

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 mars 2018

---

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente

M. Métral et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Conseil juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 17 LPGA, 28 LAI**

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

**A. a)** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé le 17 janvier 2002 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs dans les bras, les mains, la nuque et les hanches, ce qui la gênait beaucoup pour ses tâches quotidiennes. Elle a indiqué être femme de ménage depuis fin 1996 auprès du magasin [...] (ci-après également : l'employeur), pour un salaire mensuel d'environ 300 francs, et avoir travaillé auparavant comme sommelière puis caissière auprès de [...], notamment. L'employeur a indiqué que l'intéressée travaillait deux jours par semaines, à raison de deux heures par jour (questionnaire pour l'employeur du 28 février 2002).

Dans un rapport médical du 21 mars 2002 à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) depuis environ 2000 et de probable fibromyalgie. Il a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 35 à 50% depuis 2000 dans son activité habituelle (ménagère ou caissière). Il a en outre écrit ce qui suit :

« Anamnèse :

L'assurée est la 9<sup>ème</sup> d'une famille de [...] comptant 10 enfants dont 3 sont décédés. La fratrie a payé un lourd tribut à l'alcool puisque 5 d'entre eux sont décrits comme alcooliques graves. Elle est issue d'un milieu social très défavorisé, "quart monde". La mère est dépeinte comme une mégère alcoolique qui a maltraité et négligé sa progéniture. Le père, avec qui l'assurée avait une bonne relation, était un homme faible, battu par sa femme, incapable de protéger ses enfants. Il est décédé en septembre 2001 des suites d'artériopathies multiples ayant nécessité des amputations des membres inférieurs. L'assurée se dit encore traumatisée par les conditions sordides de ses derniers mois de vie entre une épouse méchante et un fils rongé par l'alcool. Notons cependant qu'il avait refusé avec la plus grande énergie le placement dans un EMS ! Mme M. \_\_\_\_\_ a également perdu sa sœur quelques mois avant le père.

L'assurée a commencé un apprentissage de vendeuse interrompue suite à un conflit avec sa patronne. Elle a travaillé ensuite comme sommelière, puis pendant plusieurs années comme caissière à [...], avant de donner son congé lors de la naissance de son 2<sup>ème</sup> enfant.

Actuellement, elle fait quelques heures de ménage par semaine et reçoit sinon une aide des services sociaux d' [...].

Mme M. \_\_\_\_\_ a eu jusqu'ici, une vie sentimentale décevante. D'un 1<sup>er</sup> mariage qui s'est terminé par un divorce, elle a eu une fille en 1988 ; quelques années plus tard, elle fait la connaissance d'un homme dont elle est enceinte et qui part sans laisser d'adresse quelques mois plus tard. De cette liaison est né un fils en 1995.

Ces dernières années sont marquées par les difficultés de l'assurée à assumer le quotidien et l'éducation des enfants. Un conflit s'est développé avec sa fille, âgée actuellement de 14 ans, et a pris une tournure (violences mutuelles!) telle que la garde est maintenant partagée avec le père. Mme M. \_\_\_\_\_ est assistée par le service éducatif itinérant et par M. [...], psychologue responsable du [...].

En plus de problèmes somatiques (notamment gynécologiques), l'assurée présente depuis plusieurs années des troubles de l'humeur quasi constants pour lesquels elle me consulte depuis 1997. Une psychothérapie de soutien associée à un traitement antidépresseur et anxiolytique n'a guère eu d'impact sur le tableau. Finalement, depuis l'année 2000, elle se plaint de multiples douleurs du système locomoteur, sur lesquelles le Dr [...], neurologue, a posé le diagnostic de probable fibromyalgie. J'ai donc le sentiment d'une nette dégradation de l'état de santé avec épuisement progressif depuis 2000, en raison de ce syndrome, d'une opération gynécologique, de l'exacerbation du conflit avec sa fille et du décès du père.

#### 4. Plaintes subjectives

Les plaintes prédominantes sont actuellement celles concernant le système locomoteur (douleurs chroniques, faiblesses musculaires). Sur le plan psychique, plaintes d'aboulie, fatigue généralisée, découragement pouvant aller jusqu'à des idéations suicidaires, accès de pleurs (particulièrement depuis le décès du père), troubles de concentration et de mémoire, perte d'appétit, trouble du sommeil.

#### 5. Constatations objectives

Patiente de 37 ans qui se présente comme une femme démunie et accablée par les événements de la vie. L'humeur est constamment subdépressive à dépressive. Les plaintes de fatigue, aboulie, troubles du sommeil et perte de concentration sont la règle. Forte tendance à se placer en victime des événements et d'autrui. Vision clivée du monde, partagé entre les bons et les méchants (voire persécuteurs), tels que la mère, souvent sa fille. Les facultés de compréhension et d'analyse sont limitées.

#### 7. Thérapie / pronostic

Cette patiente a donc été peu gâtée par la vie et on peut conclure à l'existence de maltraitance et carences affectives pendant l'enfance. Elle a donc été peu préparée à se gérer dans la vie où l'on constate la répétition du schéma de l'enfance, avec une identification au père victime et impuissant devant la mère mauvaise et toute-puissante. Ainsi, l'assurée s'est construite peu à peu une identité de victime qui n'empêche malheureusement pas l'émergence d'affects dépressifs et régressifs, avec une péjoration ces dernières années pour les raisons évoquées ci-dessus. Cette identité est renforcée par les souffrances physiques endurées.

L'anamnèse et le status me font conclure à l'existence de troubles dysthymiques qui la privent d'une part de ses ressources. Il m'est

difficile de chiffrer l'incapacité qui en résulte, celle-ci est variable et je retiendrai comme fourchette une incapacité oscillant entre 35 et 50%. Je ferai remonter cette incapacité au début 2000, même s'il y a eu, depuis 1997 où je la suis, quelques périodes pendant lesquelles elle se trouvait dans un état comparable à celui observé aujourd'hui ».

Le psychiatre traitant a ajouté qu'à son avis, le recouvrement d'une capacité de travail entière n'était pas réaliste chez l'assurée, en raison d'une part de troubles psychiatriques chroniques la pénalisant dans l'accomplissement de son travail de femme de ménage ou de caissière et, d'autre part, car elle ne disposait pas des capacités d'apprentissage et d'adaptation nécessaires à un reclassement professionnel. Suivant l'assurée depuis 1997, il avait pu constater un potentiel évolutif très limité.

Dans un avis médical du 17 décembre 2002, le Dr [...], médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé, vu le dossier médical, qu'il fallait admettre une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès 1995, date à laquelle l'assurée avait fait une dépression post-partum.

Par décision du 28 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, ainsi que deux demi-rentes pour ses enfants, [...] et [...], à compter du 1<sup>er</sup> mai 2003, en raison d'un taux d'invalidité de 50%. Par une seconde décision du 26 mai 2003, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité et deux demi-rentes pour ses enfants, du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2003.

**b)** Lors d'une procédure de révision d'office de la rente initiée par l'OAI le 18 janvier 2006, l'assurée a indiqué par formulaire du 1<sup>er</sup> mai 2006 que son état de santé s'était aggravé depuis 2005 en raison de problèmes digestifs. Dans un rapport du 23 mai 2006 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, a posé le diagnostic de colon spastique existant depuis 1999, sans effet sur la capacité de travail, précisant qu'il avait été consulté par l'assurée en août et septembre 2003, date de la dernière consultation.

Dans un rapport du 30 juin 2006 à l'OAI, la Dresse [...], médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de troubles dépressifs majeurs avec troubles somatoformes et troubles sensitifs et de fibromyalgie. Elle a indiqué que l'assurée avait une incapacité de travail de 100% depuis le 13 août 2003. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a également joint un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2006 qui concluait à la présence chez l'assurée d'une oesophagite de stade I (maladie de reflux) et d'une hernie hiatale.

Par rapport du 8 septembre 2006 à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une périarthropathie de l'épaule droite, des dorso-lombalgies, des troubles du sommeil et une épicondylite droite dans un contexte de fibromyalgie, existant depuis 2004, précisant que l'assurée présentait également des troubles du sommeil et de l'humeur de type dépressif. Il a indiqué que sa capacité de travail était de 100% moyennant quelques restrictions (éviter les mouvements répétitifs et le port de charges), précisant qu'il avait traité la patiente du 4 mars au 1<sup>er</sup> novembre 2005 et ne l'avait plus revue depuis.

Dans un rapport du 22 juillet 2007 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) depuis 2000 environ, de syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie) (F45.4) et de carences affectives graves pendant l'enfance (Z61.0) et indiqué que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% depuis 2000. Il a précisé qu'il ne la suivait plus à sa consultation depuis 2002. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a encore écrit ce qui suit :

« Thérapie pronostic :

L'assurée est une femme qui dispose de très peu de ressources. Une enfance faite de maltraitances et carences l'a sans doute mal préparée à la vie. Si une grande partie de la fratrie a sombré dans l'alcoolisme, Mme M.\_\_\_\_\_ a développé quant à elle des douleurs chroniques qui ont pris ces dernières années un tour invalidant, puisqu'elle a dû stopper toute activité lucrative.

En 2002, et pour des troubles dysthymiques, je concluais à une incapacité de travail qui se situait entre 35 et 50%. Actuellement, je l'estime à 50% d'un point de vue strictement psychiatrique, compte tenu des troubles dépressifs et du peu de moyens dont dispose cette assurée. Je relèverais cependant que Mme M.\_\_\_\_\_ a été en mesure de nouer une relation sentimentale et qu'elle envisage un mariage, ce

qui laisse supposer que ses capacités d'investissement et de projection dans le futur ne sont pas nulles et négatives.

Toutes les mesures thérapeutiques entreprises jusqu'à aujourd'hui n'ont pas amené d'amélioration significative. La seule mesure souhaitable est la poursuite d'une relation thérapeutique de confiance, comme celle qui s'est instaurée avec la Dresse [...].

Ceci dit, compte tenu du tableau global et sur la base de mon impression clinique, j'estime hautement improbable que l'assurée puisse un jour reprendre une activité lucrative, même partielle.

Questions complémentaires :

[...]

4) Si aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

En théorie, une capacité de 50% est exigible. Cependant, la pathologie présentée par l'assurée (fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux persistant) représente un facteur handicapant sévère et probablement insurmontable si je l'intègre dans l'évolution depuis 1997, année où la patiente m'a consulté pour la 1<sup>ère</sup> fois et si je me base sur mon impression clinique. Toutefois, la jurisprudence du TFA n'accorde que peu de crédit à ce genre de pathologie.

5) Existe-t-il des limitations fonctionnelles au plan psychiatrique ; si oui de quel ordre ?

Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique sont secondaires au trouble dépressif chronique, à des troubles de l'attention et de la concentration et à des capacités d'apprentissage et d'adaptation très restreintes. Elles sont toutefois masquées actuellement par le syndrome douloureux chronique qui occupe toute l'avant-scène ».

Par avis SMR du 16 avril 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport convaincant du psychiatre traitant, lequel estimait que la capacité de travail de l'intéressée était de 50% depuis 2002.

Dans un projet de décision du 13 août 2008, confirmé par décision du 8 décembre 2008, l'OAI a refusé d'augmenter le droit à la rente, et confirmé le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, se fondant essentiellement sur le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2007. Cette décision est entrée en force.

L'assurée s'est mariée le 21 novembre 2008, prenant le nom de M. \_\_\_\_\_.

**c)** Lors d'une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente d'invalidité initiée le 11 juillet 2013 par l'OAI, l'assurée a déclaré

que son état de santé s'était aggravé depuis février 2013, précisant qu'elle était toujours sans activité lucrative (cf. questionnaire pour la révision de la rente du 30 septembre 2013).

Dans un rapport médical du 26 octobre 2013 complété à la demande de l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant depuis une année, a indiqué que l'état de santé de l'assurée se dégradait surtout au plan psychique, celle-ci présentant tristesse, angoisses, insomnies, et de multiples plaintes physiques sans diagnostic clair. Elle paraissait avoir juste les ressources pour supporter la vie de tous les jours et ne travaillait pas actuellement. Selon le médecin traitant, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

Dans un rapport médical du 17 novembre 2013 au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, le Dr R.\_\_\_\_\_ qui lui avait adressé l'assurée pour une prise en charge antalgique, a indiqué que cette dernière souffrait d'une fibromyalgie et qu'il s'agissait « probablement de l'une de ces « combinaisons explosives » de troubles somatoformes sur un fond psychiatrique assez sévère ». Il indiquait que le fait que la patiente ne voulait plus continuer à voir son ancien psychiatre ne facilitait pas la situation qui nécessitait un suivi psychiatrique professionnel.

Les époux M.\_\_\_\_\_ et [...] se sont séparés par ordonnance de mesures protectrices de l'union conjugale du 7 janvier 2014.

Par rapport du 21 février 2014 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée souffrait de cervico-dorso-scapulalgies chroniques. Il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 30 avril 2014 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 23 janvier 2014, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère dans un contexte social et familial difficile F33.2, versus

trouble dysthymique F34.1, les symptômes actuels étant une absence d'élan vital, une anhédonie, une angoisse flottante, des troubles du sommeil, des épisodes d'angoisse paroxystique, un émoussement des affects, une anxiété latente et une tendance au retrait et à l'isolement. L'évolution de l'état de santé était stationnaire depuis l'octroi de la rente, sans améliorations et avec des épisodes de péjoration. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. Il a encore indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la concentration et de l'attention, perte de l'intérêt, altération de la volonté, inactivité, retrait social et angoisse flottante.

Par communication du 18 août 2014, l'OAI a informé l'assurée que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire était nécessaire et qu'elle serait effectuée auprès du Centre d'expertise T.\_\_\_\_\_ (ci-après : T.\_\_\_\_\_). L'assurée a été examinée le 16 septembre 2014 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le 18 septembre 2014 par la Dresse F.\_\_\_\_\_ spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ainsi que par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans leur rapport du 21 novembre 2014, les experts ont posé les diagnostics suivants, ayant un effet sur la capacité de travail :

- Trouble de la personnalité dépendante F60.7 depuis le début de l'âge adulte ;
- Trouble douloureux somatoforme persistant depuis 2000 ;
- Episode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques depuis 2014 ;
- Lombalgies et cervicalgies chroniques ;
- Gonalgie avec épanchement du genou droit ;
- Doigts à ressaut 3 et 4 à droite.

Les experts ont évalué la situation de la manière suivante :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

Madame M.\_\_\_\_\_ est une assurée suisse de 49 ans, en instance de divorce, mère de deux enfants indépendants, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme sommelière, gouvernante,

pendant plusieurs années pour chacun des postes et comme caissière et employée de bureau à [...] pendant plusieurs années pour terminer par des ménages chez des particuliers pendant plusieurs années avant son arrêt de travail.

Elle est connue pour un syndrome douloureux chronique de longue date.

Depuis un peu plus d'un an, les douleurs diffuses sont en aggravation, surtout au niveau cervical. Depuis quelques mois, elle présente également une aggravation des douleurs des genoux, avec tuméfaction, surtout à droite, ainsi qu'une discrète tuméfaction des doigts 3 et 4 à droite avec description d'un phénomène de ressaut.

Le traitement actuel, comprenant un traitement antalgique relativement lourd et des anti-inflammatoires en réserve, est modérément efficace.

A l'examen clinique, on note un discret syndrome vertébral cervical et lombaire, un épanchement modéré du genou droit et un discret empâtement des doigts 3 et 4 à droite avec des signes de ténosynovite et un phénomène de ressaut. Par ailleurs, il existe 14 points de fibromyalgie positifs sur 18.

L'histoire personnelle est marquée par des antécédents de traumatismes psychiques et d'importantes carences affectives dans un contexte de maladie psychiatrique familiale. Il s'agit d'une grave dépendance à l'alcool chez plusieurs membres de sa famille, dont ses parents. Dans un tel contexte, les apprentissages ont été perturbés, la scolarité obligatoire se soldant sans l'obtention du certificat de fin d'étude. Confinée dans une vie familiale misérable et isolée socialement, la personnalité ne se développe pas harmonieusement. La vie sentimentale est instable, l'éducation de ses enfants nécessiterait une intervention d'un service éducatif et d'un psychologue. Dans ce contexte, elle développe un trouble de l'humeur et commencera un suivi psychiatrique dès 1997. Un diagnostic de dysthymie est retenu, puis de fibromyalgie dès 2000. En outre, les plaintes sont toujours centrées sur un processus douloureux accompagné d'une aboulie, d'une altération de l'humeur variable, d'une fatigue et de troubles du sommeil et neurocognitifs. Elle perçoit le monde de manière clivée et sa capacité d'élaboration psychique est très limitée. Le psychiatre décrit la difficulté de l'expertisée de se positionner dans la vie, s'étant identifiée à l'image d'un père faible, incapable de se défendre seule ou de s'autogérer. Ceci prend forme dans le statut de victime renforcé par les relations amoureuses dans lesquelles elle est maltraitée. Ces éléments évoquent fortement l'existence d'un trouble de la personnalité avec une diminution des ressources psychiques dans un contexte de conflits conjugaux et de maltraitance finissant par s'exprimer par une forte somatisation puisque les douleurs ne trouvent pas d'origine organique. La capacité de travail psychique est ainsi réduite à un taux de 50% et le psychiatre estime le pronostic d'amélioration défavorable. De fait, avec les années, l'évolution n'indique pas d'amélioration. Entre 2002 et 2007, elle ne consultera plus son psychiatre qui la convoque dans le cadre de la révision de sa rente. Il fait les mêmes constats, retient les diagnostics de dysthymie et troubles douloureux somatoformes. La capacité de travail reste de 50%. Un épisode anorexique inexplicé est signalé entre 2005 et 2006 avec une perte de poids de 20 kg. Selon l'expertisée, elle reprend un suivi psychiatrique auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ suite à la séparation conjugale. Elle semble avoir présenté

un épisode dépressif important étant donné la perte de poids annoncée, les idées de mort et le retrait social majeur vécu. L'évolution récente est marquée par une amélioration psychique alors que le processus douloureux serait toujours aigu. De ce fait, elle s'estime incapable de reprendre une activité professionnelle.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme.

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

Sur le plan rhumatologique, Madame M. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique de longue date, en augmentation ces derniers temps surtout au niveau cervical.

Depuis plus récemment, les douleurs se sont aggravées avec des gonalgies prédominant à droite et des douleurs des doigts. A l'examen clinique, on objective un épanchement modéré du genou droit et des ténosynovites des doigts 3 et 4 à droite avec phénomène de ressaut.

Une IRM du rachis de mars 2013 est non contributive, montrant uniquement une petite protrusion C6-C7 paramédiane droite non compressive. Il n'y a pas de signe inflammatoire visualisé.

Elle a rendez-vous prochainement avec un orthopédiste, spécialiste de la main, pour ses problèmes de doigts à ressaut.

Il serait souhaitable d'investiguer l'origine de l'épanchement du genou droit.

A l'heure actuelle, du point de vue fonctionnel, en raison des problèmes de ce genou droit, elle est limitée à la marche et les positions debout prolongées. En raison des problèmes de main droite, elle est limitée dans toutes les activités manuelles répétées. Ces problèmes ne sont pas stabilisés et il est difficile dans l'état actuel des choses de définir des limitations fonctionnelles à long terme.

En raison des rachialgies chroniques, elle est limitée dans les travaux lourds et les ports de charges, ainsi que dans les positions debout prolongées

Pour ce problème, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations.

Sur le plan psychique, notre évaluation met en évidence en premier lieu un dysfonctionnement de la personnalité. En effet, il existe des antécédents psychiatriques familiaux, un passé traumatique, des carences affectives sévères, une perturbation sévère de sa capacité à se protéger s'investissant systématiquement dans des relations amoureuses avec des hommes qui la maltraitent psychologiquement ou physiquement. Elle est ainsi la victime, identité restant nécessaire à un équilibre psychique précaire. Une faiblesse du moi est ainsi évidente. Ses ressources psychiques sont insuffisantes pour créer un entourage relationnel et social stable, ou pour assumer seule l'éducation de ses enfants. Ces altérations sont durables dans le temps et touchent différents domaines de sa vie. Le registre dépendant caractérise ce fonctionnement. Elle est ainsi dépendante de l'autre, d'un mari ou de ses enfants. Elle l'affirme spontanément en indiquant son besoin de trouver un bon objet sur lequel elle peut s'appuyer, trouver un soutien ou être protégée selon ses attentes idéalisées. Selon notre appréciation, l'expertisée présente des troubles de la

personnalité dans le registre dépendant qui expliquent son évolution psychiatrique. Au status, on observe une femme figée dans un statut de victime, passive, incapable de se positionner clairement et restant inconsciente de ce fonctionnement dépendant. Elle a certes fait le constat de sa difficulté à développer une relation amoureuse stable mais aucune élaboration ou confrontation à la réalité ne semble possible actuellement.

Dans ce contexte de troubles de la personnalité, elle développe des comorbidités psychiatriques. Ainsi, l'équilibre précaire, à travers le statut de victime, trouve ses limites et la personnalité se décompense. Se développent donc des troubles thymiques persistants depuis 1997, puis une importante somatisation qui aboutira à un diagnostic de trouble douloureux somatoforme (fibromyalgie) reconnu dès 2000. Les plaintes douloureuses restent toujours au premier plan, les limitations se seraient aggravées.

Le psychiatre actuel retient le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, bien que les épisodes identifiés ne soient pas évidents selon les informations du dossier. Nous retenons actuellement un épisode dépressif majeur dont l'intensité est moyenne à sévère sans symptômes psychotiques. Il est constitué par une humeur déprimée la plupart du temps, même si elle peut dans certaines circonstances accéder à des émotions positives, une énergie fortement abaissée et des intérêts et plaisirs nettement diminués. Un noyau dépressif existe avec une image de soi négative, une confiance en soi diminuée et des idées dépressives. Ceci doit cependant être relativisé car certaines plaintes sont variables et le status indique l'existence de capacité à se présenter soignée dans son apparence et son hygiène. Un effort est aussi fait sur le maquillage ou sa ponctualité. En outre, la fatigabilité n'est pas sévère après un long entretien représentant en soi un stress important. L'observation permet aussi de constater la capacité à exprimer des émotions positives même si elles sont limitées et une anxiété modérée n'entravant pas l'évaluation. On peut aussi considérer des plaintes anxieuses variables selon les facteurs de stress extérieurs. Ils font partie du trouble dépressif et ne permettent pas de retenir un autre trouble anxieux spécifique. La fragilité de la personnalité favorise leur expression. En outre, notre évaluation ne met en évidence aucune plainte ou signe psychotique.

Le monitoring thérapeutique indique une bonne compliance pour le Ciprex, relative pour le Remeron. La concentration sanguine de ce dernier est bien en-dessous de la limite inférieure de la norme. Il n'y a pas de prise récente de Metamizole, alors que la concentration d'oxycodone se situe dans les limites normales et de prégabaline légèrement en-dessous de la limite inférieure de la norme. Ces résultats permettent d'exclure un problème de compliance médicamenteuse. Par contre, les concentrations des traitements antalgiques ne sont pas trop élevées alors que le syndrome douloureux est sévère selon l'expertisée.

En résumé, dans le contexte d'une personnalité dépendante décompensée, l'expertisée développe un trouble dysthymique et un trouble douloureux somatoforme dont l'évolution est chronique et source d'invalidité. Il existe une comorbidité psychiatrique grave. En effet, le trouble de l'humeur se péjore et un épisode dépressif sévère est présent début 2014, justifie une incapacité de travail de 100% entre janvier et août 2014 dans tous les domaines d'activité. Il évolue favorablement grâce au suivi psychiatrique et psychothérapeutique ce

qui permet d'attester d'une amélioration de la capacité de travail dans certains domaines d'activité. L'expertisée n'est pas totalement inactive. Elle peut prendre soin d'elle-même, assume son ménage en le répartissant sur la semaine, parvient à cuisiner des repas simples, sort faire ses courses ou, plus rarement, pour voir ses amies. La vie sociale s'est réduite mais n'est pas absente. Enfin, elle assume la gestion des affaires administratives simples.

Ainsi, l'activité de sommelière étant plus exigeante en termes de rendement, de stress ou de capacités relationnelles, elle n'est plus accessible, la capacité de travail étant nulle dans ce domaine.

Un poste de travail de caissière ou de femme de ménage dans une petite structure, permettant de limiter les exigences de rendement, est possible à un taux de 50%. Au-delà, les ressources psychiques ne permettent pas d'assumer une telle activité. Le risque de péjoration dépressive, intensifiant le statut de victime, est important. Le risque suicidaire augmenterait également. Tout ceci est lié au trouble de la personnalité décompensé. Par contre, la réussite de mesures professionnelles ne peut qu'avoir un effet positif sur l'estime de soi.

Des mesures professionnelles devraient être considérées après une période de trois mois de réentraînement à l'effort. Si les activités de caissière ou de femme de ménage ne sont plus possibles, une activité manuelle simple devrait être considérée. Il s'agirait d'exécuter des tâches non-complexes avec des responsabilités limitées.

L'absence d'activité depuis de nombreuses années rend le pronostic réservé ».

Les experts ont encore précisé que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles physiques, à savoir qu'elle était limitée pour la position debout prolongée, les ports de charges et les travaux lourds en raison des rachialgies. Au plan psychique, elle était limitée par des difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions, des difficultés partielles liées aux tâches administratives, des difficultés de déplacements, à maintenir un rythme diurne/nocturne, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress et des apparitions périodiques de phases de décompensation. De plus, les capacités de concentrations, mnésiques et d'adaptation au changement étaient limitées. Ils ont indiqué que d'un point de vue médical, toute activité manuelle simple, légère, plutôt assise, avec la possibilité de changer régulièrement de positions était exigible à un taux de 50%. Ils ont fait la remarque suivante à la fin de leur rapport : « Concernant les limitations et la capacité de travail, l'expert rhumatologue n'a pas tenu compte du problème du genou droit (gonalgie et épanchement), à investiguer, ni des doigts 3 et 4 à ressaut à droite (avis orthopédique en octobre) ».

Dans un avis SMR du 12 décembre 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts.

Par projet de décision du 31 mars 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2014, puis à nouveau une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, considérant qu'il y avait eu une aggravation passagère de son état de santé de janvier à août 2014 sur la base de l'expertise du T.\_\_\_\_\_. L'OAI a précisé que si l'assurée souhaitait obtenir une aide au placement pour retrouver un emploi adapté, il lui incombait de s'annoncer à l'office.

Le 12 mai 2015, l'assurée, représentée par Pro Infirmis a fait valoir des observations au projet de décision. Elle avait à son avis une capacité de gain inférieure à 50%, vu que les experts avaient retenu qu'elle avait un rendement limité. Elle a également argué qu'avant d'envisager une mesure d'aide au placement, il fallait mettre en œuvre des mesures de réentraînement au travail, comme le suggérait l'expert. Elle a indiqué qu'elle ne pouvait plus porter de charges en raison de ses douleurs cervicales, et qu'elle n'était plus en mesure de faire son ménage en raison de ses problèmes de santé, le CMS (centre médico-social) se chargeant de cette tâche depuis un mois.

Dans une attestation du 17 février 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique pour un trouble dépressif sévère et un trouble anxieux dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Elle présentait actuellement une symptomatologie dépressive et anxieuse sévère qui tendait à se péjorer, avec des idées noires et suicidaires voilées, souffrant en plus de douleurs cervicales la limitant dans sa mobilité et qui étaient également une source d'angoisse au quotidien. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, au vu de l'évolution de l'état de santé psychique actuel, l'incapacité de travail était de 100% de manière durable.

Par avis du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'une aggravation durable depuis l'expertise, et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une situation similaire.

Répondant à un questionnaire complémentaire de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 5 juillet 2015, que l'évolution de l'état de santé de sa patiente n'était pas positif depuis l'expertise ; la souffrance et les traitements étaient les mêmes, sans avoir plus de succès. Pour le surplus, il a estimé que l'expertise avait été bien menée, mais que les conclusions sur l'évaluation de la capacité de travail au plan psychiatrique n'étaient pas convaincantes vu l'ampleur de la pathologie d'ailleurs décrite par l'expert. Au plan physique, il estimait qu'il n'y avait pas de raison pour une prise en charge par l'Al. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a joint un rapport du 24 mars 2015 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, faisant état d'un examen clinique (rachis cervical, dorso-lombaire et des articulations) plutôt rassurant. Elle a conclu à la présence d'un contexte douloureux chronique de type fibromyalgique avec aggravation récente des troubles du sommeil, d'un contexte dépressif chronique avec plusieurs évènements défavorables au cours des deux dernières années et d'un déconditionnement sans perturbation musculaire avec une légère prise pondérale. Il n'y avait pas de maladie spécifique rachidienne inflammatoire, ni de troubles statiques, mais des contractures diffuses. Finalement, elle a conclu qu'il n'y avait à ce jour pas d'élément en faveur d'une aggravation justifiant de demander une réévaluation de l'Al.

Dans un avis SMR du 9 juillet 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que les éléments ressortant du rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ étaient connus et avaient été pris en compte par les experts.

Dans un rapport du 14 mars 2016, la division réadaptation de l'OAI a indiqué les exemples d'activités adaptées suivantes : agent de contrôle de qualité dans une chaîne de production, ouvrière de conditionnement de matériel léger (mise sous pli, emballage), assemblage d'éléments électroniques. L'OAI a de plus précisé qu'aucune

mesure de réadaptation simple et adéquate ne serait susceptible de diminuer le préjudice économique de l'assurée, mais qu'une mesure d'aide au placement pourrait être une mesure l'aidant à retrouver une place de travail dans l'économie.

Par décision du 4 août 2016, l'OAI a confirmé son projet du 31 mars 2015, précisant notamment dans sa motivation séparée du 17 juin 2016 que les experts n'avaient pas affirmé qu'une diminution de rendement s'ajoutait à la diminution de la capacité de travail de 50%.

**B.** Par acte du 14 septembre 2016, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 4 août 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de la persistance de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2014. Elle a fait valoir qu'elle et son psychiatre ne comprenaient pas comment les experts du T. \_\_\_\_\_ pouvaient retenir une amélioration de son état de santé à compter d'août 2014.

Dans sa réponse du 28 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Avec sa réplique du 8 décembre 2016, la recourante a produit un rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2016 qui a écrit notamment ce qui suit :

« Dans l'expertise établie par le T. \_\_\_\_\_, l'expert reconnaît le contexte d'un trouble de la personnalité décompensé, une symptomatologie dépressive sévère, un trouble douloureux somatoforme, dont l'évolution est chronique et source d'invalidité.

Il lui reconnaît également une comorbidité psychiatrique grave, avec une péjoration du trouble de l'humeur.

Il signale un épisode dépressif sévère présent en début janvier 2016 [recte : 2014], cependant, sans l'évocation d'aucune hypothèse de crise, ni d'évènement déclencheur. Puis, en août 2014, tout est rentré dans l'ordre et sa capacité de travail s'est améliorée. Ceci sans la moindre hétéroanamnèse qui pourrait confirmer la réalité de l'état psychique et physique de la patiente.

L'amélioration « supposée » concernerait certains domaines d'activités ; elle peut prendre soin d'elle-même, assume son ménage en le répartissant sur une semaine, parvient à cuisiner des repas simples, sort faire ses courses ou, plus rarement, pour voir ses amies.

Cela n'atteste aucunement l'amélioration de la capacité de travail, même si l'expert a constaté, dans un laps de temps, une patiente collaborante, qui a pu lui esquisser un sourire.

Ainsi un patient déprimé peut mettre en avant des plaintes somatiques dans un premier temps (en consultation d'expertise), alors que la dimension psychologique de sa souffrance ne pourra être dite qu'une fois une relation de confiance établie.

Mme M. \_\_\_\_\_ a exprimé clairement des idées noires avec velléités suicidaires lors d'épisodes de décompensations dépressives précédentes.

On doit tenir compte de la manière dont le patient va expérimenter ses symptômes, dans la manière dont il va les communiquer au médecin, dans la sélection de ceux qu'il va considérer comme graves ou bénins, comme communicables ou devant rester cachés. Les symptômes sont aussi sélectionnés par le patient en fonction de l'évolution de sa relation avec le médecin.

L'expert a cherché à mettre en évidence une thymie triste, une humeur dépressive et des sentiments de culpabilité et d'indignité, considérés comme les éléments essentiels de la dépression, ce qui est très juste. Chez notre patiente, nous ne les retrouvons qu'en partie. Les formes cliniques que peut prendre la dépression, peuvent être très différentes et la thymie triste n'en est ni le phénomène primaire ni un symptôme constant. Ce que certains auteurs appellent la dépression masquée.

Pour ne pas nous étaler sur ce sujet, Madame M. \_\_\_\_\_ est une personne affligée et humble, habillée de manière simple, légèrement maquillée car elle était durant toute son enfance et adolescence sujette aux moqueries des autres à cause de son état misérable, son hygiène déplorable et la pauvreté de son habillement. Elle a eu la bienséance de se présenter à l'expert (personnage de grande solennité) dans son meilleur état. Elle souffre de douleurs diffuses qu'elle ne manifeste pas de manière théâtrale, car elle a appris à les dissimuler.

A plusieurs épisodes de sa vie, elle a présenté des dépressions majeures. Lorsqu'elle est soumise à une situation stressante, elle perd totalement ses moyens et est envahie d'oppressions angoissantes, qui péjorent encore plus sa maladie physique. Sa sensibilité au moindre stress atténue fortement sa capacité de gérer son quotidien et encore plus sa capacité de travail " supposée ".

Au vue de l'évolution de son état de santé psychique et physique, son incapacité de travail est totale de manière durable ».

Dans sa duplique du 11 janvier 2017, l'OAI a maintenu sa position, précisant qu'il avait soumis le rapport susmentionné du Dr Q. \_\_\_\_\_ au SMR pour avis. Dans cet avis du 6 janvier 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ exposait que le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne rapportait aucun fait nouveau qui serait de nature à modifier l'appréciation des experts du T. \_\_\_\_\_. L'OAI était d'avis que l'expertise était complète et convaincante de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

Dans un courrier du 9 janvier 2017, la recourante, désormais représentée par Inclusion Handicap, a répété qu'il était difficile de comprendre sur quels éléments le psychiatre du T.\_\_\_\_\_ s'était fondé pour parler d'une amélioration de la situation au plan psychique en août 2014 et que d'ailleurs, vu les rapports des 17 février 2015 et 28 novembre 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_, la prétendue amélioration n'avait pas eu lieu. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre la période initiale de trois mois de réentraînement à l'effort préconisée par les experts du T.\_\_\_\_\_ et de considérer que ces derniers n'avaient pas retenu de diminution de rendement. Par ailleurs, elle a fait valoir que même s'il fallait retenir qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50%, il était difficile de concevoir qu'un employeur soit prêt à l'engager vu les importantes limitations psychiques qu'elle présentait, reconnues par l'expert du T.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoutait que l'impact sur la capacité de travail de la fibromyalgie et les limitations fonctionnelles physiques n'avait pas été instruits de manière complète, vu que l'expert rhumatologue n'avait pas tenu compte du problème du genou droit qui devait être investigué selon lui, ni des doigts 3 et 4 à ressaut. Pour la recourante, ces éléments ainsi que l'absence de capacité d'apprentissage et d'adaptation (qui ressortaient des rapports des Dr H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_) se cumulaient de telle manière qu'il n'était pas possible qu'elle retrouve une quelconque capacité de gain sur le marché ordinaire du travail.

Par écriture du 8 février 2017, l'OAI a rappelé que son service de réadaptation avait indiqué à l'assurée des activités adaptées et accessibles sans formation supplémentaire et qu'il lui avait proposé une mesure d'aide au placement, maintenant en outre sa position quant à la valeur probante de l'expertise du T.\_\_\_\_\_.

Le 24 février 2017, la recourante a maintenu sa position.

Le 10 juillet 2017, la recourante a produit un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2017, dans lequel celui-ci a expliqué qu'un élément nouveau devait être pris en considération dans l'appréciation de la

situation, sa patiente lui ayant fait savoir « lors d'une consultation qu'à partir de l'âge de 8 ans elle avait été violée de façon répétitive par son propre frère ».

Le 17 juillet 2017, l'OAI a répondu que bien que les viols ne figuraient pas en tant que tels dans l'expertise, l'expert avait parlé de maltraitances pendant l'enfance et de carences affectives sévères, de sorte que l'on pouvait estimer qu'il avait tenu compte de la violence régnant dans la famille lors de l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée, et que le rapport du médecin traitant ne modifiait pas cette appréciation.

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

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a réduit le droit à la rente entière d'invalidité octroyée à l'assurée du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2014, lui octroyant à nouveau une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2014, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée le 11 juillet 2013.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let.c).

**c)** La décision qui accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit simultanément la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir notamment : TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C\_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2).

L'art. 17 LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine 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).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

Cela étant, 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. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 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\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**f)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) ou encore le

syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des

plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Ce catalogue n'est donc pas une « check-list » dont il suffit de cocher les rubriques.

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270, qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales. Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 137 V 270 précité consid. 6 in initio). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 précité consid. 8).

**g)** Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure structurée d'administration des preuves applicable au trouble somatoforme douloureux et à d'autres atteintes psychosomatiques analogues (ATF 141 V 281) rappelée ci-dessus, à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5 et TF 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017, destinés à publication aux ATF). S'agissant de ces dernières, la seule référence au critère de la résistance à la thérapie applicable jusqu'ici (cf. ATF 140 V 193), jugée trop réductrice tant d'un point de vue médical qu'objectif, a été abandonnée (TF 8C\_841/2016 précité consid. 4.4). Le Tribunal fédéral a en effet en substance considéré que la même procédure unifiée d'examen du droit à la rente d'invalidité s'imposait en général pour l'ensemble des maladies psychiques et pour le trouble somatoforme douloureux ainsi que les autres atteintes psychosomatiques analogues à celui-ci, étant donné que les difficultés d'objectiver et de prouver ces atteintes d'un point de vue médical étaient similaires (TF 8C\_841/2016 précité consid. 4.5.1).

Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure d'examen structurée d'administration des preuves lorsqu'elle n'est pas nécessaire ou pas adaptée. Une telle procédure est superflue, lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs. Cela implique surtout que l'on peut renoncer à une procédure structurée d'administration des preuves dans des cas où l'on ne peut conclure de façon probante à la présence d'une dépression d'intensité légère qui n'est ni chronicisée, ni accompagnée de comorbidités (TF 8C\_841/2016 précité consid. 4.5.3).

**4.** En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est dégradé comme elle l'a invoqué dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente initiée en juillet 2013, en comparant la situation actuelle avec celle qui prévalait lors de la décision

du 28 avril 2003 qui est la dernière décision reposant sur un examen complet du droit à la rente (ATF 133 V 108, consid. 5.4 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2). On rappelle qu'à l'époque, une demi-rente d'invalidité avait été allouée à la recourante pour des raisons psychiatriques, le Dr H.\_\_\_\_\_, son psychiatre traitant, ayant diagnostiqué une dysthymie depuis l'année 2000 environ et une probable fibromyalgie, ce qui causait une incapacité de travail de 50% (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 21 mars 2002). Dans le cadre de la première procédure de révision d'office de la rente, l'OAI avait confirmé par décision du 8 décembre 2008 le droit à la demi-rente d'invalidité pour des motifs psychiatriques, sur la base d'un nouveau rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2007. A cette époque, le psychiatre traitant avait confirmé les diagnostics de dysthymie depuis 2000 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie), posant de plus formellement le diagnostic de carences affectives graves pendant l'enfance (Z61.0). Il avait indiqué que l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 50%.

Dans le cadre de la seconde procédure de révision d'office de la rente qui fait l'objet du présent recours, l'OAI a notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du T.\_\_\_\_\_. Dans le rapport du 21 novembre 2014 de ce centre d'expertise, l'expert psychiatre a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité dépendante depuis le début de l'âge adulte (F60.7), de trouble douloureux somatoforme persistant depuis 2000 et d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques depuis 2014. Les experts ont indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50%, sauf entre janvier et août 2014 où l'incapacité de travail était totale, en raison des atteintes psychiques uniquement, les experts somaticiens n'ayant pour leur part retenu aucune incapacité de travail au plan physique, mais seulement des limitations fonctionnelles liées aux rachialgies chroniques.

**a) aa)** A l'appui du diagnostic de personnalité dépendante, l'expert psychiatre a exposé qu'il existait chez l'assurée des antécédents psychiatriques familiaux, un passé traumatique, des carences affectives

sévères, une perturbation sévère de sa capacité à se protéger, l'intéressée s'investissant systématiquement dans des relations amoureuses avec des hommes qui la maltrahaient psychologiquement ou physiquement. Il a expliqué qu'elle se positionnait en victime, cette identité restant nécessaire à son équilibre psychique précaire et qu'une faiblesse du moi était évidente. Ainsi, le diagnostic de personnalité dépendante est sérieusement motivé et a été posé selon les règles de l'art, l'expert s'étant appuyé sur une anamnèse détaillée et ses observations cliniques. En outre ses conclusions sont bien motivées.

S'agissant de l'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère, là encore le diagnostic a été posé selon les règles de l'art sur la base de l'anamnèse, des indications subjectives et de l'examen clinique de l'expertisée. L'expert a en effet décrit une personne avec une humeur déprimée la plupart du temps, une énergie fortement abaissée et des intérêts et des plaisirs nettement diminués. Il a en outre exposé qu'un noyau dépressif existait avec une image de soi négative, une confiance en soi diminuée et des idées dépressives. Il a toutefois relativisé l'importance de l'atteinte dépressive, du fait que certaines plaintes étaient variables et que le status indiquait une capacité à se présenter soignée dans son apparence et son hygiène, un effort étant aussi fait sur le maquillage et la ponctualité. En outre, l'expert a observé que la fatigabilité de l'assurée n'était pas sévère après un long entretien représentant en soi un stress important, ce qui relativise l'affirmation du Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 novembre 2016 selon laquelle l'assurée perdrait tous ses moyens en situation stressante, même s'il n'est pas remis en cause que cette dernière présente une sensibilité au stress, ce qui ressort d'ailleurs de l'expertise. L'observation de l'expert psychiatre a permis de constater la capacité de l'assurée à exprimer des émotions positives bien qu'elles soient limitées, et une anxiété modérée n'entravant pas l'évaluation. Il a de plus expliqué qu'il s'écartait du diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport à l'OAI du 30 avril 2014, au motif que les épisodes identifiés n'étaient pas évidents selon les informations au dossier. L'expert n'a par ailleurs pas retenu la présence d'un trouble anxieux spécifique, indiquant que les plaintes anxieuses de

l'assurée faisaient partie du trouble dépressif. Il a encore indiqué qu'il y avait eu une péjoration de la situation de janvier à août 2014, l'expertisée ayant présenté un épisode dépressif sévère durant cette période. Les critiques formulées par la recourante et par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 novembre 2016 selon lesquelles l'expert n'a pas suffisamment motivé l'apparition ni l'amélioration de cet épisode dépressif sévère ne sont pas fondées. En effet, s'agissant de l'apparition de l'épisode à partir de janvier 2014, il ressort de l'expertise que l'assurée s'était séparée de son mari à cette période, ce qui avait engendré une péjoration du trouble de l'humeur, et la nécessité de reprendre un suivi psychiatrique auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_ (expertise pp. 16 et 17). En ce qui concerne l'amélioration en août 2014, l'expert a exposé que l'épisode dépressif avait évolué favorablement grâce au suivi psychiatrique et psychothérapeutique, constatant que l'assurée pouvait prendre soin d'elle-même, assumer son ménage, faire ses courses et préparer des repas simple, ainsi que d'avoir une vie sociale même si elle était réduite. Même si les limitations fonctionnelles constatées par l'expert psychiatre sont relativement marquées (expertise p. 19) comme le relève la recourante, cela ne signifie pas qu'aucune amélioration de l'état de santé n'est intervenu en août 2014, le tableau clinique dressé par l'expert permettant de conclure que cette dernière dispose néanmoins encore de ressources.

La recourante prend en outre appui sur les rapports du 17 février 2015 et du 28 novembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_ qui a conclu à l'absence d'amélioration de l'état de santé psychique de sa patiente, celle-ci présentant une incapacité de travail de 100% de manière durable. Or, dans son premier rapport, très succinct, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a fait état d'une symptomatologie dépressive et anxieuse sévère, sans décrire précisément cette symptomatologie. Dans son second rapport, le psychiatre traitant n'a pas non plus dressé de tableau clinique précis et détaillé qui permettrait de conclure à une aggravation de la situation. En effet, il a procédé à des considérations générales sur la dépression cachée, sans indiquer clairement ce qu'il en était de sa patiente et a expliqué qu'elle avait présenté plusieurs épisodes de dépression majeure sans indiquer à quelles périodes. Dans ces conditions, les conclusions du psychiatre

traitant sont insuffisamment motivées et n'emportent par conséquent pas conviction.

Les experts du T. \_\_\_\_\_ ont encore retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2000, ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée. Un tel trouble douloureux somatoforme avait déjà été constaté par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 juillet 2007, et ce diagnostic est signalé à plusieurs reprises dans le dossier, de sorte que sa présence apparaît établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Vu ce qui précède, les diagnostics psychiatriques de trouble de la personnalité dépendante, d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère et de trouble somatoforme douloureux persistant ont été posés de manière claire et convaincante par les experts du T. \_\_\_\_\_, de sorte que l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante sur ces points.

**bb)** S'agissant plus particulièrement de l'influence des atteintes psychiatriques sur la capacité de travail de l'assurée, les experts ont considéré que cette dernière avait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques et psychiques comme par le passé, excepté pour la période de janvier à août 2014. Pour cette dernière période, ils ont indiqué que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% en raison de la péjoration du trouble de l'humeur et de l'état dépressif, celui-ci étant sévère.

D'une part, à la lecture de l'expertise, il apparaît clairement établi que le trouble de la personnalité de l'assurée diminue sa capacité de travail, même à l'aune de la procédure structurée découlant de la récente jurisprudence fédérale (supra consid. 3 f et g). Ce trouble est en effet non seulement relativement important (cf. supra 4a/aa), mais encore l'incapacité fonctionnelle liée à cette atteinte se présente de manière cohérente dans tous les domaines de la vie de l'assurée et ses ressources s'en trouvent diminuées. A cet égard, l'expert a exposé que les ressources psychiques de l'assurée étaient insuffisantes pour créer un entourage

relationnel et social stable ou pour assumer seule l'éducation de ses enfants, et que ces altérations étaient durables et touchaient différents domaines de sa vie. Il a expliqué qu'elle était ainsi dépendante de l'autre, d'un mari ou de ses enfants, elle-même indiquant spontanément avoir besoin d'*un bon objet* sur lequel elle pouvait s'appuyer, trouver un soutien ou être protégée selon ses attentes idéalisées. S'agissant de la question de savoir si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés, il ressort de l'expertise une incapacité inévitable de l'assurée d'entreprendre une thérapie pour traiter le trouble de la personnalité. En effet, les experts ont relevé que cette dernière était figée dans un statut de victime, passive, incapable de se positionner clairement et restant inconsciente de ce fonctionnement dépendant ; en outre, même si elle avait fait le constat de sa difficulté à développer une relation amoureuse stable, aucune élaboration ou confrontation à la réalité ne semblait possible actuellement.

D'autre part, il ressort du rapport d'expertise que l'atteinte dépressive de l'assurée a un caractère relativement prononcé, malgré une compliance médicamenteuse jugée bonne par l'expert pour le Cipralex (médicament antidépresseur), ayant de ce fait sans nul doute également une influence sur la capacité de travail. Plus globalement, il en ressort que dans le contexte du trouble de la personnalité, la situation est compliquée par les comorbidités psychiatriques, à savoir des troubles thymiques persistants depuis 1997 ainsi qu'une importante somatisation aboutissant à un diagnostic de trouble somatoforme douloureux dès 2000. Ainsi, selon l'expert psychiatre, en cas d'activité à plus de 50%, le trouble de la personnalité risquait d'entraîner une péjoration dépressive, laquelle risquait à son tour d'intensifier le statut de victime et le risque suicidaire. Ces conclusions sont complètes et dûment motivées, et emportent ainsi conviction. On relèvera encore que les experts n'ont pas remis en cause la cohérence des plaintes dans tous les domaines comparables de la vie de l'assurée et qu'ils ont expressément indiqué que ses ressources psychiques ne lui permettaient pas d'exercer une activité adaptée à un taux supérieur à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (excepté pour la période de janvier à août 2014, où

l'incapacité de travail était de 100%, en raison de la péjoration du trouble de l'humeur et de l'état dépressif, cf. supra 4a/aa).

Cela étant, il ressort du rapport médical du 9 juillet 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ un fait qui n'était pas connu des experts du T.\_\_\_\_\_ au moment de la réalisation de l'expertise. En effet, le médecin traitant a exposé que la recourante avait été violée de façon répétitive pendant son enfance par son propre frère. Or un tel élément est susceptible de modifier l'appréciation médicale, au plan psychiatrique en particulier. Il convient donc de compléter l'instruction sur ce point en requérant un complément d'expertise auprès du T.\_\_\_\_\_, les experts étant invités à se prononcer sur la question de savoir si cet élément modifie leur appréciation médicale.

**b)** Au plan physique, la recourante reproche aux experts du T.\_\_\_\_\_ de n'avoir pas mené une instruction complète. Or s'il est exact que les experts somaticiens ont relevé que la situation n'apparaissait pas stabilisée s'agissant de l'épanchement au genou gauche et des doigts 3 et 4 à ressaut à droite et recommandé des investigations complémentaires à cet égard, l'état de santé rhumatologique a par la suite été réévalué par la Dresse K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 24 mars 2015, cette dernière a conclu à l'absence d'élément en faveur d'une aggravation justifiant de demander une réévaluation à l'AI, sur la base d'un examen clinique de l'assurée et en prenant en compte les plaintes de cette dernière. Dans le même sens, le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu, dans son rapport du 5 juillet 2015, qu'il n'y avait pas de raison pour une prise en charge par l'AI au plan physique. Au surplus, on relève que les experts du T.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué des lombalgies et des cervicalgies chroniques, entraînant des limitations fonctionnelles (limitations dans les travaux lourds, les ports de charges et la position debout prolongée), mais pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations. Vu ce qui précède, il apparaît que la situation a été investiguée de manière complète et convaincante au plan physique, ce qui permet de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à l'absence d'incapacité de travail de ce point de vue.

**c)** Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du T. \_\_\_\_\_ ont décrit de manière suffisamment précise le type d'activités adaptées à sa portée, en indiquant qu'il pouvait s'agir d'activités de caissière ou de femme de ménage dans une petite structure avec des exigences de rendement limitées, ou encore d'une activité manuelle simple, avec des tâches non complexes et des responsabilités limitées. Ainsi, dans de telles structures, sans activité de type « travail à la chaîne » exigeant une productivité élevée, la capacité de travail de l'assurée est de 50%, sans diminution de rendement supplémentaire. Quant au grief de la recourante selon lequel il est difficile de concevoir qu'un employeur soit prêt à l'engager au vu de ses limitations fonctionnelles psychiques, il n'apparaît pas qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telle que décrite par les experts supposerait de la part d'un employeur des concessions irréalistes, étant rappelé que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Ainsi, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé au regard des conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 ; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

Enfin, la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas mis en œuvre la période de trois mois de réentraînement à l'effort préconisée par les experts avant d'envisager une réinsertion dans une activité adaptée. Or, selon toute vraisemblance, cette mesure apparaît être nécessaire plus en raison du déconditionnement lié au fait que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années bien qu'une capacité résiduelle de travail de 50% lui a été reconnue, qu'en raison de

l'aggravation passagère de l'incapacité de travail entre janvier et août 2014.

**5. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, dès lors qu'il s'agit d'obtenir un complément d'expertise auprès du T. \_\_\_\_\_ sur la question de l'influence des viols que la recourante a subis pendant son enfance sur la situation psychiatrique (cf. supra consid. 4 a/bb in fine), il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre ce complément d'instruction.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 69 al. 1bis LAI, 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. Ces frais, fixés à 400 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 LPA-VD).

**c)** La recourante qui obtient gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel a le droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 800 fr., vu l'importance et la complexité du litige, également à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 4 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera 800 fr. (huit cents francs) à M.\_\_\_\_\_, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Inclusion Handicap (pour M.\_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :