitement psychotrope.

Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique: aucune

Sur le plan psychique et mental: aucune

Sur le plan social: Limitations en lien avec une mauvaise maîtrise du français ce qui limite son intégration sociale.

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

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

Pas d'influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Complète.

Les fonctions cognitives sont préservées, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. L'absence de motivation en vue d'une reprise de travail s'inscrit dans le cadre d'une personnalité passive-agressive qui se montre souvent opposante et peu collaborante.

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? Sur le plan somatique, non

Sur le plan psychique, de 20% en lien avec un absentéisme prévisible.

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

20% au moins?

Sur le plan somatique, sans objet.

Sur le plan psychique, depuis 1999 en lien avec une diminution de rendement. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan somatique, est resté stable.

Sur le plan psychique, persistance d'une diminution de rendement de 20%.

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

L'assurée a des difficultés d'adaptation professionnelle en lien avec une attitude oppositionnelle.

C. Influences sur la réadaptation 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

Si non, pour quelles raisons?

De telles mesures ne sont pas indiquées.

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

La prise régulière du traitement devrait avoir un effet sur la perception des douleurs. Toutefois ces dernières n'ont pas un caractère invalidant. La personnalité passive-agressive est peu susceptible d'amélioration. L'assurée est prise dans un processus de revendication ce qui rend difficile toute remise en question actuellement.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e)?

Oui, mais pas nécessaire."

Le 16 octobre 2008, le Dr C. _____ a encore précisé au Dr H. _____, du Service Médical régional (SMR) de l'AI, que la diminution de rendement de l'assurée était liée à sa personnalité passive et agressive et que cela était responsable d'un absentéisme prévisible. Il n'était pas possible d'exiger un effort de volonté sur cet aspect car il était directement en lien avec le trouble de la personnalité, précisant que ce diagnostic aurait dû figurer sous la rubrique 4.1.

Dans un avis médical du 6 novembre 2008, le Dr H._____ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale du CEMed, en retenant une baisse de rendement de 20% dans toute activité depuis 1999 secondaire à la personnalité passive-agressive de l'assurée, sa capacité de travail étant entière avec une baisse de rendement de 20% sans aucune amélioration de l'état de santé depuis le jugement de janvier 2005 (recte: 2007), l'état de santé ne s'étant pas aggravé depuis la dernière décision AI.

Par courrier du 29 octobre 2009, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a indiqué à l'OAI que sa patiente l'avait consultée en raison d'une aggravation de ses symptômes le 22 octobre 2009, en précisant qu'une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] était prévue prochainement pour le sevrage d'une grande consommation d'analgésique et l'introduction d'une thérapie antidépressive efficace, l'assurée étant actuellement inapte au travail à 100%.

Le 17 novembre 2009, le Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin traitant, a demandé une réévaluation du cas de sa patiente, en expliquant que son état s'était péjoré. Il a joint une copie du courrier de la Dresse G._____ du 29 octobre 2009, un rapport d'IRM cérébrale du 13 novembre 2008 constatant l'absence de lésion significative de la substance blanche, l'absence de lésion vasculaire cérébrale et l'absence d'argument en faveur d'une lésion focale cérébrale, et plusieurs courriers du Dr K._____. Selon celui du 21 octobre 2009, il convenait de réaliser, idéalement en milieu psychiatrique, un sevrage de tous les antalgiques en maintenant un traitement antidépresseur. Dans son courrier du 17 décembre 2008, le Dr K._____ constatait que l'IRM cérébrale du 13 novembre 2008 était normale et qu'il suspectait des céphalées sur abus médicamenteux se surajoutant à la céphalée primaire. Dans son courrier du 22 octobre 2008, il indiquait qu'il allait demander une IRM cérébrale, la patiente se plaignant d'une aggravation des céphalées, et observait que l'examen neurologique était inchangé et qu'il n'y avait notamment pas de signe d'hypertension intracrânienne au fond

d'œil. Le Dr M._____ a en outre joint un rapport du Dr J._____, médecin à la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), du 25 octobre 2009, selon lequel le traitement n'était pas modifié, vu le projet de futur sevrage médicamenteux hospitalisé.

Par avis médical du 14 janvier 2010, le Dr H._____ du SMR a constaté que les pièces versées au dossier le 17 novembre 2009 ne faisaient pas état de fait médical nouveau, si bien que la capacité de travail exigible restait inchangée.

Le 18 mars 2010, l'assurée a indiqué avoir été hospitalisée du 16 février au 3 mars 2010 à [...]. Alléguant une péjoration de son état de santé justifiant une réévaluation de sa situation par l'autorité administrative en ce sens qu'une rente lui soit allouée, elle a produit les pièces suivantes:

- un rapport de la Dresse G._____ du 7 juin 2010, qui a posé les diagnostics de troubles de l'humeur persistant (F34), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité, personnalité émotionnellement labile (F60.3). La Dresse G._____ notait que consécutivement à son hospitalisation du 16 février au 3 mars 2010 à [...], sa patiente parvenait mieux à exprimer des sentiments de colère et semblait plus ouverte à une prise en charge en psychothérapie. Selon la Dresse G._____, l'incapacité de travail restait entière pour une durée indéterminée ;

- un rapport du Dr K._____ du 2 juin 2010 à teneur duquel la patiente décrivait toujours d'importantes douleurs prédominant au bras gauche, avec le constat qu'il y avait peu de nouvelles possibilités thérapeutiques à proposer ;

- un rapport d'hospitalisation du 9 mars 2010 de la Dresse S._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...], dont il ressort que l'hospitalisation de l'assurée dans cet hôpital du 16 février au 3 mars 2010 l'avait été sur un mode volontaire en raison d'une adaptation thérapeutique, observation et

mise à l'abri des idées suicidaires. Les diagnostics posés étaient ceux d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

L'OAI a, par décision du 8 septembre 2010, confirmé son projet de refus de prestations du 19 janvier 2010. Ses constatations étaient les suivantes :

- “• Le 17.10.2007, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.
- Suite au jugement du Tribunal cantonal des Assurances du 15.01.2007, notre refus du droit à une rente du 26.04.2005 a été confirmé.
- Le jugement précité du TCA suivait l'avis du Dr P. _____ qui dans son expertise du 4.7.2003 vous reconnaissait une capacité de travail de 70% au moins dans n'importe quelle activité.
- Vous nous avez fournis en janvier 2008 des pièces médicales qui attestaient d'une aggravation de votre état de santé.
- Après un complément d'instruction demandé par le Service médical régional de l'AI sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au COMAI, il s'avère que votre état de santé ne s'est pas aggravé depuis l'époque du premier refus.
- En effet ce centre d'expertise vous reconnaît le 15.08.2008 une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20% depuis 1999.
- Nous retenons donc toujours une incapacité de travail et de gain de 30% que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas susceptibles d'améliorer de manière notable.”

Par courrier du même jour, l'OAI a précisé notamment que le trouble somatoforme douloureux et le trouble dysthymique avaient déjà été retenus par le Dr P. _____ dans son expertise de 2003, le rapport du CEMed de 2008 retenant également le syndrome douloureux chronique. Le trouble de l'humeur chronique avait été pris en compte par les experts dans le diagnostic de dysthymie F34.1 en précisant qu'il existait depuis 1999. Le trouble de la personnalité était qualifié de passif et agressif de début indéterminé. Il n'y avait donc pas d'aggravation des problèmes de santé postérieure à l'expertise du COMAI d'août 2008.

b) Le 12 octobre 2010, l'assurée a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales (CASSO) du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière et subsidiairement à son annulation et au renvoi

du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé en lien avec son hospitalisation à [...] du 2 février au 3 mars 2010 (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique décrit durant ledit séjour), l'intéressée a produit également des rapports médicaux de ses médecins (Drs G._____, K._____ et M._____).

Par arrêt du 25 septembre 2012 (CASSO AI 349/10 - 330/2012), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision de refus de prestations rendue le 8 septembre 2010. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"[...]6. a) Au plan neurologique, les médecins de la Clinique de Réadaptation de [...] ont constaté que l'examen neurologique était normal (cf. rapport médical du 21 septembre 1999). Dans la mesure où sa patiente se plaignait d'une aggravation des céphalées, alors même que l'examen neurologique était inchangé et qu'il n'y avait notamment pas de signe d'hypertension intracrânienne au fond de l'œil, le Dr K._____, neurologue traitant, a demandé une IRM cérébrale (cf. courrier du Dr K._____ du 22 octobre 2008). Selon le rapport d'IRM cérébrale du 13 novembre 2008, il n'y avait pas de lésion significative de la substance blanche, ni de lésion vasculaire cérébrale, ni d'argument en faveur d'une lésion focale cérébrale. Le Dr K._____ a ainsi confirmé la normalité de l'IRM cérébrale pratiquée le 13 novembre 2008 dans son courrier du 17 décembre 2008. A cette occasion, il a également relevé qu'il suspectait des céphalées sur abus médicamenteux se surajoutant aux céphalées primaires. Dans son rapport médical du 21 octobre 2009, il a du reste proposé un sevrage de tous les antalgiques. Le Dr K._____ a par ailleurs observé que sa patiente décrivait d'importantes douleurs prédominantes au bras gauche (rapport médical du 2 juin 2010). Or, ainsi qu'on le verra ci-après (cf. consid. 6c infra), les expertises ont mis en évidence que ces douleurs s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux.

Les constatations du Dr K._____ ne sont au demeurant pas nouvelles: déjà dans leur rapport de sortie du 21 septembre 1999, les médecins de la Clinique de Réadaptation de [...] relevaient un trouble de la sensibilité touchant le bras gauche, lequel ne répondait à aucune atteinte neurologique et était très probablement d'origine douloureuse. Les constatations du Dr K._____ sont également superposables à celles des experts du CEMed, qui ont également relevé que la recourante se plaignait de présenter des céphalées.

Finalement, le Dr K._____ ne s'est jamais prononcé sur la capacité de travail de sa patiente au plan neurologique, sinon dans ses rapports médicaux des 15 octobre 2010 et 26 novembre 2010, postérieurs à la décision attaquée et produits par la recourante en instance de recours. Ce médecin a alors estimé que

l'incapacité de travail était totale, sans motiver son appréciation. Si le Dr K._____ se défend dans son rapport médical du 15 octobre 2010 d'avoir écrit que la situation était stationnaire, il ne fait pour autant pas état d'une péjoration.

Il convient enfin de constater, avec le Dr H._____ (cf. avis médical du SMR du 14 janvier 2010), que le sevrage médicamenteux proposé par le Dr K._____ ne constitue effectivement pas une source d'empêchements durables de la recourante à l'intégration au monde de l'économie, et que celle-ci ne présente dès lors pas au plan neurologique d'aggravation de son état de santé propre à modifier son droit éventuel à des prestations de l'Al.

b) En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, le Dr B._____, qui avait fonctionné en qualité d'expert judiciaire dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations de la recourante, avait posé dans son rapport d'expertise du 16 novembre 2006 le diagnostic de douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux persistant et de discopathies discrètes du rachis lombaire. Il avait noté que l'examen clinique était difficile à interpréter, marqué principalement par des signes de surcharge comportementaux, alliant exagération de la réponse verbale, opposition active et mouvements de contre-pulsions non reproductibles en fonction de son degré d'attention et du fait qu'elle était observée ou non. Il n'avait constaté aucune limitation fonctionnelle objectivable; il n'y avait ni arthrite, ni synovite, ni amyotrophie, ni troubles neuroradiculaires reproductibles au-delà d'une hypoesthésie hémicorporelle droite sans respect radiculaire. Pour l'expert B._____, ni le status, ni les examens paracliniques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, leurs localisations, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement actuel. Il avait estimé que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de la recourante était entière dans n'importe quel domaine d'activité. Le Tribunal des assurances avait jugé qu'il convenait de se référer au rapport d'expertise du Dr B._____ et avait ainsi retenu une capacité de travail entière dans n'importe quel domaine.

La Dresse Q._____ ayant attesté une péjoration de l'état de santé de la recourante et diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales avec claudication sur canal lombaire dégénératif, cette dernière a été soumise à un examen pluridisciplinaire, comportant notamment un examen somatique. Sur ce plan, le Dr Z._____ a relevé que la recourante se plaignait de douleurs multiples et variées à la suite d'un accident pouvant être qualifié de banal. Or les investigations ne mettaient en évidence aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer ce tableau, l'examen clinique étant surtout caractérisé par une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, en relevant qu'il n'avait notamment aucune anamnèse ni signe objectif suggestif d'une claudication neurogène. Pour ce spécialiste, il existait incontestablement une dissociation importante entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit. Pour lui, comme pour le Dr B._____, il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail prolongée.

Il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed: celle-ci repose en effet sur une connaissance approfondie du dossier de la recourante, sur des examens complets de cette dernière, dont les plaintes ont au demeurant été prises en compte, et est exempte de contradictions. Certes le Dr M. _____ a écrit à l'avocat de la recourante le 6 décembre 2010 que celle-ci faisait état notamment d'une péjoration au niveau physique et estimait que la situation ne s'était de loin pas améliorée depuis son séjour à [...]. Le médecin traitant n'a pourtant pas fait état de sa propre appréciation, mais s'est limité à reprendre les déclarations de sa patiente. L'avis du Dr M. _____ n'est donc pas propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise du CEMed.

Dans ces circonstances, il convient de constater que la recourante ne présente pas d'aggravation de son incapacité de travail au plan somatique.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr P. _____ avait diagnostiqué dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2003 un trouble dysthymique et un trouble somatoforme indifférencié sur l'axe I, et, sur l'axe II, un comportement passif-agressif. Dans le cadre de son examen, il avait constaté que le tableau clinique semblait superposable à celui décrit dans les différents rapports au dossier, en ce sens que ressortaient des discordances entre les plaintes de l'expertisée et les constatations objectives. Il évoquait également un trouble somatoforme indifférencié avec, probablement, majoration volontaire des symptômes, notant en outre que durant l'expertise, la recourante avait eu un comportement de type passif-agressif. Ce spécialiste était d'avis que la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était de 70% dans toute activité adaptée à la motivation de l'expertisée, à ses qualifications professionnelles et à ses éventuelles limitations somatiques objectives. Dans son jugement du 15 janvier 2007, le Tribunal des assurances s'était référé à ce rapport d'expertise, pour retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 70% au moins dans toute activité.

Le Dr K. _____ ayant noté dans son certificat médical du 9 novembre 2007 que l'état de sa patiente s'était aggravé, avec notamment une augmentation du syndrome douloureux, l'intimé a confié une expertise au CEMed. Dans ce cadre, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer assimilable à une fibromyalgie, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999, de dysthymie (F34.1) depuis 1999 et de personnalité passive et agressive (F60.8) de début indéterminé, seul ce diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ce spécialiste a constaté que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives, l'absence de comportement algique contrastant avec les douleurs alléguées. Il a constaté l'absence d'élément en faveur d'une aggravation de son état psychique. Pour lui, la capacité de travail était complète, mais l'on pouvait s'attendre à une diminution de rendement de 20% en raison de l'absentéisme.

Finalement, sous réserve du diagnostic de personnalité passive agressive avec effet sur la capacité de travail, dont le Dr P._____ faisait au demeurant déjà état dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2003, le Dr C._____ n'a pas constaté de péjoration de l'état de santé de la recourante au plan psychiatrique. Comme le volet somatique de l'expertise du CEMed, le volet psychiatrique doit également se voir reconnaître pleine valeur probante: l'appréciation du Dr C._____ repose sur un entretien avec la recourante et l'examen des pièces médicales figurant à son dossier. Ce spécialiste a posé une anamnèse détaillée, relevant également les plaintes exprimées par l'intéressée. Dans ces conditions, il convient de constater l'absence de péjoration de l'état de santé de cette dernière au plan psychiatrique.

Certes, la Dresse G._____ a indiqué le 29 octobre 2009 que la recourante l'avait consultée en raison d'une aggravation de ses symptômes. Elle ne fait pourtant pas état dans ce courrier de maladie psychiatrique nouvelle, mais uniquement d'une modification des plaintes subjectives de sa patiente. Quant au sevrage médicamenteux proposé, il faut rappeler ici qu'il ne constitue pas une source d'empêchements durables. Du reste, la Dresse G._____ a relevé dans son rapport médical du 7 juin 2010 faisant suite à l'hospitalisation du 16 février au 3 mars 2010 de la recourante à [...] que celle-ci décrivait une humeur un peu meilleure, présentait un taux sérique dans les normes et semblait plus ouverte à une prise en charge thérapeutique. Si la psychiatre traitant a certes fait état d'une exacerbation des douleurs prédominant au bras gauche, il ne s'agit pas là d'un élément nouveau, ainsi qu'on l'a vu (cf. let. b supra). La psychiatre traitant ne fait du reste pas état de maladie ou d'affection psychiatrique nouvelle, son appréciation de l'incapacité de travail étant peu motivée et pas de nature à s'écarter de celle arrêtée par les experts du CEMed. En particulier, les diagnostics de trouble somatoforme et de trouble dysthymique avaient déjà été retenus par le Dr P._____. Le rapport du COMAI retenait également le syndrome douloureux chronique assimilable à une fibromyalgie. Quant au trouble de l'humeur chronique, il était pris en compte par les experts du COMAI dans le diagnostic de dysthymie (F34.1), avec la précision qu'il existait depuis 1999. S'agissant enfin du trouble de la personnalité, il était qualifié de passif et agressif de début indéterminé par les experts du COMAI. L'avis médical du Dr H._____ du 20 juillet 2010 qui constate ce qui précède peut donc être suivi.

Quant au rapport du Dr J._____ du 25 octobre 2009, ainsi que l'observe à juste titre le Dr H._____ (cf. avis médical du 14 janvier 2010), ses descriptions reposent sur des éléments subjectifs verbalisés par l'assurée, le tableau clinique étant similaire à celui relevé par les experts du COMAI.

S'agissant du rapport d'hospitalisation à [...] du 9 mars 2010, il ne retient pas de faits nouveaux ni ne fait état d'une aggravation de l'état de santé durable, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique décrit durant le séjour à [...] n'étant pas de nature à justifier une incapacité de travail durable, ainsi que le retient le Dr H._____ dans son avis médical du 14 mars 2011.

Finally, in his medical report of 24 January 2011, Dr G. _____ repeats the diagnoses already made (notably in his letter of 7 June 2010). He states a deterioration, without specifying at what date this would have occurred, since the complainant consulted in an irregular manner since 2004. However, the judge of social security generally appreciates the legality of decisions attacked after the state of facts existing at the time when the litigious decision was rendered (ATF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1b and the references), the facts occurring afterwards and which have modified this situation normally being the object of a new administrative decision (ATF 121 V 366 consid. 1b and 117 V 293 consid. 4).

In these circumstances, it will be held that the state of health of the complainant has not deteriorated further in the psychiatric field. [...]"

This judgment has not been the subject of an appeal.

C. In a letter of 3 February 2014 addressed to the medical adviser of the OAI, Dr N. _____, specialist in psychiatry and psychotherapy, psychiatrist treating the insured on a weekly basis at his office since 2012, reported having observed three depressive episodes with severe psychotic symptoms congruent with mood (F33.3) dating from January 2013, October 2013 and February 2014. These episodes were separated by periods of remission of a few months in relation to a marital conflict which has become chronic. The psychiatrist treating her stated that his patient was known for previous episodes of mild depressive versus adjustment disorders in a context of somatoform pain disorder persisting, in total remission since 2012 after being taken in charge by acupuncture and osteopathy, justifying a theoretical medical capacity of 100% for the year 2012. The severe depressive episodes with psychotic symptoms evolved since January 2013 in the context of a probable personality disorder with paranoid features and pathological jealousy towards the husband, a triggering factor for the marital crisis. Dr N. _____ reported a good compliance of his patient with antidepressant treatments, psychotherapy sessions as well as the hospital care program proposed. Notwithstanding intensive care and an antidepressant treatment of Venlafaxine® 225mg/j., the psychiatrist observed a persistence of severe depressive symptoms with significant functional limitations (à

savoir des idées délirantes de persécution, un isolement affectif et social total, des troubles de la concentration significatifs, un ralentissement psychomoteur, une tristesse significative, des difficultés pour la tenue du ménage et un Hamilton dépression à 38), ceci à tout le moins depuis le 1^{er} janvier 2013. Il se prononçait ainsi dans le sens d'une incapacité de travail totale de sa patiente à compter de cette date. Il a joint à son envoi la copie d'un rapport de sortie du 12 novembre 2013 des Drs P.P._____, médecin-chef, et W.W._____, médecin interniste à la Clinique [...] de [...] où l'assurée avait séjourné du 23 octobre au 4 novembre 2013 au motif de « stabilisation de l'état psychique et mise à distance des facteurs de stress ». Ces médecins ont posé le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3) et ceux secondaires d'hypovitaminose D (E55.9) et de malnutrition protéino-calorique (E46). Les comorbidités actives consistaient en une surcharge pondérale, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline ainsi que des migraines récurrentes. Les propositions thérapeutiques de sortie se traduisaient par la reprise du suivi ambulatoire habituel et un bilan thyroïdien de contrôle. Le traitement médicamenteux prodigué consistait en la prise de Fluoxétine® 20 mg cp (3-0-0), de Rispedal® 2 mg cp (0-0-1) et d'Imigran® 50 mg cp (en réserve en cas de migraines, 1x/jour maximum).

Le 20 février 2014, l'assurée a confirmé à l'Office AI que le rapport médical du 3 février 2014 du Dr N._____ devait être considéré comme une nouvelle demande de prestations.

Au terme d'un avis médical du 28 avril 2014, le Dr X.X._____ du SMR, a estimé que, dans le but de préciser le diagnostic différentiel d'épisodes dépressifs réactionnels dans le cadre du conflit de couple ou de décompensations d'un trouble de personnalité de type borderline, voire de probable trouble de personnalité paranoïaque tel qu'évoqué par le Dr N._____, sa sévérité ainsi que la capacité de travail et sa chronologie, l'assurée devait être convoquée en vue d'une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____, qui l'avait déjà examinée en 2008.

Par communication du 2 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____, précisant sous la rubrique remarque « Des objections fondées portant sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue de même que le nom de l'expert peuvent être formulées par écrit et adressées à l'office AI dans un délai de 10 jours suivant cette communication ».

L'assurée n'a formulé aucune objection dans le délai imparti.

Le Dr C._____ a adressé son rapport d'expertise le 28 décembre 2014 à l'OAI. Celui-ci était fondé sur deux entretiens avec l'assurée, en présence d'une traductrice, des 11 et 25 septembre 2014, ainsi que sur l'étude du dossier et un monitoring thérapeutique. Dans son rapport, l'expert psychiatre s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé de l'assurée :

"4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail
• Aucun.

4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail
• Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00).
• Dysthymie (F34.1).
• Personnalité à traits passifs et agressifs (F60.8).

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Introduction

Mme D._____ est âgée de 48 ans, elle est mariée et mère d'une fille de 14 ans. Elle vit avec son mari avec qui les relations sont conflictuelles. Sa fille vit en Serbie. Mme D._____ n'a ni famille, ni belle-famille en Suisse. Elle reste en contact régulier avec ses proches parents restés en Serbie. Mme D._____ vit en Suisse depuis 1988.

Mme D._____ a travaillé dans la restauration et comme ouvrière. En dernier lieu, elle travaillait dans un restaurant tenu par un ressortissant bosniaque. Elle a été licenciée en 1997, puis elle a bénéficié de prestations versées par l'assurance-chômage. Quelques jours avant la fin du versement de ces prestations, Mme D._____ a fait une chute sur la voie publique. Depuis, elle n'a jamais repris d'activité professionnelle.

Mme D._____ a déposé plusieurs demandes de prestations AI, demande[s] qui ont été refusées à ce jour. Ces refus ont occasionné

des recours auprès des tribunaux. Au préalable, Mme D._____ a perçu des prestations de son assurance-accident[s] durant un an environ.

La lecture du dossier médical fait apparaître que d'emblée, d'importantes différences entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, ce qui s'est également confirmé par la suite. Cela a conduit à poser des diagnostics de fibromyalgie, de troubles somatoformes et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Depuis deux ans environ, les plaintes somatiques ont quasiment cessé et selon le Dr N._____, cela est à mettre sur le compte de traitement[s] d'acupuncture et d'ostéopathie. Actuellement, elle ne reçoit plus d'antalgique.

La lecture du dossier médical fait aussi apparaître des troubles psychiques. Initialement, un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée a été retenu et un traitement antidépresseur instauré. Un suivi psychothérapeutique a été mis en place en 2000 puis il a été rapidement interrompu.

Le fait que les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives a été décrit par le Dr P._____ dans son expertise de 2003. Ce dernier retenait une dysthymie, un trouble somatoforme et un trouble de la personnalité. Il en a été de même lors de l'expertise pluridisciplinaire pratiquée en 2008. Ces deux rapports ont mentionné des problèmes de compliance au traitement pharmacologique. La présence de facteurs psychosociaux a aussi été relevée, tout comme la difficulté de recueillir une anamnèse fiable.

En juillet 2005, la Dresse G._____ retenait un état dépressif chronique de degré modéré, tout en indiquant qu'elle ne retrouvait pas de symptômes d'une maladie psychique grave qui pourrait expliquer le mal-être de la patiente. En août 2008, le Prof. V._____ retenait un diagnostic de dépression (F32.3), code diagnostic qui correspond à un épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques.

En octobre 2009, la Dresse G._____ décrivait une aggravation de la symptomatologie responsable d'une incapacité de travail à 100% ce qui a été confirmé par les Docteurs K._____ et M._____.

En février 2010, Mme D._____ était hospitalisée en milieu psychiatrique pour 3 semaines et à cette occasion le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) était retenu. Il y avait alors une menace d'expulsion de Suisse. En juin 2010, la Dresse G._____ décrivait un échec aux traitements pharmacologiques et une impossibilité de bénéficier d'une psychothérapie. L'Efexor améliorait toutefois l'humeur. Les diagnostics de trouble de l'humeur (F34), de syndrome douloureux somatoforme persiste [recte : persistant] (F45.4) et de personnalité émotionnellement labile (F60.3) étaient retenus. L'incapacité de travail reste entière pour une durée indéterminée. L'appréciation était toujours la même en janvier 2011, à l'exception du trouble de la personnalité.

Dès 2012, Mme D._____ a changé de psychothérapeute. Le traitement pharmacologique a aussi été modifié avec le remplacement de l'Efexor (225 mg/jour) par le fluoxétine et l'introduction de Risperdal, traitement ensuite remplacé par du Zyprexa.

En janvier 2013, Mme D._____ a présenté un épisode dépressif sévère dans un contexte de probable trouble de la personnalité paranoïaque avec des idées de jalousie pathologiques à l'égard de son mari ce qui a provoqué une crise conjugale. La compliance au traitement est bonne selon le Dr N._____. Malgré une prise en charge psychiatrique intensive et un traitement antidépresseur de venlafaxine 225mg par jour, l'évolution n'était pas favorable avec une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2013.

Cela a conduit à une troisième demande de prestations AI.

Situation clinique actuelle

Les plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives. De plus l'anamnèse est difficile et les réponses ne sont pas toujours très informatives.

Sur la base de ces éléments, nous retenons un trouble dépressif récurrent, épisode léger, sans syndrome somatique (F33.00). Mme D._____ présente une aggravation de son état psychique depuis notre précédente évaluation de 2008. Nous observons une certaine tristesse, mais cette tristesse est difficile à quantifier en intensité vu les aspects un peu démonstratifs et de la collaboration partielle. En revanche, Mme D._____ ne présente pas de ralentissement psychomoteur, de fatigue, de troubles cognitifs ni de symptômes psychotiques. Le fait de retenir un épisode dépressif plutôt qu'une dysthymie (F34.1) tient compte de certaines plaintes subjectives comme la description d'une anhédonie.

L'évolution clinique a été défavorable dans un premier temps, suite à l'annonce de l'infidélité de son époux. La prise en charge intensive et les modifications du traitement pharmacologique ont permis une évolution clinique favorable. On note d'ailleurs que la compliance au traitement pharmacologique est bonne. L'épisode dépressif était accompagné d'hallucinations auditives ce qui n'est plus le cas ce qui va aussi dans le sens d'une amélioration clinique.

Le rapport de fin d'hospitalisation à la clinique de [...] de novembre 2013 décrit un épisode dépressif sévère. Mme D._____ recevait un traitement de fluoxétine à forte dose à la fin de ce séjour. On considère que dans un délai de 4 à 6 semaines après la fin du séjour (12.11.2103), l'évolution a été suffisamment favorable pour permettre la récupération d'une capacité de travail à 100%.

Actuellement, Mme D._____ n'a plus de plaintes algiques. La rémission du trouble somatoforme décrite par le Docteur N._____ ne manque [pas] de surprendre vu la présence d'un facteur de stress important survenu en 2012 ou en 2013. Apparemment cela a été mis au crédit d'un traitement d'acupuncture et d'ostéopathie.

Divers troubles ou traits de la personnalité ont été rapportés avec des traits passifs et agressifs, une personnalité émotionnellement

labile de type borderline (F60.31) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Pour notre part, nous retenons toujours une personnalité à traits passifs et agressifs. Une composante paranoïaque a été rapportée par le Docteur N._____ avec une jalousie jugée excessive mais par la suite, une infidélité de la part de son mari a été mise en évidence. Dans ce contexte il n'est pas possible de retenir une composante paranoïaque.

Le problème essentiel est celui d'une acculturation même si dans un premier temps, Mme D._____ a pu exercer une activité professionnelle de 1988 à 1997. Mme D._____ est prise dans un processus d'invalidation.

Capacité de travail

Il est possible que Mme D._____ ait présenté un épisode dépressif suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail transitoire dès le 1^{er} janvier 2013. Il est certain que l'incapacité de travail a été de 100% durant son séjour hospitalier à la clinique [...] de [...] (octobre-novembre 2013).

Pour notre part, nous ne parvenons pas à nous convaincre de la sévérité des symptômes psychiatriques décrits par Mme D._____ du fait de la faible collaboration et d'une anamnèse peu fiable.

Actuellement nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle. La capacité de travail est de 100% quelle que soit la profession envisagée.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Difficultés interpersonnelles.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?
Incapacité de travail transitoire en 2013 en raison d'un épisode dépressif plus sévère.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?
100%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelles mesures (heures par jour) ?
8 heures par jour.

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

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

Depuis le 01.01.2013 au 24.12.2013.

2.6 Comment le degré de l'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Récupération d'une capacité de travail entière.

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

C. INFLUENCE 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 de s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources personnelles

Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

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

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

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 ?

Oui, sans restrictions particulières.

3.2 Dans quelles mesures l'activité adaptée [à] l'invalidité peut-elle être exercée ?

8 heures par jour.

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

Non.

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

Dans un avis médical du 15 janvier 2015, le Dr F.F._____ du SMR a faites siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr C._____. Le Dr F.F._____ a ainsi retenu une capacité de travail à 100% de l'assurée dans toute activité dès le 1^{er} janvier 2014, et une incapacité de travail totale pour la période du

1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013 en raison d'un épisode dépressif sévère réactionnel dans un contexte de conflit conjugal. Le Dr F.F. _____ a constaté l'absence de limitations fonctionnelles actuelles susceptibles d'entraver la reprise par l'intéressée d'une activité à temps plein.

Par projet de décision du 13 mars 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013 et qu'à partir du 1^{er} janvier 2014, une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée d'elle dans toute activité lucrative, sans que des mesures d'ordre professionnel ne soient nécessaires. La durée de son incapacité de travail étant inférieure à une année, elle n'ouvrait pas le droit à la rente.

Le 24 mars 2015, l'assurée, sous la signature de son psychiatre traitant, le Dr N. _____, a prié l'Office AI de revoir sa position. S'agissant de l'épisode dépressif « plus sévère » qui justifiait une incapacité de travail transitoire en 2013, l'expert n'avait pas spécifié si l'épisode dépressif en question devait être qualifié de moyen ou de sévère en relevant que ces épisodes récurrents avaient évolué malgré la guérison du trouble somatoforme douloureux. Il ne se serait en particulier pas prononcé sur le contenu du rapport de sortie établi le 12 novembre 2013 par les médecins de la Clinique [...] de [...]. Ensuite, l'exclusion de symptômes psychotiques compte tenu de la conformité à la vérité des allocutions de l'expertisée (hallucinations auditives évocatrices d'infidélités conjugales de l'époux) était erronée, la question du rapport de l'assurée à la vérité n'ayant pas été suffisamment investiguée. Les diagnostics posés simultanément, à savoir la dysthymie (F34.1) et un épisode dépressif récurrent léger sans syndrome somatique (F33.0), étaient mutuellement exclusifs selon les critères diagnostiques de l'ICD-10. De plus, la terminologie employée d'« épisode dépressif sans syndrome somatique » l'était vraisemblablement à tort, dès lors que selon l'ICD-10, ce terme était en lien avec un épisode dépressif moyen et non pas léger. Pour ces derniers motifs, la rubrique correspondante du rapport

devait être clarifiée. Le Dr C._____ ne spécifiait pas non plus quel autre diagnostic que ceux posés justifiait de retenir une incapacité de travail d'au moins 20% du 1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013 (et sans quantifier d'ailleurs dite incapacité) puis quel événement objectif autorisait de considérer une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} janvier 2014, quand bien même l'expertise s'était déroulée en septembre 2014. L'assurée relevait encore une discordance entre des aspects considérés comme étant démonstratifs et un dynamisme faible, un visage peu expressif et une gestuelle pauvre relevés à l'examen. Le fait que le Dr C._____ se dise « pas particulièrement touché par l'expression des plaintes » plaidait de surcroît pour une probable partialité de sa part. Nonobstant des améliorations thymiques et des disparitions des hallucinations auditives (entre décembre 2013 et mars 2014 puis d'août à décembre 2014), le psychiatre traitant évoquait la récurrence de rechutes dépressives sévères avec symptômes psychotiques justifiant à son avis une incapacité de travail totale au long cours dès le 1^{er} janvier 2013. Le Dr N._____ observait enfin que si lors de l'expertise psychiatrique de septembre 2014, l'assurée n'avait pas d'hallucinations auditives, elle conservait néanmoins un délire paranoïaque de jalousie à bas bruit dès lors qu'elle était parvenue à convaincre l'expert de l'infidélité de son mari.

Au terme d'un avis médical du 27 avril 2015, les Drs F.F._____ et T.T._____ du SMR ont convenu de l'opportunité de transmettre au Dr C._____ le courrier du psychiatre traitant de l'assurée afin que l'expert se prononce sur chacun des points évoqués et quant au maintien ou non de sa position s'agissant des limitations fonctionnelles, des périodes et du taux de la capacité de travail exigible de l'intéressée tant dans l'activité habituelle que dans l'exercice d'une activité adaptée.

Le 17 mai 2015, l'OAI a interpellé le Dr C._____ dans le sens qui précède en lui remettant le rapport du Dr N._____ du 24 mars 2015.

Dans un complément d'expertise du 31 juillet 2015, le Dr C._____ s'est déterminé comme suit:

"[...]En préambule, le Dr N._____ mentionne qu'il souhaite apporter des éléments concernant l'évolution depuis septembre 2014 jusqu'à ce jour. Pour ma part, j'avais vu Madame D._____ les 11 et 25 septembre 2014.

Point 1

Les éléments relevés sous ce point 1 sont peu compréhensible de mon point de vue.

Nous avons insisté sur une probable décompensation en novembre 2013 qui avait nécessité une hospitalisation à la Clinique de [...]. Ce rapport décrivait un épisode dépressif sévère. Nous en avons tenu compte, considérant que, dans un délai de 4 à 6 semaines après la fin du séjour (séjour se terminant le 12.11.2013), l'évolution devait être suffisamment favorable pour permettre la récupération d'une capacité de travail à 100%.

Point 2

Nous ne souhaitons pas entrer dans la polémique soulevé par le Dr N._____ à savoir s'il y a eu ou non adultère. Nous n'avons jamais eu la prétention de le faire. En page 11 de notre rapport, au 4^{ème} paragraphe, sous la rubrique «contexte actuel selon l'assurée», nous avons mentionné que selon elle (Madame D._____), les problèmes psychiques ont débuté depuis l'annonce de cette infidélité. Il est mentionné précédemment que le suivi psychothérapeutique et son hospitalisation ont été motivés par des problèmes conjugaux, en raison de l'infidélité de son mari. Nous avons pris en compte ces éléments. Nous avons dès lors considéré que si ces éléments étaient avérés, cela ne représentait pas un élément suffisant pour retenir des éléments psychotiques en lien avec des idées de jalousie ou des éléments à thème paranoïaque.

D'autre part, en page 17 de notre rapport, nous avons détaillé l'observation clinique en mentionnant qu'il n'y avait pas de bizarrerie dans son comportement ni d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage de la pensée. Une personne psychotique présente généralement un contact bizarre avec l'examineur, ce dont nous n'avons eu aucun sentiment durant ces entretiens.

A noter que nos entretiens ont eu lieu en présence d'une traductrice, qui est une personne indépendante et neutre alors que les entretiens auprès du Dr N._____ ont lieu en présence d'un proche de Madame D._____ et que c'est cette dernière personne qui en assure la traduction. Les différences de compréhension par rapport à des notions d'infidélité trouvent peut-être leur origine dans cette différence, Madame D._____ ayant été probablement plus encline à en parler en présence d'une personne neutre qu'en présence d'un proche parent.

Point 3

Les diagnostics de dysthymie et trouble dépressif récurrent peuvent être considérés comme exclusifs si l'on parle d'un même moment, ce qui paraît évident. En revanche, Madame D._____ a présenté une dysthymie par le passé. Il n'y a pas de raison de ne pas mentionner ce diagnostic. Nous avons toutefois reconnu qu'il y avait une aggravation par rapport à notre évaluation de 2008 et qu'elle présentait désormais un épisode dépressif.

L'épisode dépressif étant plus sévère qu'une dysthymie, c'est sur la base de ce dernier diagnostic que nous avons fait notre appréciation de l'incapacité de travail.

A notre connaissance et après vérification des critères de la CIM-10, la présence d'un syndrome somatique ou non doit aussi être évaluée lors d'un épisode dépressif léger.

Point 4

La période d'incapacité de travail du 1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013 tient compte du fait que nous avons retenu au moins une incapacité de travail durant une période de six semaines après la sortie de l'hôpital soit à partir du 12 novembre 2013. Ceci était en lien avec l'épisode dépressif sévère décrit à la Clinique de [...] et est mentionné en page 20 sous la rubrique 2.1. Il a été rapporté dans le même paragraphe que Madame D._____ avait présenté en janvier 2013 un épisode dépressif sévère ce qui est ressorti des éléments anamnestiques. Nous avons fixé la date du 1^{er} janvier pour tenir compte au maximum de la durée durant laquelle elle avait présenté une incapacité de travail.

Point 5

Le fait que l'expert ne se sente pas particulièrement touché par l'expression des plaintes est un élément de subjectivité qui, contrairement à ce qui est mentionné par le Dr N._____, n'a aucun rapport avec un manque de neutralité. De plus, nous ne voyons pas où le Dr N._____ voit une quelconque discordance.

Point 6

Nous n'avons pas de commentaire à apporter sur le point 6, le Dr N._____ exprimant son point de vue personnel.”

Dans leur avis médical du 19 août 2015, les Drs F.F._____ et T.T._____ du SMR ont indiqué notamment avoir soumis le dossier en interne pour avis complémentaire à la Dresse A._____, psychiatre. Cette spécialiste, après analyse des deux expertises psychiatriques antérieures au dossier (à savoir celle du Dr P._____ de juillet 2003 et celle du C._____ d'août 2008), a estimé que la concordance et la cohérence de l'appréciation actuelle du cas s'étaient clairement imposées. Pour les Drs F.F._____ et T.T._____, les conclusions du SMR du 15 janvier 2015 restaient valables.

Par décision du 24 août, l'OAI a rejeté la demande de prestations (reclassement et rente) de l'assurée, en retenant ce qui suit :

“Résultat de nos constatations :

Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de serveuse.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez été convoquée les 11 et 25 septembre 2014 en vue d'une expertise médicale du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous avez présenté une incapacité de travail total[e] du 1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013. A partir du 1^{er} janvier 2014, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans toute activité lucrative. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires.

En outre, la durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert."

Dans un courrier d'accompagnement du même jour et faisant partie intégrante de sa décision, l'Office AI a notamment précisé ce qui suit à l'assurée :

"Par projet de décision du 13.03.2015, nous vous avons dénié le droit à la rente au motif que votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Dans le courrier du Dr N. _____ du 24.03.2015, vous contestez notre position et alléguiez que l'expertise réalisée dans le cadre de l'instruction de votre dossier, n'a pas une haute valeur probante.

Vos conclusions et les éléments médicaux que vous nous avez remis à l'appui de votre contestation ont été soumis au Service médical régional pour avis.

Il ressort de leur examen, que les éléments que vous avancez n'attestent aucun fait nouveau et qu'ils constituent une appréciation différente d'une situation similaire à l'appréciation du Service médical régional.

[...]

L'expertise du Dr C. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Dès lors et au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 13.03.2015 est fondé et doit être entièrement confirmé.[...]"

D. Par acte du 23 septembre 2015, D._____, représentée par l'avocat Maurizio Locciola, a recouru contre la décision de refus de prestations précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014. Elle se réfère pour l'essentiel au rapport établi le 24 mars 2015 par le Dr N._____, pour soutenir que l'expertise du Dr C._____ n'est pas probante. A la suivre, l'expert aurait tout d'abord admis un état dépressif en 2013, mais sans le qualifier, de sorte que l'on ignore s'il s'agit en l'occurrence d'un épisode dépressif de degré moyen ou sévère. Elle se plaint également du fait que les symptômes psychotiques n'auraient pas été examinés, l'expert les ayant écartés à tort en retenant la conformité à la vérité de ses allocutions. La recourante répète ensuite que les diagnostics de dysthymie (F34.1) et d'épisodes dépressifs récurrents légers sans syndrome somatique (F33.0) sont « exclusifs » selon les critères de l'ICD-10, le Dr C._____ n'étant pas légitimé à en faire état simultanément. Elle soutient également que l'appréciation de son incapacité de travail par l'expert est « peu compréhensible ». On ignorerait en effet si l'incapacité de travail du 1^{er} janvier au 24 décembre 2013 était constante, quel était son taux et, d'autre part, pour quelle raison la capacité de travail serait « soudainement » totale dès le 1^{er} janvier 2014. Elle argue en dernier lieu que son psychiatre traitant (Dr N._____) est d'un avis distinct de celui l'expert en posant pour sa part le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents sévères avec syndrome psychotique congruents à l'humeur (F33.3). Ce praticien retient ainsi une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 2013. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert l'audition de témoins ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 23 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il estime en substance que le caractère probant du rapport d'expertise du Dr C._____ n'est pas valablement rediscuté par les observations du psychiatre traitant de sorte qu'il était fondé à en suivre les conclusions pour refuser le droit aux prestations à la recourante. L'intimé ajoute que la situation médicale de

cette dernière ne s'est pas modifiée de manière à influencer sur son droit aux prestations litigieuses à compter de sa décision de refus de prester antérieure du 8 septembre 2010.

Par réplique du 15 décembre 2015, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle reproche à l'intimé d'avoir attribué valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2014 du Dr C. _____ et à son complément du 31 juillet 2015. Elle qualifie en premier lieu de « courts » ses entretiens des 11 et 25 septembre 2014 avec l'expert précité dès lors que ces séances l'ont été en présence d'un traducteur. Elle estime qu'il existerait une discordance entre des aspects perçus comme démonstratifs et d'autres tels qu'un dynamisme faible, un visage peu expressif et une gestuelle pauvre. La recourante se plaint également du fait que l'expert ait qualifié ses réponses d'imprécises et peu crédibles mais sans indiquer en détail à quelles questions celles-ci se rattachaient et sans expliquer en quoi cela puisse être lié à la problématique de la traduction. Elle relève que deux médecins, à savoir son psychiatre et les praticiens de la Clinique [...] de [...], ont constaté des troubles paranoïaques avec hallucinations auditives. Si l'expert admet qu'elle souffrait d'un épisode dépressif avec hallucinations auditives lors du séjour à la clinique précitée, il conclut toutefois sans plus d'explications que tel n'est plus le cas. Le Dr C. _____ n'expose en outre pas les raisons le conduisant à retenir une capacité de travail entière dans le délai de quatre à six semaines après l'hospitalisation. La recourante soutient que ses plaintes subjectives n'ont pas été prises en compte par son examinateur, élément de nature à mettre en doute la neutralité et l'impartialité de l'expert à son égard. Elle sollicite également sa récusation, motif pris que le Dr C. _____ l'avait déjà examinée en 2008 à l'occasion d'une expertise. Elle se prévaut d'un défaut de motivation de la part de l'expert s'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail posés (soit en l'occurrence ceux de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique [F33.00], de dysthymie [F34.1] et de personnalité à traits passifs et agressifs [F60.8]). La recourante voit ensuite une contradiction dans le rapport d'expertise dès lors qu'une « certaine tristesse » y est décrite comme n'ayant pas pu

être quantifiée par l'expert en raison d'aspects un peu démonstratifs et une collaboration « soi-disant » partielle. Enfin, le Dr C._____ n'expose selon elle pas les raisons justifiant de se distancer des diagnostics précédemment posés, notamment ceux des médecins de la Clinique [...] de [...]. Pour terminer, la recourante requiert l'audition du Dr N._____, sa comparution personnelle, et subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

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 (cf. art. 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 (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

c) 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle l'office intimé a procédé.

3. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 ; I 491/03 du 20 novembre 2003 consid.

2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

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 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 2 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156

consid. 1 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) 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, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

e) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée en février 2014 par le psychiatre traitant de la recourante, cette dernière ayant confirmé à l'OAI le 20 février 2014 qu'il convenait de considérer le rapport du Dr N. _____ comme une nouvelle demande (en l'occurrence sa troisième depuis 2001).

Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est modifié (dans le sens d'une péjoration) depuis la dernière décision de refus de prester du 8 septembre 2010, confirmée par arrêt du 25 septembre 2012 de la Cour de céans (CASSO AI 349/10 - 330/2012), dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

La recourante se prévaut en l'espèce exclusivement d'une péjoration de son état au plan psychiatrique. Sa troisième demande n'est en effet motivée que par des atteintes à ce plan et aucun élément au dossier n'est propre à établir une péjoration au plan somatique.

Il ressort des explications que les antécédents de la patiente au plan somatique sont amendés en 2012, après une prise en charge par acuponcture et ostéopathie, justifiant une capacité de travail médico-théorique de 100% pour cette année-là. Ce point n'est pas contesté en l'occurrence, de sorte qu'il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question.

Cela étant précisé, sur le plan psychiatrique, l'expert C._____ a posé le 28 décembre 2014 les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00), de dysthymie (F34.1) et de personnalité à traits passifs et agressifs (F60.8). Au terme de son analyse, l'expert a estimé que si l'assurée avait pu présenter un épisode dépressif suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail transitoire dès le 1^{er} janvier 2013 (et notamment durant son séjour d'octobre et novembre 2013 à la Clinique de [...]), elle avait recouvré, dans un délai de quatre à six semaines après la fin de ce séjour, soit au plus tard dès le 25 décembre 2013, une capacité de travail de 100% dans toutes activités professionnelles, sans que des mesures de réadaptation ne soient indiquées. Appelé à se prononcer sur l'appréciation divergente du 24 mars 2015 de son confrère le Dr N._____, l'expert a confirmé, le 31 juillet suivant, ses diagnostics et son appréciation de la situation. Le caractère cohérent et concordant des conclusions du rapport d'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____ a été confirmé par les médecins du SMR

au terme de leur avis du 19 août 2015. Dans sa décision, l'OAI a ensuite repris ces renseignements médicaux, considérant que la durée de l'incapacité de travail présentée par la recourante - du 1^{er} janvier au 24 décembre 2013 - était inférieure à une année, de sorte qu'elle n'ouvrait pas le droit à la rente.

La recourante conteste ce dernier point de vue, étant pour l'essentiel d'avis que l'intimé n'était pas légitimé à attribuer valeur probante à l'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____, respectivement à son complément du 31 juillet 2015. Se fondant principalement sur les avis de ses médecins, elle fait valoir des griefs (tant formels que matériels) sur la qualité du travail de l'expert mandaté par l'OAI.

a) La requête de récusation du Dr C._____, au motif qu'il aurait déjà examiné la recourante lors d'une expertise en 2008, n'est pas relevante au regard des circonstances d'espèce. L'intimé a en effet suivi la procédure idoine, en informant, par communication du 2 juin 2014, l'assurée de son intention de mettre en œuvre une expertise auprès du psychiatre prénommé. L'intéressée était utilement rendue attentive quant à la possibilité qui était la sienne de présenter des objections, notamment sur la personne de l'expert. Elle n'a toutefois pas réagi dans le délai qui lui était imparti. Au demeurant, le seul fait que le Dr C._____ ait déjà fonctionné en qualité d'expert en 2008 ne suffit pas en soi à créer une apparence de prévention à son égard : le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut en effet pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 ; TF 9C_449/2013 du 23 août 2013 consid. 2.2). La recourante ne fait par ailleurs valoir aucun autre motif de récusation envers l'expert C._____, de sorte que sa demande en la matière ne peut qu'être rejetée.

b) Le moyen selon lequel le Dr C._____ n'aurait pas déterminé si l'épisode dépressif de 2013 était moyen ou sévère n'est pas non plus pertinent.

Se ralliant aux avis des médecins traitants, et sur la base des éléments anamnestiques, l'expert a admis une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier au 24 décembre 2013, estimant qu'il était possible que l'assurée ait présenté un épisode dépressif suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail transitoire dès le 1^{er} janvier 2013. La précision de l'intensité de cet épisode dépressif n'est quoi qu'il en soit pas déterminante, dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur le taux de l'incapacité de travail fixé à 100% par l'expert pour la période considérée. Quoi qu'il en soit, l'expert a exposé de façon convaincante ne retenir dès le 25 décembre 2013 aucune incapacité de travail, compte tenu d'une évolution favorable dans un délai de quatre à six semaines dès la sortie de la Clinique de [...].

c) La recourante reproche ensuite à l'expert de n'avoir pas examiné, à tort selon elle, les symptômes psychotiques. Là encore, ce grief n'est pas fondé.

Le Dr C._____ a en effet indiqué avoir noté sous la rubrique « contexte actuel selon l'assurée » de son rapport du 28 décembre 2014 (p. 11 par. 4) que, selon l'expertisée, les problèmes psychiques ont débuté depuis l'annonce de l'infidélité de son mari. Il est mentionné que le suivi psychothérapeutique depuis 2012 ainsi que l'hospitalisation à la Clinique de [...] ont été motivés par des problèmes conjugaux, en raison de l'infidélité de l'époux. Quoiqu'en dise l'intéressée, on constate que l'expert a bel et bien pris en compte ces éléments dans son examen, considérant en définitive que si les données évoquées étaient avérées, les facteurs observés n'étaient pas suffisants pour la prise en compte d'éléments psychotiques en lien avec des idées de jalousie ou des éléments à thème paranoïaque (cf. complément du 31 juillet 2015 du Dr C._____, p. 2). L'expert n'a pour le surplus pas souhaité entrer dans la « polémique » soulevée par le Dr N._____ sur le point de savoir s'il y avait eu ou non adultère. Il a rappelé dans son complément d'expertise du 31 juillet 2015 avoir détaillé l'observation clinique en mentionnant qu'il n'y avait pas de bizarrerie dans le comportement de l'assurée, ni d'attitude d'écoute, ni de

phénomène de barrage de la pensée. Une personne psychotique présente en outre généralement un contact bizarre avec l'examineur, ce que l'expert n'avait pas eu durant les entretiens (cf. rapport d'expertise complémentaire du 31 juillet 2015, p. 2).

d) Dans un autre moyen, et reprenant l'un des points évoqués par le Dr N._____ le 24 mars 2015, la recourante fait valoir que les diagnostics de dysthymie (F34.1) et d'épisodes dépressifs récurrents légers sans syndrome somatique (F33.0) étant chacun de caractère « exclusif », l'expert n'était pas légitimé à les retenir simultanément.

Pareille critique s'avérerait en effet justifiée dans l'éventualité où de tels diagnostics se rapporteraient à une même période. Toutefois tel n'est pas le cas en l'espèce. Selon l'anamnèse de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____, pp. 2 -10) et comme la Cour de céans l'a notamment déjà relevé dans son arrêt du 25 septembre 2012 (cf. CASSO AI 249/10 - 330/2012 consid. 6c), le diagnostic de trouble dysthymique a été posé en juillet 2003 par le Dr P._____ puis repris en 2008 par le Dr C._____ avec, à son avis, un début en 1999 dès lors qu'il s'intégrait dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée (cf. rapport d'expertise du 15 août 2008 du CEMed p. 27). Interpellé sur ce point, le Dr C._____ en a bien précisé le 31 juillet 2015 (expertise complémentaire, p. 2) que le diagnostic de dysthymie avait été présenté par le passé par l'assurée, estimant qu'il convenait cependant de le mentionner. Faute pour les diagnostics invoqués par la recourante de se rapporter à la même période, le grief de la recourante doit ainsi être écarté.

e) A suivre la recourante, l'appréciation de sa capacité de travail serait « peu compréhensible » compte tenu de l'absence d'explications de l'expert en lien avec la prise en compte d'une capacité de travail « soudainement » totale dès le 1^{er} janvier 2014.

Le 31 juillet 2015, le Dr C._____ a précisé ses constatations, en indiquant que l'étendue de la période d'incapacité de travail jusqu'au

24 décembre 2013 l'était en tenant compte d'un délai de six semaines après la sortie de la Clinique de [...] en raison de l'épisode dépressif sévère décrit lors du séjour (cf. complément d'expertise du 31 juillet 2015 du Dr C._____, pt. 4 p. 3). La date du 1^{er} janvier 2014 avait ainsi été fixée pour tenir compte au maximum de la durée durant laquelle l'assurée avait présenté une incapacité de travail.

f) Le fait que le psychiatre traitant ne partage pas l'appréciation diagnostique de l'expert et son évaluation de la capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible ne suffit pas encore à ôter toute valeur probante à l'expertise mise en œuvre par l'OAI.

S'agissant en particulier des hallucinations auditives mentionnées par le Dr N._____ dans son rapport du 24 mars 2015, le Dr C._____ a estimé qu'il s'agissait là du point de vue personnel de son confrère (cf. complément d'expertise du 31 juillet 2015 du Dr C._____, pt. 6 p. 3). On doit admettre en effet que le Dr N._____ ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse de mars 2015 qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert, quand bien même il dit vouloir apporter des « éléments d'évolution depuis septembre 2014 jusqu'à ce jour ». L'expert a pu au demeurant prendre connaissance de l'avis du 24 mars 2015 du Dr N._____ et se prononcer à son sujet dans le cadre de son complément d'expertise du 31 juillet 2015.

En ce qui concerne les avis des médecins de la Clinique de [...], le Dr C._____ en a dûment tenu compte, puisqu'il les a lui-même suivis pour retenir une période d'incapacité totale du 1^{er} janvier au 24 décembre 2013. L'expert relève que l'évolution a certes été défavorable dans un premier temps mais que toutefois la prise en charge intensive et les modifications du traitement pharmacologique, avec une bonne compliance, ont permis une évolution clinique qui se veut favorable. Cette amélioration s'illustre en particulier, aux dires de l'expert par la disparition des hallucinations auditives qui accompagnaient auparavant l'épisode dépressif en 2013.

g) La recourante reproche encore à l'expert psychiatre de ne s'être entretenu que deux fois avec elle, les 11 et 25 septembre 2014, estimant que « cela paraît court, au vu du fait que les séances se sont déroulées en présence d'un traducteur ».

Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1, 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2, 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et I 1084/2006 du 26 novembre 2007 consid. 4).

On voit mal au demeurant quel moyen la recourante entend tirer du fait que l'expertise s'est déroulée avec le concours d'un traducteur. La présence à chaque fois d'un interprète a au contraire permis d'assurer une compréhension optimale de l'expert et de l'assurée : dans le contexte des examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt en effet une importance spécifique (TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 et les références citées). Le Dr C._____ a du reste veillé à reposer les questions (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____, p. 16), et rien n'indique qu'il n'aurait pas accordé le temps requis pour permettre à l'expertisée d'y répondre.

h) Le moyen tiré de l'existence d'une discordance entre les divers aspects relevés par l'expert parmi lesquels certains sont perçus comme démonstratifs et d'autres non (dynamisme faible, visage peu expressif, gestuelle pauvre) n'est pas convaincant. On voit en effet mal où résiderait la discordance alléguée dès lors que le Dr C._____ s'est contenté de décrire le comportement de l'assurée, et qu'en sa qualité d'expert, il était apte à recueillir des éléments de cette nature, sans que cela ne dépasse le cadre de son mandat.

i) La recourante déplore en outre l'absence de mention systématique et dans le détail des réponses qu'elle a fournies, ainsi que des questions auxquelles celles-ci se rattachent. Or cette affirmation n'est pas propre à mettre en doute la qualité du travail de l'expert.

Les constatations de l'expert doivent en effet être compréhensibles, sa description de la situation médicale claire et ses conclusions motivées (TF 8C_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 in fine et les références citées ; TFA I 245/00 du 30 décembre 2003, publié in VSI 2004 p. 144 consid. 4). Compte tenu de ces exigences jurisprudentielles, l'expert C._____ n'était pas tenu d'indiquer en détail les réponses apportées à chacune des questions posées, mais devait au contraire s'efforcer d'en faire la synthèse afin d'en faciliter la compréhension en lien avec son analyse de la situation. C'est justement ce qu'il a fait (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____, pp. 11-16). Le dossier ne comporte en outre aucun indice à la faveur d'une traduction faussée des propos de l'assurée par l'interprète ayant assisté l'expert dans sa mission, d'autant plus que les « entretiens ont eu lieu en présence d'une traductrice, qui est une personne indépendante et neutre » (cf. complément d'expertise du 31 juillet 2015 du Dr C._____, pt. 2 p. 2) et que « les questions ont été systématiquement traduites. Les réponses sont systématiquement données dans sa langue maternelle » (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2014 du Dr C._____, p. 16).

j) Il est ensuite opposé à l'expert de ne pas s'être livré à un examen circonstancié, ni d'avoir effectué un examen complet de l'intéressée, motif pris qu'il se serait distancé, sans en exposer les raisons, des avis divergents des médecins traitants, notamment celui des praticiens de la Clinique de [...], « pourtant convaincants ».

Le Dr C._____ n'a toutefois pas retenu d'élément propre à remettre en doute le fait que la recourante ait présenté, durant son séjour à la clinique, un épisode dépressif accompagné d'hallucinations auditives. L'expert a par contre exposé que, lors de ses examens successifs,

l'assurée ne présentait plus de tels symptômes. En page 17 de son rapport du 28 décembre 2014, il a détaillé l'observation clinique, mentionnant une candidate certes anxieuse et sur la réserve, qui n'avait cependant pas présenté d'épisode d'anxiété paroxystique ni de signes neurovégétatif d'angoisse durant l'entretien. L'expertisée était orientée dans les trois modes, sans trouble attentionnel ni de la concentration et ne présentait pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. Une tristesse difficile à quantifier a par ailleurs été observée. D'autre part, il n'a pas été retrouvé à l'examen clinique de bizarrerie du comportement, ni d'attitude d'écoute, ni de phénomène de barrage de la pensée, les propos de l'assurée - quoique pas toujours compréhensibles -, restant cohérents. Fort de ces éléments cliniques, le Dr C. _____ était donc fondé à retenir le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Il a de plus expliqué les motifs médicaux pour lesquels il estimait la capacité de travail de la recourante entière quatre à six semaines après la fin de l'hospitalisation d'octobre-novembre 2013.

k) Quoi qu'en dise la recourante, ses plaintes subjectives ont bien été prises en considération.

Sous la rubrique « plaintes subjectives », il est fait état de plaintes spontanées ainsi que de celles évoquées à l'anamnèse orientée (cf. rapport du 28 décembre 2014 du Dr C. _____, pp. 14 -16). La recourante décrit en ce sens un fonctionnement intellectuel perturbé sans parvenir à préciser en quoi cela consiste mais en invoquant à ce propos ses difficultés conjugales. Elle rapporte également la présence d'hallucinations (voix qui s'adresse à elle en serbe) mais sans idées délirantes à thème persécutoire. L'assurée se dit anxieuse depuis deux ans environ et focalisée sur ses conflits conjugaux, devenant méfiante et se renfermant sur elle-même. Les problèmes avec son conjoint s'expriment au travers de réactions parfois agressives ainsi que d'une irritabilité marquée envers lui. Constamment fatiguée, ne ressentant pas de plaisir ni intérêt avec la présence d'idées noires par le passé (mais sans idées ou tentatives de suicide pour autant), la recourante se dit affectée par un manque de sommeil chronique avec un appétit diminué ainsi

qu'une libido inexistante, le couple vivant chacun de son côté. L'exécution des tâches ménagères est décrite comme étant difficile, sans plus de précision.

Quant au fait que l'expert a relevé n'avoir « pas été particulièrement touché par l'expression de ses plaintes », il ne permet pas de mettre en doute sa neutralité et son impartialité comme le voudrait la recourante. L'expert est en particulier demeuré dans le cadre de sa mission, qui consiste notamment à émettre un avis sur la situation qui lui est soumise.

I) Dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié par l'OAI, l'expert a dûment motivé les raisons le conduisant aux diagnostics finalement posés ainsi que les motifs pour lesquels lesdits diagnostics sont sans effet sur la capacité de travail.

L'expert C._____ a ainsi retenu le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Il a décrit de plus les raisons cliniques le conduisant à se prononcer en faveur d'un épisode dépressif plutôt qu'une dysthymie (F34.1), à savoir certaines plaintes subjectives comme la description d'une anhédonie, soit l'incapacité de son sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes.

En sus du diagnostic de dysthymie (F34.1) en lien avec une affection passée de la recourante (depuis 1999), le Dr C._____ a encore posé le diagnostic de personnalité à traits passifs et agressifs (F60.8), atteinte qu'il avait par ailleurs déjà retenue cinq ans plutôt.

L'expert psychiatre expose encore, de manière convaincante, les motifs pour lesquels les diagnostics précités sont sans effet sur la capacité de travail. Il évoque ainsi en premier lieu une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, les premières étant beaucoup plus importantes que les secondes. Dans ce contexte, l'expert

C._____ relève une évolution clinique d'abord défavorable au début 2013 puis, après prise en charge intensive (avec modifications du traitement pharmacologique dont la compliance est bonne), une évolution qui se veut favorable avec la disparition notamment des hallucinations auditives qui accompagnaient l'épisode dépressif survenu en 2013 dans le contexte de crise conjugale. Au vu également de l'impossibilité de retenir une composante paranoïaque chez l'intéressée, la motivation du Dr C._____ d'une capacité de travail à 100% quelle que soit la profession envisagée n'est pas critiquable.

Excepté l'avis personnel contraire du Dr N._____, psychiatre traitant et en cette qualité enclin à prendre le parti de sa patiente en cas de doute (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc), il n'existe aucun rapport médical motivé mettant en doute l'appréciation diagnostique de l'expert.

m) On ne voit pas en quoi les difficultés à quantifier la tristesse observée cliniquement ne pourraient s'expliquer par le caractère un peu démonstratif ainsi que la collaboration partielle de l'assurée envers l'expert. Dans son appréciation de la situation, le Dr C._____ a en effet d'emblée fait état de plaintes subjectives qui « sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives ».

n) En outre, dans la mesure où le Dr C._____ admet une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier 2013 au 24 décembre 2013, c'est de façon cohérente qu'il estime que les diagnostics posés par les médecins de la Clinique de [...] sont corrects.

o) En définitive, l'expertise du Dr C._____ du 28 décembre 2014, ainsi que son complément du 31 juillet 2015, comprennent une anamnèse fouillée, font état des plaintes de la recourante, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie et circonstanciée du cas d'espèce. Leurs conclusions, bien motivées, sont le fruit d'un avis clair et probant d'un spécialiste.

Force est ainsi d'admettre en conséquence avec l'intimé qu'en l'absence d'opinions divergents de spécialistes aptes à établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés, l'expertise du 28 décembre 2014 et son complément du 31 juillet 2015 - établis selon les règles de l'art - ont ainsi valeur probante.

Il y a ainsi lieu de retenir une capacité de travail à 100% de la recourante dans toutes activités dès le 1^{er} janvier 2014, moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail totale pour la période du 1^{er} janvier au 24 décembre 2013, en raison d'un épisode dépressif sévère réactionnel dans un contexte de conflit conjugal.

Finalement, c'est à bon droit que l'intimé a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision de refus de prester du 8 septembre 2010, confirmée par arrêt du 25 septembre 2012, dans une mesure propre à justifier l'octroi des prestations AI. Les conditions du droit à la rente ne sont en effet pas remplies compte tenu d'une incapacité de travail de l'assurée d'une durée inférieure à une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

p) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante dans ses écritures, à savoir l'audition de témoins dont celle de son psychiatre traitant, la comparution personnelle des parties et subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. La partie recourante a par ailleurs amplement eu l'occasion de s'exprimer pour la défense de ses intérêts par le biais des écritures de son avocat.

6. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 24 août 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Maurizio Locciola (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :